



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

34

Wie kann die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessert werden?

Kerstin Wagner, Florian Jakob Sparr

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dgw@oegkk.at

Linz 2012

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung / Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1 Problemstellung.	4
1.2 Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz, Partizipation und Empowerment.	4
1.3 Gesundheitskompetenz im täglichen Gebrauch	6
1.4 Nutzen und Zielsetzung der Arbeit	7
1.5 Methodik	7
2 Begriffsdefinitionen	8
2.1 Gesundheitskompetenz	8
2.2 Good Practice	12
3 Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz	17
3.1 Negative Auswirkungen durch mangelnde Gesundheitskompetenz.	17
3.2 Kosten und Nutzen von Gesundheitskompetenz	18
4 Good Practice Beispiele zur Steigerung der Gesundheitskompetenz	20
4.1 Projekt: „Gesundheit kommt nach Hause“	20
4.2 Projekt: „Wissen macht stark und gesund - Kompetenztraining“	24
4.3 Projekt: „Gesundheitstreffpunkt West im Bremer Westen“	27
4.4 Projekt: „SIGNAL – Stadtteilinitiative Gesundheit im Norden für alle“	33
4.5 Projekt: „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“	36
4.6 Weitere Projekte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung	42
5 Resümee	44
5.1 Zusammenfassung	44
5.2 Diskussion und Schlussfolgerungen	44
Verzeichnisse / Quellen	47
AutorInnen	49

Wie kann die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessert werden?

Kerstin Wagner, Florian Jakob Sparr

Kurzfassung

In folgender wissenschaftlicher Arbeit wird mit Hilfe von acht Good Practice Beispielen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz eine Antwort auf die Frage „Wie kann die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessert werden?“ erarbeitet. In der Einleitung wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz, Empowerment und Partizipation erläutert und die Methodik und Vorgangsweise der Erarbeitung beschrieben. Um die Relevanz der Thematik zu verdeutlichen wird nach den Begriffsdefinitionen auf die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenz eingegangen. Die Ergebnisse der acht Good Practice Beispiele im Hauptteil werden im Resümee der Arbeit zusammengefasst, analysiert und die Forschungsfragen beantwortet.

Abstract

In the following scientific work the answer to the question “How can health literacy be improved in the population?” is prepared with the help of eight good practice examples from Austria, Germany and Switzerland. In the introduction, the relationship between health literacy, empowerment and participation is described and the methodology and procedure of elaboration is specified. To show the relevance of the subject the effects of a lack of health literacy will be discussed after the definition of terms of impact. The results of the eight examples of good practice in the main part of the work are summarized and analyzed in the résumé and the research questions are answered.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Der moderne Mensch lebt in einer Welt von zahlreichen Möglichkeiten. Er wird nicht mehr von Natur oder Tradition geleitet, sondern hat stets zahlreiche Optionen zu wählen und zu entscheiden. Im Idealfall bedeutet dies, dass der Mensch die für ihn persönlich passenden Entscheidungen treffen kann und dadurch sein autonomes Handeln stärkt. Tatsächlich entsteht durch die scheinbar unendlichen Wahlmöglichkeiten auch eine gewaltige Entscheidungslast, welche das Wählen selbst zur Belastung macht. „Anstatt immer zufriedener zu werden - weil wir ja haben wählen können - werden wir immer unglücklicher, denn vielleicht wäre die andere Wahl ja die bessere gewesen.“ (Kickbusch, 2006, S. 67)

Dies betrifft auch jene Entscheidungen, die wir in Bezug auf unsere Gesundheit treffen - woher wissen, welche die Richtige ist? Erschwerend hinzu kommen die ständigen Veränderungen und Entwicklungen am Gesundheitsmarkt, welche die Entscheidungsmöglichkeiten zusätzlich erweitern. Um sich im Krankheitsfall für die passenden Behandlungsmethoden und Medikamente zu entscheiden oder den Überblick über die ständigen Neuorganisationen des Gesundheitssystems zu behalten, ist ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz (auch als Health Literacy bezeichnet) erforderlich. Dieses Wissen ist auch bei der Filterung der täglichen Informationsflut zu verschiedenen gesundheitsförderlichen Produkten und Dienstleistungen von großem Wert, um so einen gesunden Lebensstil schaffen zu können (Kickbusch, 2006, S. 67-69).

Die von Kickbusch postulierte Gesundheitsgesellschaft geht davon aus, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ausreichend vorhanden ist und somit kompetentes Handeln auf dem Markt oder im Gesundheitssystem gewährleistet ist. Dies ist jedoch eine fehlerhafte Annahme, da zwischen der vorhandenen und der für den Markt notwendigen Kompetenz ein markanter Unterschied besteht (Kickbusch, 2006, S. 71-72). Laut dem „US National Adult Literacy Survey“ fehlte beispielsweise 21 Prozent der Bevölkerung die Kompetenz, uneingeschränkt in der Gesellschaft agieren zu können. Einem ähnlichen Anteil ist es nicht möglich, die als üblich angesehenen Aufgaben in einer Gesellschaft ausreichend durchzuführen. Aus diesem Grund ist es ein wichtiges Ziel, Mangel an Gesundheitskompetenz zu beseitigen, um so den Bürgern eine optimale Nutzung des Gesundheitssystems zu ermöglichen (Statistics Canada und OECD, 2005 zitiert nach Kickbusch, 2006, S. 72).

1.2 Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz, Partizipation und Empowerment

Empowerment ist ein Prozess durch den Menschen, Organisationen und Gemeinschaften die Möglichkeit erhalten, Kontrolle über ihre eigenen Angelegenheiten zu gewinnen. Der Prozess

des Empowerns kann auf struktureller Ebene, in Gruppen oder beim Individuum selbst realisiert werden, wobei die Potentiale dieser Prozesse hauptsächlich in den Interaktionen zwischen den drei Ebenen und deren gegenseitiger Verstärkung liegen. Demnach äußern sich Empowermentprozesse, abhängig von der Situation der betroffenen Menschen und den jeweiligen Rahmenbedingungen, unterschiedlich. Das Ziel ist, dass ein Individuum oder eine Gruppe überzeugt ist, über die notwendigen Kompetenzen zu verfügen, um Entscheidungen zu treffen oder beeinflussen zu können, die das individuelle Leben betreffen. Dies zeigt wie bedeutsam es ist, Menschen in gesundheitsrelevanten Themen zu empowern, da sie dadurch ihre Gesundheitskompetenz entwickeln können und befähigt werden die richtigen Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit zu treffen (Sommerhalder, Abel, 2007 www).

Für eine erfolgreiche Umsetzung von Empowermentprozessen sind nach Laverack (2010) neun Aktionsschritte nötig:

- Verbesserung der Mitwirkung der jeweiligen Bevölkerungsgruppe
- Entwicklung lokaler Führungspositionen
- Aufbau von Organisationsstrukturen, welche Macht und Einfluss ermöglichen
- Kompetenzsteigerung der Bevölkerungsgruppe für eine bessere Erfassung und Bewertung von Problemen
- Förderung der Kompetenzen um kritisch zu hinterfragen
- Verbesserung der Aktivierung vorhandener Ressourcen
- Stärkung der Verbindung zu regionalen Organisationen
- Schaffung von Beziehungen mit überregionalen Organisationen
- Einflussnahme auf die Durchführung von Programmen
- (zitiert nach Naidoo & Wills, 2010, S. 246)

Empowermentprozesse werden meist von Gesundheitsexperten angestoßen, unterstützt und geleitet. Professionelle Experten lenken ihren Blick auf die bereits vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen, um durch deren Aufbau und Stärkung zu einem gelingenden Empowermentprozess beizutragen. Im Weiteren ist es von großer Bedeutung bei konkreten Problemen anzusetzen, und Interaktionen im und am sozialen Umfeld zu setzen. Health Literacy kann somit auch als wichtige Komponente für Empowermentprozesse gelten und dadurch Empowerment fördern und stärken (Sommerhalder, Abel, 2007 www).

Konfuzius meinte einst: „Erkläre es mir und ich werde vergessen, zeige es mir und ich werde mich erinnern. Lass es mich selbst tun und ich werde verstehen.“ (zitiert nach Handler, Trattnigg, www) Mit diesen Worten beschrieb er damals schon die Bedeutung und Wirkung von Partizipationsprozessen auf Lern- und Entwicklungsprozesse.

Laut Definition versteht man unter Partizipation die aktive Einbeziehung von Menschen in die Planung und Durchführung gemeinschaftsrelevanter Aktivitäten. Im Zusammenhang mit Gesundheit geht es dabei um die Einbeziehung von Menschen in Themen wie Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und -versorgung. Partizipation erfolgt nicht nur durch Individuen oder bestehende Institutionen, zum Beispiel Parteien oder Verbände, sondern auch durch selbst organisierte Gruppen, die ihre Bedürfnisse vertreten und Angebote entwickeln. Partizipation wirkt sich im Sinne von Empowermentprozessen positiv auf die Gesundheit aus, indem sie das Gefühl der

Menschen stärkt, selbst gestaltenden Einfluss auf ihr Leben nehmen zu können (Fonds Gesundes Österreich, 2005, www).

Bei Prozessen der Partizipation kann zwischen jenen, die sich auf individuelle, und jenen, die sich auf kollektive und öffentliche Beteiligung beziehen, unterschieden werden. Die individuelle Beteiligung bedarf der Berücksichtigung der Perspektiven, Bedürfnisse und Kompetenzen einzelner Personen in Situationen, die sie individuell betreffen. Konträr dazu bezieht sich die kollektive Beteiligung auf die Interessen von Gruppen oder Gemeinschaften auf Organisations- und Systemebene. Für die Thematik der Gesundheitskompetenzsteigerung in der Bevölkerung ist die kollektive Partizipation von größerer Bedeutung (Forster 2009, S. 44). Labonte (1997) meint dazu „Die Teilnahme an kollektiven Aktionen fördert demnach die Gesundheitskompetenz der Beteiligten“ (zitiert nach Forster 2009, S. 44).

Partizipation kann durch verschiedene Faktoren positiv beeinflusst werden. Dazu zählen entsprechendes Wissen und Kompetenzen zu dem jeweiligen Thema, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, etwas bewirken zu können oder der Glaube an die Wirksamkeit von kollektivem Handeln. Wichtig im Zusammenhang mit diesen Faktoren sind auch das Vorhandensein von organisierten und fokussierten Interessen und positive Erfahrungen mit anderen Partizipationsprozessen. (Zakus & Lysack, 1998; Bandura, 2004; White, 2000, 472, zitiert nach Bencic, Dorner, Grasser, 2009, S. 55)

Die beteiligten Personen müssen einerseits über gewisse Kompetenzen verfügen und andererseits zur Ausübung dieser Fähigkeiten ermutigt, also empowert werden. Dieser Punkt bezieht sich auf eine Verhaltensbeeinflussung.

Im jeweiligen Setting müssen aber auch geeignete Rahmenbedingungen, inklusive Infrastrukturen und Regeln, geschaffen werden, die Partizipation ermöglichen. Diese Veränderung der Verhältnisse erfordert jedoch empowerte Teilnehmer (Dietscher, 2005, S. 4-5, www).

1.3 Gesundheitskompetenz im täglichen Gebrauch

Auch beim alltäglichen Lesen der Zeitung sind die Menschen auf ihre Gesundheitskompetenz angewiesen. Besonders an den Wochenenden finden sich in diversen österreichischen Tages- und Wochenzeitungen zahlreiche Artikel über Gesundheitsthemen, welche ein gewisses Maß an Kompetenz fordern, um zu entscheiden, welche Gesundheitsinformationen für den individuellen Bürger relevant sind und welche nicht. In einigen Zeitungen werden eigene Hefte mit Gesundheitsartikeln beigelegt, in anderen werden Gesundheitsthemen in der eigentlichen Zeitung behandelt. Häufige Inhalte dieser Printmedien sind Medikamentewerbungen, Texte zu psychischer Gesundheit, Sport- und Bewegung, sowie gesunde Ernährung.

Bedenkt man nun auch die vielen anderen Medien, wie Internet, Fernsehen oder Werbetafeln, mit denen der Durchschnittsbürger täglich konfrontiert wird, so wird bewusst mit welcher Informationsflut er es zu tun hat. Gibt man beispielsweise das Wort „Halsweh“ in die Internetsuchmaschine „Google“ ein, so erhält man über 270.000 Ergebnisse. Bei der Suche nach dem Begriff „Kopfweg“ erzielt die Suchmaschine sogar über eine Million Resultate (Google, www). Diese

Bandbreite an Informationen macht es schwierig in Gesundheitsfragen richtig zu selektieren und im Folgenden zu entscheiden.

1.4 Nutzen und Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, durch die Ermittlung von Good Practice Beispielen vorzuzeigen, mit welchen Methoden und Modellen die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gesteigert werden kann. Mit Hilfe einer Literaturrecherche wird ein wissenschaftlicher Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung geliefert. Zu diesem Zweck wollen die Verfasser dieser Arbeit folgende Forschungsfragen beantworten:

Welche Mittel und Methoden gibt es um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu verbessern?

Welche Good Practice Beispiele sind in diesem Zusammenhang in der Literatur auffindbar?

1.5 Methodik

Die Verfasser erstellten die vorliegende Arbeit anhand einer Literaturrecherche.

Die verwendeten Quellen stammen aus der Bibliothek der Fachhochschule Pinkafeld, der Hauptbücherei Wien und von Recherchearbeiten im Internet. Des Weiteren erhielten die Verfasser ihre Informationen auch durch Projektberichte, die ihnen von Experten auf Anfrage zugesendet wurden. Während der Recherche wurde erkennbar, dass nur wenig deutschsprachiges Büchermaterial in Österreich zum Thema Gesundheitskompetenz und ihrer Verbesserung zu finden ist. Aus diesem Grund konzentrierten sich die Verfasser verstärkt auf die Suche im Internet, wobei sie sorgfältig auf die Seriosität der Quellen achteten, in dem sie nur Expertenmeinungen zitierten. Die Recherche ergab im Weiteren, dass vorwiegend nur englischsprachige Literatur zu finden ist. Außerdem zeigte sich im Zuge des Verfassens der Arbeit, dass viele Autoren bei der Beschreibung von Gesundheitskompetenz auf Aussagen anderer Autoren zurückgreifen, was die verhältnismäßig große Anzahl an Sekundärzitate erklärt.

2 Begriffsdefinitionen

Zum besseren Verständnis werden im folgenden Kapitel notwendige Begriffe definiert und ihre Bedeutung in Zusammenhang mit dem Thema „Wie man die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessern kann“ erläutert.

2.1 Gesundheitskompetenz

Der Begriff der Gesundheitskompetenz setzt sich aus den zwei wichtigen Komponenten Gesundheit und Kompetenz zusammen, welche kurz erläutert werden.

Das Wort Gesundheit ist auf Grund der Tatsache, dass es sich dabei nicht um einen statischen und klar einzugrenzenden Zustand handelt, schwer zu beschreiben. Aus diesem Grund finden sich in der Literatur verschiedene Ansätze den Begriff zu definieren. Die World Health Organisation (1948) beschreibt Gesundheit beispielsweise als „a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity“ (www) und versteht Gesundheit somit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Es handelt sich bei dieser Definition des Begriffs um das Vorhandensein von Ressourcen sowohl auf körperlicher, als auch auf psychischer und sozialer Ebene, die als Abwehr von Belastungen eingesetzt werden. Diese als salutogenetischer Ansatz bezeichnete Sichtweise ersetzt den bis 1948 aktuellen Ansatz der Pathogenese. Diese Sicht der Gesundheit konzentrierte sich nur auf das Auftreten von Fehlern und Störungen, die als Verursacher von Krankheit galten (Schiffer, 2001, S. 44).

Gesundheit wird jedoch auch als „der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“, definiert (Parsons, zitiert nach Schiffer, 2001, S. 39). Diese Beschreibung konzentriert sich sehr auf die Leistungsfähigkeit einer Person und erklärt somit all jene Personen, die diese Fähigkeit, beispielsweise durch eine körperliche Behinderung, nicht aufweisen können, als nicht gesund und schließt gleichzeitig eine Gesundung aus (Schiffer, 2001, S. 39- 40).

In der Ottawa Charta der World Health Organization (WHO) wurde der Begriff 1986 etwas umfangreicher definiert: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (Ottawa Charta, 1986, zitiert nach gesundheitliche-Chancengleichheit, www)

Bei der Kompetenz, so wie auch bei den Begriffen Können, Fertigkeit, Fähigkeit und Qualifikation, handelt es sich um ein psychologisch-sozialwissenschaftliches Konstrukt. Kompetenz ist eine Bezeichnung für einerseits die sachliche Zuständigkeit für eine Problemstellung und andererseits die Fähigkeit der Bewältigung dieser Anforderung, und beschreibt demnach die Selbstorganisationsdispositionen eines Individuums. Organisiert werden in der Regel sehr komplexe

Handlungen, deren Ergebnisse nicht oder zumindest nicht vollständig vorhersehbar sind. Dazu zählen beispielsweise reflexive Handlungen, wie Selbsteinschätzung und Selbstveränderung oder aktivitätsbetonte Handlungen mit starken Willensabsichten beziehungsweise Umsetzungsabsichten. Auch Resultate von geistig-instrumentellen Handlungen, wie Problemlösungsprozesse oder kreative Denkprozesse bedürfen der selbstständigen Organisation eines Individuums. Dies gilt auch für Verkaufsfähigkeiten und Selbstdarstellungen, somit kommunikativen Handlungen. Alle beschriebenen Handlungsarten sind auf natürliche Weise eng miteinander verbunden (Erpenbeck, Heyse, 2007, S. 158-159).

In der Literatur werden vier verschiedene Arten von Kompetenzen beschrieben.

- Personale Kompetenzen beziehen sich darauf, produktive Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln.
- Die Aktivitäts- und Umsetzungsbezogenen Kompetenzen beschreiben Dispositionen von Individuen, welche ihr selbstorganisiertes Handeln auf die Umsetzung von Absichten und Plänen richten.
- Ist eine Person fähig bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen sowohl geistig und als auch physisch selbstorganisiert zu handeln, verfügt sie über fachlich-methodische Kompetenz.
- Bei kommunikativ und kooperativ selbstorganisierten Handlungen spricht man von sozial-kommunikativer Kompetenz und der Disposition sich mit Anderen auf kreative Weise auseinander bzw. -zusammensetzen.

(Erpenbeck, Heyse, 2007, S. 158-159)

2.1.1 Verschiedene Definitionsansätze

Setzt man nun die Definitionen der Gesundheit und der Kompetenz zusammen, ergibt sich das im angelsächsischen Raum entstandene Konzept der Gesundheitskompetenz (Health Literacy), welche das Kompetenzvermögen eines Individuums in Bezug auf seine Gesundheit beschreibt. Kurz und knapp kann Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit einer Person definiert werden, im alltäglichen Leben Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirken. Diese Entscheidungen werden sowohl zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, am Markt, als auch auf politischer Ebene gefällt (Büro Für Arbeits- Und Sozialpolitische Studien, 2006, S. 2). Dies bedeutet im Weiteren, dass es dem Individuum mit Hilfe seines sozialen Umfeldes möglich ist, sich außerhalb des Gesundheitssystems gesundheitsbewusst zu verhalten und zusätzlich die gesellschaftliche und politische Umwelt so zu beeinflussen, dass ihm ein gesundheitsbewusstes Verhalten möglich ist (Abel und Bruhin, 2003 und Kickbusch et al, 2005, zitiert nach Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 1, www).

Den Begriff Gesundheitskompetenz jedoch für jeden Kontext allgemein zu definieren ist sehr schwer und begründet auch die enorme Vielzahl an Definitionen, die in der Literatur zu finden sind. Beispielsweise lautet die Erklärung zu Health Literacy von AMA (1999):

“The constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment.” (AMA, 1999, zitiert nach Pelikan, Röhlin, Ga-

nahl, 2011, S. 6)

Diese Definition beschreibt die Bedeutung der Konstellation von Fähigkeiten, einschließlich der Bewältigung von grundlegenden Leseaufgaben und einem grundlegenden Zahlenverständnis, um im Gesundheitswesen zu bestehen.

Eine andere geläufige Interpretation der Gesundheitskompetenz lautet:

“The individual’s capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.” (IoM 2004, zitiert nach Pelikan, Röhlin, Ganahl, 2011, S. 6)

Hierbei wird die erforderliche Fähigkeit eines Individuums, grundlegende Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen, beschrieben, um Entscheidungen bezogen auf die eigene Gesundheit zu treffen.

Murray et al (2007) definieren Health Literacy (HL) etwas ausführlicher:

“HL generally refers to the ability of individuals to access and use health information to make appropriate health decisions and maintain basic health... It includes whether individuals can read and act upon written health information, as well as whether they possess the speaking skills to communicate their health needs to physicians and the listening skills to understand and act on the instructions they receive.” (Murray et al 2000 zitiert nach Pelikan, Röhlin, Ganahl, 2011, S. 6)

Die Inhalte dieser Erklärung beziehen sich auf die Fähigkeit Zugang zu Gesundheitsinformationen, Gesundheitsdiensten oder Grundversicherungen zu erlangen und diese dann zu nutzen. Zusätzlich beinhaltet diese Definition auch wieder die generellen Lese- und Kommunikationskompetenzen eines Individuums, um Informationen und Anweisungen eines Angehörigen eines Gesundheitsberufes, verstehen zu können, beziehungsweise nach ihnen handeln zu können.

Health Literacy wurde erstmals im englischsprachigen Raum (v.a. in den USA, Kanada und Australien) erforscht und entwickelt. In Europa hat das Konzept zwar mittlerweile Anklang gefunden, jedoch wurden nur wenige Initiativen gestartet und kaum konzertierte Strategien zu Health Literacy entwickelt. Neben der hauptgebräuchlichen Übersetzung Gesundheitskompetenz, haben sich auch die Bezeichnungen Gesundheitserziehung, Selbstkompetenz, Patientenkompetenz, Handlungskompetenz und ähnliche Formulierungen, als Synonyme eingebürgert (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 1, www).

Im deutschsprachigen Raum wurde die Gesundheitskompetenz vermehrt ab den 1990er Jahren erforscht und thematisiert. Seitdem findet die Health Literacy auch immer mehr Anklang auf politischer Ebene, da erkannt wurde, dass das komplexe Gesundheitssystem mit immer mehr Angeboten und Produkten, sowie Dienstleistungen und Behandlungsmöglichkeiten, äußerst vielfältige Informationen aus unterschiedlichen Quellen und Ausgangspunkten liefert. Diese oft widersprüchlichen Auskünfte bedürfen eines gewissen Maßes an Gesundheitskompetenz, um sie verstehen und nutzen zu können (Quint-Essenz, 2010, S. 1, www).

2.1.2 Die drei Stufen der Health Literacy

Für ein besseres Verständnis der Gesundheitskompetenz wurde diese aufsteigend in drei Stu-

fen, je nach Ausmaß der Kompetenz, geteilt: in die funktionale Form, in die interaktive Form und in die kritische Form.

Die funktionale Form bezieht sich auf die Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben einer Person, welche es erlauben, im Alltag gesundheitsbezogene Materialien, wie Rezepte, Terminkärtchen und Packungsbeilagen anwenden zu können. In einem Beispiel bedeutet dies, dass eine Person, die plötzlich Zahnschmerzen verspürt, fähig ist sich die Adresse eines Notfallzahnarztes aus einer Zeitung oder Ähnlichem zu besorgen. In den USA wurde die funktionale Health Literacy genauer auf ihre Wirkung auf Gesundheit und Krankheit hin erforscht. Das Hauptaugenmerk lag jedoch mehr auf der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Eine prospektive Studie bei Personen über 65 Jahren von Baker et al (2004) zeigte, dass Personen mit nur funktionaler Gesundheitskompetenz um ein Drittel häufiger die Notfallstationen aufsuchen. Die Vermutung dahinter ist, dass betroffene Personen größere Barrieren verspüren Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen und daher eher in Notfallsituationen geraten. Lee et al (2004) beschreiben, dass Personen mit geringer Health Literacy tatsächlich eher zu einer inadäquaten Nutzung des Gesundheitssystems, neigen. Das soziale Umfeld kann hierbei jedoch eine schützende und lenkende Position hinsichtlich einer besseren Nutzung der Gesundheitsangebote einnehmen (Abel, Duetz, 2004, S. 33-34, www).

In der interaktiven Form von Health Literacy werden fortgeschrittene soziale und kognitive Fertigkeiten beschrieben, die es aus der Gesundheitsperspektive möglich machen, aktiv am Leben teilzuhaben. Dabei spielen die Beschaffung und der Austausch von Informationen, sowie gesundheitsbezogene Vernetzungen und Kommunikation eine wichtige Rolle. Vereinfacht dargestellt ist eine Nikotin abhängige Person somit fähig, sich diverse Informationen zur Raucherentwöhnung zu beschaffen und sich bei ihren Bekannten nach Raucherstopppverfahren zu erkundigen. Um solche Prozesse zu unterstützen, sind Gesundheitsförderungsprojekte, durch die Einbeziehung der Zielgruppen zur Übermittlung von gesundheitsförderlichen Botschaften, ein wichtiger Schritt. Auch Selbsthilfegruppen bestehen im Normalfall aus Personen, die über interaktive Gesundheitskompetenz verfügen (Abel, Duetz, 2004, S. 33-34, www).

Die dritte Stufe der Gesundheitskompetenz beschreibt die am weitesten fortgeschrittene Ebene und wird als kritische Form bezeichnet. Sie beschreibt die Kompetenz von Personen, die über fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten verfügen, die es ihnen ermöglichen Informationen kritisch zu analysieren und sie für eine gesunde Lebensgestaltung optimal zu nutzen. Beispielsweise kann eine übergewichtige Person Möglichkeiten von Diäten und Verhaltensänderungen prüfen und zwischen seriösen und unseriösen Maßnahmen unterscheiden. Außerdem wird die betroffene Person in Absprache ihres Familienkreises, fähig sein, eine für sie individuell angepasste Strategie zu wählen (Abel, Duetz, 2004, S. 33-34, www).

2.1.3 Die fünf Bereiche der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ermöglicht Menschen mehr Selbstbestimmung zu entwickeln, und fördert Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen. Im Weiteren erleichtert sie das Aufarbeiten von Gesundheitsinformationen, und ist von großem Nutzen, wenn es darum geht, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Die Gesundheitskompetenz lässt sich in fünf Bereiche untergliedern:

1. Der Kompetenzbereich der persönlichen Gesundheit umfasst die Grundkenntnisse der Gesundheit, die Selbstpflege, das Wissen sowie die Anwendung von gesundheitsförderlichem, präventivem und gesundheitserhaltendem Verhalten. Zu dieser Sparte gehören auch die Betreuung der Familie und die erste Hilfe.
2. Im Bereich der Systemorientierung geht es um die Fähigkeit sich im Gesundheitssystem einen Überblick zu verschaffen und den Vertretern diverser Gesundheitsberufe als kompetenter Partner gegenüber zu treten.
3. Das menschliche Konsumverhalten beschreibt Einkauf- und Dienstleistungsentscheidungen unter Berücksichtigung von gesundheitlichen Gesichtspunkten. Konsumentenrechte können im Zweifelsfall eingeklagt werden und auch durchgesetzt werden.
4. Die Fähigkeit informiert und gesundheitspolitisch zu handeln stammt aus dem Kompetenzbereich der Gesundheitspolitik.
5. Um Berufskrankheiten und Unfälle am Arbeitsplatz zu vermeiden, sowie sich für gesundheitsförderliche Verhältnisse und allgemeine Sicherheit einzusetzen, bedarf es ebenfalls bestimmter Fähigkeiten, die dem Kompetenzbereich der Arbeitswelt zuzuordnen sind (Kickbusch, 2006, S. 69-71).

2.2 Good Practice

Für die Definition von „Good Practice“ gibt es keine eindeutige Version. Wie „Good Practice“ definiert wird hängt von der Sichtweise ab. Es gibt zum Beispiel Definitionen aus der betriebswirtschaftlichen Sicht, aber auch aus einer gesundheitsfördernden Sicht. Je nachdem aus welchem Blickwinkel „Good Practice“ betrachtet wird variieren die Definitionen. Eine Definition aus betriebswirtschaftlicher Sicht findet sich im Online Verwaltungsglossar [olev.de](http://www.olev.de).

Für diese Arbeit haben die Verfasser die sehr umfassende Definition von der Webseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de übernommen. Diese wurde vom beratenden Arbeitskreis des deutschen Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als Ergebnis einer intensiven Diskussion von Wissenschaft und Praxis entwickelt. Die zwölf entwickelten Good Practice Kriterien beziehen sowohl Forschungsergebnisse als auch entwickelte Qualitätsinstrumente ein, und können daher als sehr umfassende Definition aus gesundheitsfördernder Sicht gesehen werden (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, [www](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)).

Drei Aspekte werden dabei besonders berücksichtigt:

- Die Orientierung am inhaltlichen Ziel des Projektes: Eine Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit soll durch die Berücksichtigung der Bedarfslagen, Ressourcen und Belastungen sozial benachteiligter Zielgruppen erreicht werden.
- Die Spiegelung des umfassenden Konzeptes von Gesundheitsförderung der WHO, welches zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und –potenzialen der Menschen auf allen Ebenen ansetzt. Durch Gesundheitsförderung sollen Menschen befähigt werden, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Der Setting-Ansatz spielt dabei eine zentrale Rolle. Er zielt neben der Stärkung der individuellen Ressourcen auch auf die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder

der Lebenswelten ab.

- Die Berücksichtigung des wachsenden Interesses von Zuwendungsgebern, Fachöffentlichkeit und Zielgruppen an der Qualität von Projekten und der Legitimität der Verwendung öffentlicher Mittel und Spenden (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Abbildung 1: Zwölf Good Practice Kriterien

Konzeption, Selbstverständnis	Zielgruppe	Innovation, Nachhaltigkeit	Multiplikatoren- konzept
Arbeitsweise	Partizipation	Empowerment	Setting-Ansatz
Integriertes Hand- lungskonzept/ Vernetzung	Qualitätsmanage- ment/ Qualitätsentwicklung	Dokumentation und Evaluation	Kosten-Nutzen- Relation

Quelle: Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www

Auf den folgenden Seiten beschreiben die Verfasser die zwölf Kriterien für Good Practice im Einzelnen. Die Kriterien werden in zwei Einschlusskriterien und in zehn Auswahlkriterien unterteilt.

2.2.1 Einschlusskriterien

■ Konzeption, Selbstverständnis

Eine schriftliche Konzeption, aus der ein klarer Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung, liegt vor und ist allen Mitarbeitern bekannt. Die Konzeption enthält einen klaren Bezug auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und ist Leitlinie und Referenz für die Gestaltung und Bewertung der täglichen Arbeit (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Zielgruppe

Im Konzept des Angebotes ist die Zielgruppe präzise bestimmt. Diese gehört zu einer oder mehreren sozial benachteiligten Gruppen oder Lebenslagen, die im Erhebungsinstrument der Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ aufgeführt sind. Die gesundheitsfördernden Aktivitäten zielen darauf ab, die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten sowie die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen dieser Zielgruppe(n) nachhaltig zu verbessern (Setting Ansatz). Besondere Bedarfslagen und Möglichkeiten dieser Gruppe(n) werden berücksichtigt. Das Angebot ist in seiner Anlage darauf ausgerichtet, diese zielgenau zu erreichen (Niedrigschwelligkeit) (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

2.2.2 Auswahlkriterien

■ Innovation und Nachhaltigkeit

Das Angebot strebt die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Angebotskomponenten an und hat innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte. Hinweise auf „Good Practice“ können sowohl der innovative Charakter („neue Problemlösungen“, „neues Lernen für andere“) als auch die Kontinuität (langfristige Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) sein. Manchmal stehen sie jedoch in einem Spannungsverhältnis zueinander, da Innovatives eher in kurzfristigen Angeboten entwickelt wird und Kontinuität sich eher in Regelangeboten beweist. Es sind beide Komponenten zu würdigen, und es ist zu beurteilen, welche Aspekte für den Transfer auf andere Angebote besonders wichtig sind. Die Nachhaltigkeit ist dabei ein wichtiger Aspekt, sowohl hinsichtlich der Angebotsstrukturen als auch der Wirkungen bei den Zielgruppen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Multiplikatorenkonzept

In einem Multiplikatorenkonzept wird festgelegt, auf welche Art ausgewählte Multiplikatoren in die Umsetzung eines Angebots eingebunden und für diese Arbeit qualifiziert werden. Multiplikatoren können über das Projekt informieren, den Zugang herstellen und/oder nach einer entsprechenden Qualifizierung selbst Projektinhalte umsetzen. Für Angebote der Gesundheitsförderung können es „Professionelle“ (z.B. Ärzte, Sozialarbeiter, Verwaltungsmitarbeiter) oder ausgewählte, von Peers akzeptierte und glaubwürdige Angehörige der Zielgruppe sein. Diese Personen, Gruppen und/oder Institutionen können ein Projekt wirkungsvoll unterstützen, indem sie die Reichweite erhöhen, die Umsetzung unterstützen oder zum Aufbau neuer Strukturen beitragen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Arbeitsweise

Variante 1: Das Angebot orientiert sich an der Lebenswelt der Zielgruppe (Settingansatz) und ist aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend angelegt. Um die Zielgruppe zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erreichen zu können, gehen Angebote, die niedrighschwellig arbeiten, unmittelbar auf ihre Zielgruppe zu.

Variante 2: Durch die Reflektion und die Vermeidung von Hindernissen für den Zugang zum Angebot aus Zielgruppenperspektive zeichnet sich eine niedrighschwellige Arbeitsweise aus. Als mögliche Zugangshürden sind zu berücksichtigen:

- Organisatorische Voraussetzungen (z.B. Zeit, Raum, Kosten, Anmeldeformalitäten)
- Inhaltliche Faktoren (z.B. Bedarfsgerechtigkeit, zielgruppenangemessene/kulturspezifische Vermittlung)
- Andere Faktoren (z.B. Kenntnis über das Angebot)

Grundvoraussetzung ist dabei das Wahrnehmen, Verstehen und Wissen über den Alltag und die jeweilige Lebenssituation der Zielgruppe, ebenso wie die genauere Differenzierung der Zielgruppe. (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

■ Partizipation

Partizipation bedeutet nicht nur Teilnahme der Zielgruppe, sondern auch aktive Teilhabe (Entscheidungskompetenz) bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. Die eigenen Bedürfnisse formulieren und Wünsche, Ideen und Vorstellungen bei der Planung, Umsetzung und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten einbringen, dazu soll die Zielgruppe befähigt werden (Empowerment). Die Partizipation ist ein Entwicklungsprozess. Um aktiv Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können, soll die Zielgruppe während des Entwicklungsprozess zunehmend Kompetenzen gewinnen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Empowerment

Die Zielgruppe(n) sollen durch den Aufbau und die Stärkung der eigenen Fähigkeiten sowie durch die Entwicklung von individuellen und gemeinsamen Handlungsstrategien zur Selbsttätigkeit und Selbstbestimmtheit befähigt werden. Die Stärken und Ressourcen werden bei diesem Prozess aufgegriffen und weiterentwickelt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Setting-Ansatz

Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff „Setting-Ansatz“ oft mit „Lebenswelten-Ansatz“ übersetzt. Einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeit ein gesundes Leben zu führen, haben die Bedingungen in den Settings/Lebenswelten, z.B. am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Wohnumfeld (Nachbarschaft).

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz stärkt die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting und arbeitet an einer gesundheitsgerechten Gestaltung der Bedingungen, die durch individuelles Handeln nicht oder nur wenig verändert werden können (z.B. Arbeitsbedingungen, Umweltbelastungen oder Kommunikationsstrukturen). Die Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist mehr als Gesundheitsförderung in der Lebenswelt, der Setting-Ansatz bezeichnet den Entwicklungspfad zur Schaffung einer „gesunden Lebenswelt“. Drei Aspekte sind für die Umsetzung des Setting-Ansatzes zentral:

- Die Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene – „Verhaltensprävention“)
- Die Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung – „Verhältnisprävention“)
- Die Beteiligung aller Personen(gruppen) im Setting
- (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

■ Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung

Um gesundheitsförderliche Aktivitäten / das Angebot bedarfsgerecht in die bestehende Angebotslandschaft einzufügen, ist die Vernetzung mit den anderen Akteurinnen und Akteuren im lokalen und fachlichen Umfeld nützlich. Dabei fördert systematische Vernetzungsarbeit den Austausch von Informationen, die wechselseitige Unterstützung und kann der Ausgangspunkt für gemeinsame oder koordinierte Aktivitäten unterschiedlicher Akteure mit gemeinsamen Zielsetzungen oder Interessen sein. Zur Nachhaltigkeit und Transparenz der Vernetzungsaktivitäten trägt die aktive Beteiligung in kontinuierlich arbeitenden Netzwerken (z.B. Quartiersforen oder thematische Arbeitskreise) bei (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Maßnahmen fachgerecht am Bedarf auszurichten, sowie zielgruppenadäquat zu planen, umzusetzen und auszurichten, darauf zielen Qualitätsentwicklung bzw. Qualitätsmanagement ab. Dabei handelt es sich um einen kontinuierlichen und systematischen Reflexions- und Lernprozess. Die Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird immer wieder überprüft, verbessert und weiter entwickelt. Wichtige Voraussetzungen für eine gelungene Qualitätsentwicklung bzw. ein gelungenes Qualitätsmanagement sind eine zielgruppenorientierte Sichtweise sowie die Partizipation von Betroffenen und Beteiligten. Dieser Prozess kann intern (durch eigene Mitarbeiter) oder mit externer Unterstützung erfolgen.

Regelmäßig auf Verbesserungspotenziale hin zu untersuchen sind folgende Bereiche:

- Planung: Grundlage des Konzepts, z.B. Bedarfsanalyse, Zielgruppenbestimmung, Zielformulierung.
- Strukturen: Rahmenbedingungen, z.B. Räume, nötige Kompetenzen, Finanzen (auch für Qualitätsentwicklung bzw. Qualitätsmanagement selbst).
- Prozesse: Art der Tätigkeiten, z.B. Umgang mit Konflikten, Partizipation der Zielgruppe, vernetzte Arbeitsweise, niedrigschwellige Arbeitsweise.
- Ergebnisse: Wirkungen – insbesondere in Bezug auf formulierte Ziele (Dokumentation und Evaluation), z.B. Verhaltensänderungen der Zielgruppe, Steigerung der Zufriedenheit mit dem Angebot, strukturelle Verankerung von gesundheitsförderlichen Strukturen.

(Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

■ Dokumentation und Evaluation

Zur Qualitätsentwicklung im Angebot werden Evaluation und Dokumentation umgesetzt. Evaluation und Dokumentation dienen dazu, die Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu unterstützen und die formulierten Ziele im Projektverlauf zu überprüfen. Durch die Dokumentation werden die Inhalte und Ergebnisse der Arbeitsprozesse abgebildet (z.B. durch Besprechungsprotokolle, Veranstaltungsdokumentation oder die Sammlung erstellter Materialien). Die Arbeitsprozesse werden so auch nach längerer Zeit für Außenstehende transparent gemacht. Vor dem Hintergrund der gesetzten Ziele nutzt die Evaluation die dokumentierten Informationen, analysiert und bewertet diese. (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

■ Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten sollen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Es ist zu prüfen, ob in Bezug auf Kosten und Nutzen (bzw. Aufwand und Ertrag), Kennzahlen eingesetzt werden können (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

3 Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz

Mit Hilfe einer Kompetenzsteigerung im Bereich Gesundheit wären Menschen befähigt lebenslang zu lernen, fähig mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens umzugehen und könnten Veränderungen in ihrem Lebensalltag treffen. Außerdem würde die Möglichkeit bestehen, dass Patienten besser mit ihren chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen können. Dieser Lernprozess könnte sowohl in Schulen, zu Hause, am Arbeitsplatz, als auch innerhalb der Gemeinde vor sich gehen. Außerdem würde mehr Health Literacy in der Bevölkerung zu einem besseren Umgang mit dem Gesundheitssystem, sowie mehr Teilnahmen und Mitgestaltung bei Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten, bewirken. Um dies zu erreichen bedürfte es der Mitwirkung vieler Akteure, wie den Ärzten und dem Pflegepersonal, der Erziehungsverbände, der öffentlichen Körperschaften, der Wirtschaftsgremien, den gemeinnützigen Organisationen sowie den Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen (Göpel, 2004, S. 255).

3.1 Negative Auswirkungen durch mangelnde Gesundheitskompetenz

Es gibt viele Situationen, in denen sich der Mensch als Patient unwissend, inkompetent oder minderwertig fühlt. Dies rührt oftmals daher, dass er hoch komplex beschriebene Diagnosen oder Behandlungen nicht versteht, was das Streben nach Selbstregulation und Kompetenzstärkung behindert. Dem Laien oftmals unbekannte Fremdwörter wie „Dorsalgie“ für die Diagnose Rückenschmerzen oder „Cephalgie“ für Kopfschmerzen, verunsichern den Patienten und vermindern auch gleichzeitig sein Vertrauen (Göpel, 2004, S. 142).

Durch diese Art der Ausgrenzung am Behandlungsverlauf seitens der Ärzte oder Therapeuten kann kaum ein Interventionskonzept erstellt werden, welches auf die persönlichen Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten zugeschnitten ist. Ohne Unterstützung in Form von kompetenzsteigernden Methoden, wie Beratungen oder Schulungen, fällt es den Personen schwer einen guten Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden oder die richtigen Leistungen in Anspruch zu nehmen (Schwartz, 2003, S. 318).

Der Mensch braucht also Gesundheitskompetenz, um sowohl schriftliche als auch mündliche Erklärungen von Ärzten, diplomiertem Gesundheits- und Krankheitspflegepersonal, sowie Informationen zu Pharmazeutika, verstehen zu können (Center for Health Care Strategies, S. 1, www). Solche Informationen können Behandlungsverfahren, Medikationen oder auch Terminvereinbarungen betreffen und sind Voraussetzung, um im Gesundheitssystem zu agieren und die benötigten Dienste in Anspruch zu nehmen. Fehlt diese Kompetenz, werden oftmals falsche Entscheidungen, die beispielsweise auf unkritisch bewertete Werbungen zurückzuführen sind, getroffen. Zusätzlich werden der generelle Handlungs- und Gestaltungsspielraum und die damit verbundene Selbstwirksamkeitserwartung automatisch geringer, wenn ein Individuum nur wenige für ihn plausible Lösungsalternativen erkennen kann. Durch diese inadäquate Nutzung des Krankenversorgungssystems sind betroffene Personen oftmals mehr gefährdet chronisch zu erkranken (Spicker, Lang, 2009, S. 100).

Dies belegt auch der „National Adult Literacy Survey“ (NALS), wonach 75 Prozent der langzeiterkrankten Bürger über zu wenig Health Literacy verfügen. In vielen Fällen verheimlichen die Betroffenen ihr mangelndes Verständnis der Thematik und fördern so eine unangepasste Informationsweitergabe. Daten des NALS belegen im Weiteren, dass nahezu 50 Prozent der erwachsenen Bevölkerung über zu wenig Gesundheitskompetenz verfügen (Center for Health Care Strategies, S. 1-2, [www](#)).

Von dieser Problematik besonders eingenommen sind Menschen, die von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, also ältere Menschen, Menschen mit ungenügender Bildung und Migranten. Ihnen fällt die Kommunikation mit den Akteuren des Gesundheitswesens schwerer als dem Rest der Bevölkerung (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 2, [www](#)). Ohne die nötige Kompetenzsteigerung im Bereich Gesundheit, werden sie häufiger krank und haben kaum Chancen ihre Situation zu verbessern (Stutz Steiger, Spycher, S. 1, [www](#)).

Die meisten Untersuchungen zu diesem Thema befassen sich hauptsächlich mit der Ebene der funktionalen Gesundheitskompetenz und berücksichtigen daher kaum soziokulturelle Faktoren. Zudem konzentrieren sich die Forschungen vorwiegend auf das Gesundheitswesen, vor allem auf das Patienten-Arzt-Verhältnis und vergessen dabei auf die Bereiche Gesundheitsmarkt, Verbraucherschutz und Arbeitsplatz (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 2, [www](#)). Trotzdem gibt es vereinzelt Studien die belegen, dass bei chronischen Schmerzpatienten, Diabetikern, Rheumatikern und Personen mit chronischen psychischen Problemen bei verbesserter Informations- und Entscheidungsbeteiligung (und somit Förderung der Gesundheitskompetenz) verbesserte gesundheitliche Ergebnisse erzielt wurden (Schwartz, 2003, S. 318).

Um dieser Falschorientierung entgegenzuwirken sollte der Mensch als Koproductent und Experte für die eigene Gesundheit betrachtet werden (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 2011, S. 31, [www](#)). „Als bewusste Koproductenten ihrer Gesundheit sind vor allem Menschen einzuordnen, die sich aktiv um die Erhaltung ihrer Gesundheit bemühen, aber auch die Menschen, die im Umgang mit einer chronischen Erkrankung die Unterstützung in Selbsthilfegruppen suchen.“ (Schwartz, 2003, S. 318) Dies bedeutet, dass sich Angehörige diverser Gesundheitsberufe mehr den Patienten und dessen Beteiligung widmen sollten, um so präventive und versorgungsbezogene Maßnahmen verbessern zu können (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 2011, S. 31, [www](#)).

3.2 Kosten und Nutzen von Gesundheitskompetenz

Man kann davon ausgehen, dass ausreichend vorhandene Gesundheitskompetenz einen direkten Einfluss auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand hat, denn je höher das Niveau der Gesundheitskompetenz ist, desto genauer und differenzierter wird der eigene Körper und die eigene Psyche wahrgenommen. Zusätzlich werden Diagnose- und Therapieprozesse durch Health Literacy beeinflusst. Sie ermöglicht es, gemeinsame Haltungen von Arzt und Patient zum gesundheitlichen Problem zu entwickeln und die Therapien nach Vorschrift durchzuführen. Außerdem ermöglicht ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz die optimale Auswahl an Versicherungspaketen, welche den individuellen Präferenzen entsprechen. Dies kann einen weiteren

Erfolgsfaktor im Diagnose- und Therapieprozess des Individuums bedeuten, und sich dadurch auch positiv auf Wirtschaft und Gesellschaft auswirken. (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2006, S. 7-8, [www](#)).

Die positiven Auswirkungen auf die Wirtschaft beziehen sich vor allem auf die reduzierten krankheitsbedingten Abwesenheiten. Dies erklärt sich durch den Vorteil, dass sich Mitarbeiter mit ausreichender Health Literacy besser für gesundheitserhaltende und –fördernde Arbeitsbedingungen einsetzen können (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2006, S. 9, [www](#)).

Der damit indirekt verbesserte Gesundheitszustand bewirkt eine Steigerung der Produktivität und der Motivation der Mitarbeiter. Im Vergleich dazu werden Mitarbeiter mit wenig Gesundheitskompetenz häufiger krank, sind öfter im Krankenstand und erbringen weniger Arbeitsleistung (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2006, S. 9, [www](#)).

Einen Wirtschaftsaufschwung könnten Märkte mit Informationen und Angeboten zum Aufbau, Erhalt und Ausbau der Health Literacy erleben, wobei jedoch die Pharma- und die Tabakindustrie Umsatzeinbußen zu verzeichnen hätten. Im Weiteren investieren Menschen mit höherem Gesundheitskompetenzniveau wahrscheinlich mehr Geld in Prävention und einen gesunden Lebensstil, und sparen dadurch Geld an weniger häufigen und weniger langen Krankenständen. Außerdem ist eine gänzliche Entfaltung und Wirkung von Maßnahmen wie Präventionskampagnen nur dann möglich, wenn die enthaltenen Informationen von der Bevölkerung auch komplett verstanden werden. Die daraus theoretisch resultierenden Netto-Wirkungen sind derzeit noch nicht empirisch erforscht (Stutz Steiger, Spycher, S. 2-3, [www](#)).

In der Gesellschaft würde sich ausreichende Gesundheitskompetenz besonders bei Personen, die Kinder, Jugendliche oder ältere Menschen betreuen, bewähren, da diese weniger krankheitsbedingte Abstinenzen aufweisen würden und auch stellvertretende Entscheidungen optimal fällen könnten (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2006, S. 9, [www](#)).

Die Bildung dieser erforderlichen Kompetenz bewirkt zwar einerseits eine Reduzierung von Folgekosten auf Grund von inadäquater Nutzung des Gesundheitssystems beziehungsweise die Eröffnung eines neuen Marktes mit Anstellungen, verursacht andererseits jedoch auch Kosten. Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2006) meint in diesem Zusammenhang, „dass wir uns in einem trade-off befinden: Investitionen in Gesundheitskompetenzen kosten Geld, bringen aber auf der anderen Seite auch einen Nutzen, indem die negativen volkswirtschaftlichen Auswirkungen zu geringer Gesundheitskompetenzen in den genannten Bereichen reduziert werden.“ Dies bedeutet, dass es an der Zeit ist zu ermitteln, um welchen wirtschaftlichen und individuellen Nutzen es sich bei einer Kompetenzsteigerung handelt, beziehungsweise welche Investitionen dabei zu tätigen sind (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 2006, S. 9-10, [www](#)).

In den USA werden die Kosten im Gesundheitswesen auf Grund von unzureichender Gesundheitskompetenz derzeit auf bis zu 73 Milliarden Dollar zusätzlich geschätzt (Kickbusch, 2006, S. 71, zitiert nach AMA). Dies heißt, die geringe Health Literacy in der Bevölkerung verursacht drei Prozent der so genannten Gesundheitskosten (Kickbusch, 2006, S. 71).

4 Good Practice Beispiele zur Steigerung der Gesundheitskompetenz

4.1 Projekt: „Gesundheit kommt nach Hause“

4.1.1 Hintergrund und Ziele

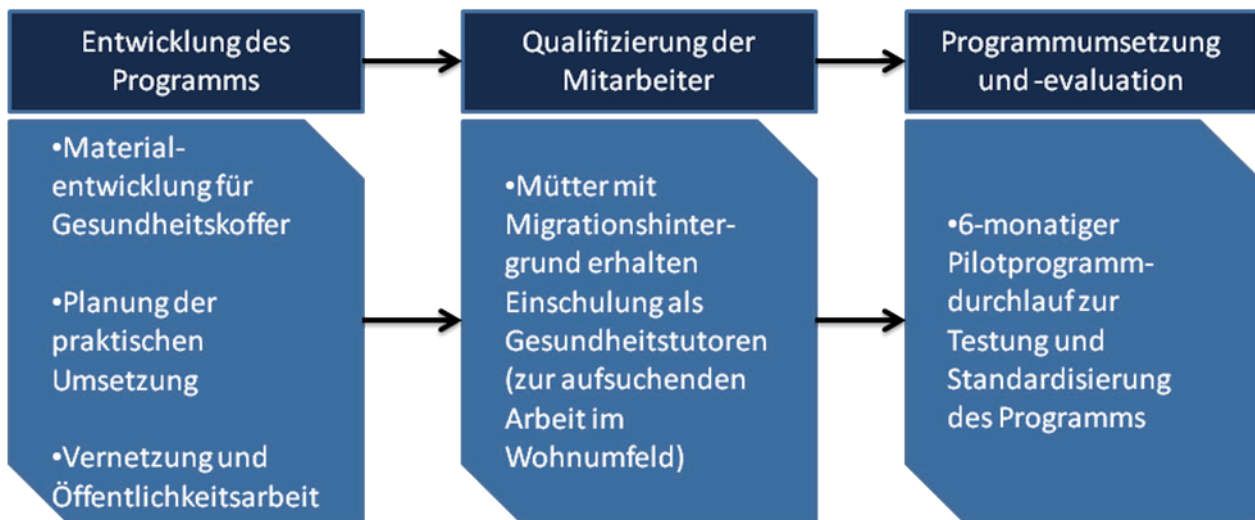
Das Ziel des Projektes „Gesundheit kommt nach Hause“ war die Gestaltung eines getesteten, strukturierten, standardisierten, niederschweligen und ganzheitlichen Programms, um das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz in Migrantenfamilien in Österreich zu steigern (Reiter, 2011, S. 4). Dieses Programm wurde im Zuge des gleichnamigen Projekts des Vereines beratungsgruppe.at im März 2009 entwickelt, begann im Frühjahr 2010 mit einer Praxisphase und endete im April 2011. Dank der großen Erfolge des Programms wurde anschließend im Jahr 2011 ein Folgeprojekt mit zwei Programmdurchläufen gestartet.

Das Projekt orientierte sich an den Kriterien von Good-Practice-Modellen, dem Settingansatz, der Partizipation und dem Empowerment (Gekona, 2010, www).

Ausgangsbasis für die Gestaltung der Initiative waren Untersuchungen, welche den Zusammenhang von sozioökonomischen Lebensbedingungen und Gesundheit belegten. Personen mit geringem Einkommen und wenig Ausbildung wurden laut dieser Studie durch verstärkte Gesundheitsrisiken und Zugangsbarrieren verstärkt belastet. Zu dieser Personengruppe zählten speziell Migrantenfamilien, welche zusätzlich zu den schlechten Voraussetzungen die vorhandenen Gesundheitsdienste wenig in Anspruch nahmen. Zu diesen mangelhaft genutzten Diensten zählten beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, die somit zu vermehrten Fehlgeburten und Säuglingssterblichkeit führen könnten. Ein weiteres Hindernis bildeten Kommunikations-, Kultur- und Informationsbarrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem. Frauen mit türkisch-islamischer Herkunft standen im Projekt besonders im Vordergrund, da sie von den Informationsquellen des Gesundheitswesens eher ausgegrenzt waren (Reiter, 2011, S. 3).

Die folgende Grafik zeigt den Projektverlauf von „Gesundheit kommt nach Hause“ in aufsteigender Reihenfolge. Die Entwicklung des Programms bestand aus der Gestaltung eines eigenen Gesundheitskoffers, der Planung der praktischen Maßnahmen und aus Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Um den Zugang zu den Migrantenfamilien in ihrem Wohnumfeld (aufsuchender Ansatz) möglichst Barriere frei zu gestalten wurden Gesundheitstutoren mit gleichem Migrationshintergrund geschult und für die Informationsentwicklung und Prozessbegleitung qualifiziert. Nach der Sicherung der Voraussetzungen, ging es um die Umsetzung der konkreten Maßnahmen innerhalb eines 6-monatigen Pilot-Programmdurchlaufes, um eine mögliche Standardisierung des Programms zu testen. Hierfür wurde auch begleitende Evaluation eingesetzt (Gekona, 2010, www).

Abbildung 2: Projektablauf in Anlehnung an Gekona, 2010, www



4.1.2 Zielgruppe und Arbeitsweise

Die Zielgruppe des Projektes bezog sich auf bildungs- und sozialbenachteiligte Mütter und ihre Familien, welche einen muslimischen Migrationshintergrund und mangelnde Deutschkenntnisse aufwiesen. Diese Personengruppe kennzeichnete sich dadurch, dass sie kaum Gebrauch von Beratungs- Informations- und Gesundheitsförderangeboten machte und kaum Broschüren las. Außerdem wurde diese Zielgruppe von den gängigen Medien nicht ausreichend erreicht und verstand Etikettentexte oder Warnhinweise oftmals nicht (Gekona, 2010, www).

Zur Umsetzung des Projektes wurden die Migranten in ihrem Wohnumfeld aufgesucht und von Gesundheitstutorinnen mit ähnlichem soziokulturellen Hintergrund über das Projekt informiert und im Weiteren betreut. Durch diesen Ansatz direkt im Familiensetting und die Teilnahme an den Sorgen der Mütter gelang es, die ganze Familie inklusive Kinder und Großeltern zu erreichen, wodurch auch die Nachhaltigkeit für Gesundheitsbewusstsein gesichert wurde.

Für die optimale Vermittlung der Inhalte wurde ein Gesundheitskoffer gestaltet. In dem Koffer befanden sich zehn kleine Bilderbücher mit Alltagsgeschichten der Familien. Die Geschichten beschäftigten sich mit Gesundheitsthemen, wie beispielsweise Bewegung oder psychosoziale Einflussfaktoren. Der Text war mit Nummern versehen, welche auf das passende beiliegende Informationsblatt verwiesen. Im Gegensatz zu den Büchern waren die Informationsmaterialien neben deutscher auch in türkischer Sprache verfasst. Einige angesprochene Themen des Programms waren:

- Bewegung und motorische Fähigkeiten
- Ernährung, Essgewohnheiten und Essstörungen
- frühkindliche Bindung und Beziehungen
- Gefühle und emotionale Entwicklung
- Integration
- Kommunikation und Soziales

- Körper und Körperfunktionen
- Lebensraumgestaltung
- Verhaltensauffälligkeiten und Sucht

(Gekona, 2010, www)

Die Übergabe und Erläuterung des Gesundheitskoffers oblag den eigens geschulten Gesundheitstutoren. Sie erklärten die Inhalte, verwiesen auf Beratungsstellen und Experten und boten ergänzende Literatur oder Übungen. Die Besonderheit dieser Mitarbeiter lag darin, dass sie selbst Mütter mit Migrationshintergrund waren und ihnen daher die Mentalität, die Lebensumstände und die Sorgen der Teilnehmer bekannt waren. Die Gesundheitstutoren besuchten die Migranten direkt in ihrem Wohnumfeld, gewannen ihr Vertrauen und wurden dadurch Mittelpersonen der Gesundheitsförderung. Gemeinsam wurde besprochen wie das eingeprägte Verhalten und die vorhandenen Verhältnisse positiv beeinflusst werden könnten. Die speziellen Qualifikationen der Gesundheitstutorinnen wurden von seminar consult prohaska und Experten des FEM Süd, dem Roten Kreuz und dem PGA Wien/ Zahngesundheit durchgeführt. Der theoretisch vermittelte Schwerpunkt der Schulung lag auf Methodik, Didaktik, Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte sowie die Akquise der Teilnehmer und die Präsentation des Programms (Gekona, 2010, www). Beispiele für erfolgreich umgesetzte Gesundheitstipps in der Praxis waren regelmäßiges Zähneputzen, kein Fernsehen während der Mahlzeiten, mehr sportliche Aktivitäten oder mehr Aufmerksamkeit für die Kinder (Reiter, 2011, S. 41).

Die frisch ausgebildeten Gesundheitstutoren hatten die Aufgabe die organisatorische und operative Umsetzung der Maßnahmen, wie beispielsweise Müttertreffen oder Exkursionen selbstständig zu übernehmen. Hingegen war es Ziel des Steuerungsteams als systematische, strukturierte Programmbegleitung zu fungieren und die effektive und inhaltlich qualitative Programmumsetzung, das Monitoring und die Dokumentation zu übernehmen. In regelmäßigen Teamsitzungen wurde in Form einer Guidance didaktisch-methodische Unterstützung für die Gesundheitstutoren geboten (Reiter, 2011, S. 3).

4.1.3 Programmablauf

Insgesamt nahmen 113 Familien aus Wien und Niederösterreich am Programm teil. Beim ersten Treffen zu Hause wurde mit jeder Mutter eine Bestandsaufnahme zur Dokumentation der Stammdaten, wie etwa Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, Wohnungsgröße oder Einkommen, durchgeführt. Außerdem sollten die Mütter ihr Bildungsniveau, ihr gesundheitsrelevantes Wissen und ihre Lebenssituation beschreiben. Anschließend wurden die Gesundheitskoffer an die Teilnehmer verteilt und erläutert. Die Phase der Intensivbetreuung der Migranten erfolgte durch 14-tägige Müttertreffen von zwei bis fünf Müttern mit den Gesundheitstutorinnen, wobei 36 in Wien und fünf in Niederösterreich stattfanden. In jeder Runde wurde eine Mutter als Ansprechpartner für Termine und Treffpunkte bestimmt und musste die Vereinbarungen stets den anderen Müttern kommunizieren. Bei den zweistündigen Treffen wurde über das Gelesene, das Erlebte, die Erkenntnisse und die geplanten Aktivitäten gesprochen. Vor der zweimonatigen Sommerpause wurden die besprochenen Inhalte noch einmal wiederholt und beim Start des zweiten Teils die

restlichen vier bis fünf Müttertreffen abgehalten. In einem außerordentlichen Treffen im Dezember wurden Abschlussgespräche geführt. Zur Dokumentation der geplanten oder umgesetzten Aktionen erhielt jeder Teilnehmer bei jedem Treffen einen Dokumentationsbogen zum Ausfüllen. Dabei ergab sich, dass das Projekt sehr gut angenommen wurde und alle Teilnehmer regelmäßig erschienen. Außerdem wurden neben den Müttertreffen auch Exkursionen in Supermärkten oder Gruppentreffen mit Ärzten veranstaltet (Gekona, 2010, www).

4.1.4 Evaluierung

Die projektbegleitende Evaluierung des Projektes erfolgte durch Prospect Unternehmensberatung und verfolgte das Ziel, handlungsrelevantes Wissen zur Steuerung des Projektes zu generieren. Die beteiligten Mütter wurden sowohl bei der Bestandsaufnahme, als auch zu Programmbeginn, zu Programmmitte und zu Programmende befragt. In einem Zwischen- und einem Endbericht wurden die Zielerreichung und die Wirksamkeit festgestellt (Reiter, 2011, S. 4, 48).

Das Projekt „Gesundheit kommt nach Hause“ erreichte sein Ziel der Kompetenzsteigerung im Bereich der Gesundheit in hohem Maße. 73 Prozent der beteiligten Mütter gaben nach Ende des Programms an, dass ihr Wissen zur Gesundheitsförderung gestiegen war und bei 58 Prozent wurde sogar ein verbesserter Gesundheitszustand festgestellt. Für 48 Prozent der Mütter erschien die persönliche Lebenssituation und für 37 Prozent die soziale Einbindung besser als zuvor. Weitere positive Effekte bezogen sich auf einen Wissenszuwachs in Gesundheitsthemen, Erziehungsfragen und Verbesserung der Deutschkenntnisse, sowie Einstellungs- und Bewusstseinsveränderungen und soziale Integration. Die Teilnehmer erlernten selbstständig und von Männern unabhängig zu handeln und in erster Linie an sich und die eigene Gesundheit zu denken. Bewusstseinsbildung und Gemeinschaftserleben wurde gefördert und Gesundheit als ganzheitliches Konzept von Ernährung über Bewegung und psychische Aspekte erfasst. Durch das Programm wurde die soziale Integration und Vernetzung mittels der Müttertreffen gefördert und eine Basis für außerfamiliäre selbstorganisierte Unternehmungen gelegt. Im Rahmen des Projektes wurde eine Austausch- und Lernstruktur entwickelt, welche gegenseitige Unterstützung und kognitive Anregungen, beispielsweise in Form von Ausleihen von Büchern oder gegenseitige Kinderbetreuung ermöglichte. Diese gewonnene Handlungsfähigkeit äußerte sich besonders in einem gesünder erlebten Verhalten, bezogen auf mehr Bewegung, gesünderer Ernährung und mehr Vorsorgemaßnahmen. Zusätzlich wurden eine verbesserte Erziehungskompetenz und bessere Kommunikationsverhältnisse ermittelt. Auf der Verhältnisebene wurden aktivere Lebensbedingungen, mehr Besuche von Deutsch- oder Hauptschulabschlusskursen sowie Reproduktions- und Familienarbeiten festgestellt (Reiter, 2011, S. 4-5).

4.2 Projekt: „Wissen macht stark und gesund - Kompetenztraining“

4.2.1 Hintergrund und Ziele

„Wissen macht stark und gesund“ war ein Projekt, das vom Grazer Frauengesundheitszentrum initiiert wurde und zum Ziel hatte die Rolle der Patienten im Gesundheitswesen zu stärken sowie die Patientenbeteiligung zu fördern. In einer fünftägigen Fortbildung wurde mittels eines von Bettina Berger entwickelten Konzeptes für ein Kompetenztraining den Teilnehmern kritische Gesundheitskompetenz gelehrt. Mit dem Projekt wurde versucht den Beteiligten das Finden und kritische Bewerten von Informationen zu erleichtern und somit einen Grundstein für individuelle gesundheitliche Entscheidungen zu legen. Das Projekt lief von Dezember 2007 bis April 2011 und wurde vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gefördert (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 129).

Auslöser für das Projekt waren einerseits die Erklärung der Förderung der Patientenrechte in Österreich (WHO 1994) und die Charta von Lubljana (WHO 1996), welche eine stärkere Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen forderten, und andererseits der Wunsch der Bevölkerung nach mehr Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen, Behandlungen und Untersuchungen. Die Mitwirkung der Patienten würde einen großen Nutzen für das Gesundheitssystem bedeuten. Dies erklärt sich durch aktive Mitarbeit, fundiertes Wissen über Behandlungsmöglichkeiten, realistische Erwartungen über Behandlungsverläufe und einen erhöhten Kontrollsinn der Bevölkerung. Diese Veränderungen würden die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern und die Kosten im Gesundheitssystem senken. Andere Beweggründe für die Initiative stellten die nicht auf den Verbraucher abgestimmten Informationen im Gesundheitssektor und die Fülle an Medienberichten mit unterschiedlicher Qualität und Verständlichkeit dar. Speziell letzteres bewirkte in vielen Fällen Verwirrung bei der Bevölkerung. Es schien schwer zu beurteilen welche Informationen persönlich relevant waren oder welche nur wirtschaftliche Interessen beinhalteten und zu Trugschlüssen und persönlichen Schäden führten (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 130-131).

Das Frauengesundheitszentrum nannte ein Beispiel zu den Folgen von mangelnder und nicht verbraucherangepassten Informationsvermittlung. Viele Frauen besuchten die Beratungsstelle wegen Wechselbeschwerden und erhofften sich Ratschläge zur Bewältigung ihrer Situation. Wie sich nach kurzen Gesprächen herausstellte, konnte der Großteil der Patienten seine Probleme auf Grund des Mangels an unabhängigen evidenzbasierten Informationen zu Nutzen und Risiken von Hormontherapien bisher nicht bewältigen. Durch vermitteltes Wissen, unabhängige evidenzbasierte Informationen und Beratung sollte das Empowerment der Bevölkerung im Gesundheitswesen gesteigert werden, um Patienten zu gleichberechtigten Entscheidungsträgern mit eigenen Wünschen und Perspektiven, mit den Akteuren des Gesundheitswesens zu machen (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 131).

Da es vor Beginn des Projektes nur fünf Frauengesundheitszentren in ganz Österreich zur Beratung von Gesundheitsfragen für Frauen gab, und sonstige Angebote kaum vorhanden waren, schien die Notwendigkeit für eine Kompetenzsteigerung im Gesundheitsbereich aktuell gegeben. Hinzu kamen die spärliche Anzahl an verständlichen und geprüften Patienteninformatio- nen in Broschüren oder auf Websites sowie die Tatsache, dass es bisher noch keine Initiativen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in Österreich gegeben hat (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 131).

4.2.2 Zielgruppe und Arbeitsweise

Die Zielgruppe des Projektes "Wissen macht stark und gesund – Kompetenztraining" bestand aus Männern und Frauen, deren Beruf Patientenvertretung und -beratung beinhaltete, Akteuren im Gesundheitswesen, welche Patientenbeteiligung förderten, Personen aus nicht-medizinischen Gesundheitsberufen und interessierten Patienten sowie Konsumenten medizinischer Leistungen. Die 140 teilnehmenden Personen führten diese Fortbildung zum Großteil im Rahmen ihres Berufs durch, waren daher im Erwerbsalter und verfügten über eine gute Ausbildung. Durch die heterogene Zusammensetzung der Gruppen wurde für unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen gesorgt und Raum für Austausch und Vernetzung geschaffen. Auffällig war, dass vorwiegend Frauen am Projekt mitwirkten (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 133, 135-136). Konkret kamen die Teilnehmer am Projekt aus folgenden Bereichen:

- Selbsthilfeorganisationen und -gruppen
- Sozialarbeit, Beratungseinrichtungen
- Pressearbeit
- Forschung (Gesundheitswissenschaften, Soziologie und Anthropologie)
- Nichtmedizinische Gesundheitsberufe (diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten und Hebammen)
- Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe
- Studenten
- Gesundheitsmanagement und -förderung
- Public Health
- Krankenversicherung

(Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 135)

Die Kompetenzsteigerung wurde mit Hilfe eines indikationsunspezifischen Trainings umgesetzt. Anhand einiger Beispiele zu den Themen Hormontherapie, Mammografie-Screening, PAP-Abstrich, PSA-Test und HPV-Impfung wurde exemplarisch erlernt, wie Erkenntnisse gewonnen und anschließend beurteilt werden. Die Inhalte wurden in Form von Präsentationen, Einzel- und Gruppenarbeiten, Diskussionen, Übungen am Computer und Rollenspielen vermittelt. Beispielsweise wurden Ergebnisse zu Forschungen von Gebärmutterhalskrebs analysiert und Methoden zur Prävention und Früherkennung besprochen. Im Weiteren wurden Studien zur Häufigkeit der Erkrankung bearbeitet, Maßzahlen errechnet, und es wurde gelernt Ergebnisse verständlich zu kommunizieren. Bei den Aufgaben wurden die Teilnehmer von den Referenten und Projektkoordinatoren begleitet und unterstützt. Eine Fortbildungspause diente zum Recherchieren von Fra-

gestellungen und zur praktischen Anwendung des Erlernen (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 134).

4.2.3 Projektinhalte

Der wichtigste Inhalt des Projektes war die Steigerung der Gesundheitskompetenz durch Maßnahmen, die den Teilnehmern dazu verhelfen Informationen zu finden, ihre Qualität zu beurteilen und die richtigen Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. Zu diesem Zweck wurden einige Fragen, wie zum Beispiel „Was will ich?“, „Wie frage ich suchtauglich?“ oder „Welchen Informationsquellen kann ich vertrauen?“ gestellt (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 132).

Die einzelnen gesetzten Aktionen verhelfen den Teilnehmern ihre Rechte als Patienten kennen zu lernen, Möglichkeiten zu finden sich an gesundheitlichen Entscheidungen (besonders auf Meso- und Makroebene) zu beteiligen und Methoden der evidenzbasierten Medizin für ihre eigenen Bedürfnisse nutzen zu können. Sie lernten die verschiedenen Studientypen der medizinischen Forschung kennen, wann diese zum Einsatz kamen und welchen Nutzen man daraus ziehen kann. Zusätzlich wurde erläutert, wie wissenschaftlich wirkende Zahlen täuschen können und was Aussagen wie „Die Behandlung vermindert das Risiko einer Erkrankung um 75 Prozent“ tatsächlich bedeuten. Im Weiteren wurden diverse Informationsquellen im Internet und medizinischen Datenbanken besprochen und Kriterien definiert an denen erkenntlich ist ob Informationen unabhängig, evidenzbasiert und verlässlich sind. Die Unterscheidung zwischen Vorsorge, Früherkennung und Screening, sowie welche Informationen bei diagnostischen Tests und Früherkennungsmaßnahmen von Bedeutung sind, waren weitere wichtige Diskussionsthemen. Zum Schluss wurde erläutert, wie Informationen für Verbraucher und Patienten verständlich aufbereitet und kommuniziert werden und aus welchen Komponenten eine Beratung besteht, durch die Patienten folglich eigenständige wissenschaftliche Entscheidungen treffen können (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 133).

4.2.4 Evaluierung

Um die Erfolge der Zielsetzungen bestmöglich zu verfolgen wurde am letzten Tag jeder Fortbildung ein Fragebogen pro Person verteilt und ausgefüllt. Zusätzlich wurden mit Hilfe einer Stichprobe qualitative Interviews durch externe Evaluatoren durchgeführt. Die Befragungen fanden zirka drei Monate nach Beendigung der Fortbildungen statt und prüften die Alltagstauglichkeit des Erlernen. Mittels eines Critical Health Competence Tests wurde sowohl zu Beginn als auch am Ende des Projektes die kritische Gesundheitskompetenz der Teilnehmer gemessen, um so eine Kompetenzsteigerung zu dokumentieren (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 134).

Die Ergebnisse der Fragebögen zeigten die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer mit den vermittelten Inhalten und den Methoden der Fortbildung. 95 Prozent der Befragten waren mit diesem Punkt zufrieden oder sehr zufrieden. Auch die Rahmenbedingungen und die Organisation der Initiative wurden mit sehr gut bewertet. Die Dauer des Projektes wurde hingegen, auf Grund der

Menge an Inhalten, insgesamt weniger positiv und als zu gering empfunden. Für 97 Prozent der Teilnehmer war eine persönliche Kompetenzsteigerung und eine Erweiterung des Wissensstandes, vorwiegend in den Bereichen kritische Bewertung von Patienteninformationen, Informationssuche, partnerschaftliche Entscheidungsfindung und Bedeutung von evidenzbasierter Medizin und Information, merkbar. Die qualitativen Befragungen ergaben, dass die Teilnehmer befähigt wurden Informationen gezielter zu suchen und deren Qualität besser zu beurteilen. Zusätzlich erwähnten die Befragten mehrmals die erlernten Inhalte im beruflichen und privaten Umfeld einsetzen zu können. Mit Hilfe eines Health Literacy Tests wurde bereits im Vorfeld im Modellprojekt „Wissenschaftliches Kompetenztraining 2007“ eine Steigerung der kritischen Gesundheitskompetenz festgestellt, die im Folgeprojekt „Wissen macht stark und gesund - Kompetenztraining“ ebenfalls einen Kompetenzzuwachs vermuten lässt (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 135-136).

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass eine Zunahme an Fachwissen und eine Kompetenzsteigerung durch das Projekt bewirkt wurden und das Ziel die Rolle der Patienten zu stärken und Patientenbeteiligung zu fördern zufrieden stellend erreicht wurde. Dennoch wurden Kritikpunkte hinsichtlich des komplexen Umfangs der Inhalte in einem kurzen Zeitrahmen geäußert. Zusammenfassend war das Projekt eine erfolgreiche Initiative und erhielt den Sonderpreis für Praxisimplementierung des Deutschen Netzwerkes evidenzbasierter Medizin (Berger, Ebner, Matyas, Groth, Steckelberg 2011, S. 136-137).

4.3 Projekt: „Gesundheitstreffpunkt West im Bremer Westen“

4.3.1 Hintergrund und Ziele

Der Gesundheitstreffpunkt West (GTP) entstand im Jahr 1985 im Rahmen der gemeindeorientierten Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventions-Studie (DHP). Diese Präventions-Studie wurde vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) in den Stadtbezirken Bremen West und Bremen Nord durchgeführt. Den Anstoß, diese Studie im Stadtbezirk Bremen West durchzuführen, gab das Wissen, dass sich Armut und Gesundheit gegenseitig negativ beeinflussen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Seit dem Abschluss der DHP-Studie im Jahr 1990 wird die Arbeit des GTP unter der Trägerschaft eines gemeinnützig arbeitenden Vereins (Gesundheitstreffpunkte e.V.) durchgeführt. Finanziert wird das Projekt durch Zuwendungen des Bremer Senats sowie aus Projektmitteln und Spenden. Beim GTP sind drei Mitarbeiter mit Teilzeitstellen angestellt (Stand 2009). Mit seinem ganzheitlichen, integrierten Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung orientiert sich der Gesundheitstreffpunkt West am Setting Stadtteil und dessen Wohnquartieren. Der Fokus liegt auf Gröpelingen, ein Stadtteil mit einem hohen Grad an sozialer Benachteiligung. Dort leben viele Arbeitslose, Kinderreiche, allein Erziehende sowie Menschen mit Migrationshintergrund und geringer Bildung (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Gröpelingen befindet sich im Stadtbezirk Bremen West und ist ein ehemaliges Hafen- und Arbeiterviertel. In den 1960er-Jahren ließen sich hier viele Migranten als Gastarbeiter nieder. Im Jahr 1970 lebten dort 40.888 Menschen, von denen 3,3 Prozent ausländischer Herkunft waren (Auskunft des Statistischen Landesamtes Bremen, 31.07.2008). Die Einwohnerzahl des Stadtteils sank bis 1991 auf 35.733, gleichzeitig stieg der Ausländeranteil auf 16,8 Prozent (Statistisches Landesamt, 2008a). Die Einwohnerzahl blieb seitdem annähernd konstant. Der Ausländeranteil stieg weiter auf derzeit 23,3 Prozent an, wobei der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bei 38,1 Prozent liegt (Stand 31.12.2007, Statistisches Landesamt Bremen, 2008b) (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Der Stadtteil hat sich durch Werftschließungen in den 1970er- und Anfang der 1980er-Jahre grundlegend gewandelt. Die Zahl der (Langzeit)-Arbeitslosen hat deutlich zugenommen. Im Jahr 2006 erreichte der Stadtteil Gröpelingen mit 28,3 Prozent die höchste Arbeitslosenziffer (Relation Arbeitslose zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) in Bremen (Statistisches Landesamt, 2007). Im Benachteiligungsindex der Hansestadt Bremen werden bremische Ortsteile in eine Rangfolge nach dem Grad ihrer sozialen Benachteiligung eingeteilt. In diesem Index belegen drei von vier Ortsteilen des Stadtteils Gröpelingen die schlechtesten Ränge (Rang 2, 3, 4; Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen, 2007). 56,3 Prozent der Kinder leben in einer Hartz IV - Bedarfsgemeinschaft (Arbeitnehmerkammer, 2007) (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Die Problemlagen der Bevölkerungen im Bremer Westen und dort vor allem der Bewohnerschaft benachteiligter Wohngebiete sind hohe Arbeitslosigkeit, viele Hartz IV - Haushalte, zahlreiche allein Erziehende und kinderreiche Familien sowie ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Migranten. Angesichts dieser Problemlagen benötigen die dort lebenden Menschen besondere Unterstützung. Darum liegt ein Vorgehen nahe, das Anbieter miteinander vernetzt und Strukturen verändern will (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Zentrale Ziele des GTP sind:

- Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen von Ratsuchenden
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen

(Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

Die Arbeitsschwerpunkte des GTP liegen in der stadtteilbezogenen Vernetzungstätigkeit, in bilateralen Kooperationen und im direkten Kontakt mit den Bürgern. Die thematischen Schwerpunkte liegen in der Familiengesundheit, der Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sowie in der Sucht- und Gewaltprävention.

In mehr als zwei Jahrzehnten konnten zu Bewohnern und zu Anbietern des Stadtteils enge Kontakte mit tragfähigen Arbeitsstrukturen entwickelt werden. In die Entwicklung gemeinsamer Aktivitäten zur Gesundheitsförderung fließt das Wissen über die Lebenssituation und die Bedürfnisse der Bewohner ein. Die Akteure kooperierender Fachgebiete werden durch die Vermittlung von Erkenntnissen aus der Gesundheitsförderung und Prävention ermutigt den Aspekt Gesundheit in Angebote ihres jeweiligen Arbeitsbereichs zu integrieren (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.3.2 Zielgruppe und Arbeitsweise

Die Zielgruppen des Projekts „Gesundheitstreffpunkt West im Bremer Westen“ sind Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z. B. Empfänger von Arbeitslosengeld II) und Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen. Die Angebote sind Altersgruppenübergreifend und schließen sowohl Frauen als auch Männer sowie Kinder ein. Durchgeführt werden die Angebote in den Lebenswelten der Zielgruppe, dem Stadtteil / Wohnquartier. Von Beginn an orientierte sich der GTP auf diese beiden Settings. Die Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sind gezielt auf benachteiligte Wohnquartiere ausgerichtet. Dabei sind die zentralen Ziele, Einrichtungen im Stadtteil für Gesundheitsförderung bei der Quartiersbevölkerung zu gewinnen und die Stadtteilbewohner zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren. Damit wird die so genannte Verhältnisprävention beabsichtigt. Dies geschieht durch strukturelle Veränderungen des Umfeldes, die die Lebensbedingungen verbessern und die Gesundheit positiv beeinflussen. Nach der Feststellung eines konkreten Bedarfs im Wohnumfeld erfolgt die Planung solcher Maßnahmen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Das Konzept des GTP orientiert sich an der Ottawa-Charta von 1986. Vor allem die Prinzipien der Beteiligung, des Befähigens und des Vermittelns und Vernetzens werden vom GTP berücksichtigt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Im Detail sind das:

- Die Beteiligung von Bürgern und Anbietern an der Entwicklung und Gestaltung von Angeboten im Stadtteil.
- Das Befähigen der Bürger des Stadtteils, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, diese zu artikulieren und zu verwirklichen.
- Das Vermitteln und Vernetzen zwischen Fachleuten, Institutionen und den Menschen im Stadtteil.

(Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

Zu den weiteren Prinzipien der Arbeit des GTP gehören auch ein niedrigschwelliger Zugang, Offenheit und Akzeptanz gegenüber Fragen und Wünschen von Ratsuchenden und kooperierender Einrichtungen. Die Arbeit des GTP zeichnet sich des Weiteren durch hohe Zuverlässigkeit in der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern aus, sowie der Fähigkeit, Anregungen aufzunehmen und in die gemeinsame Arbeit mit anderen einzubringen. Kooperationspartner aus dem Bereich Gesundheit sind das Gesundheitsamt, Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegedienste und Selbsthilfegruppen. Aus dem Bereich Bildung sind es Kindertagesstätten, Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen. Aus dem Bereich Soziales wird mit Beratungsstellen der freien Wohlfahrt, dem Jugend- und dem Sozialamt, anderen kommunalen Einrichtungen wie Stadtteilbeiräte, der Nachbarschaftshilfe und Stadtteilinitiativen, dem Quartiersmanagement und Kirchengemeinden kooperiert. Weitere Kooperationspartner sind die Polizei und Sportvereine (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Die Prinzipien werden vom GTP in individuellen Beratungen sowie in Kooperationsprojekten und Arbeitskreisen praktisch umgesetzt. Dabei ist das „Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen“ zentral, das sich aus verschiedenen themenbezogenen Arbeitskreisen und Projektgruppen zusam-

mensetzt. Andere Träger werden vom GTP bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote unterstützt. Er kooperiert mit Fachgebieten und Professionen auch außerhalb des unmittelbaren Gesundheitssektors und vermittelt zwischen Bewohnerschaft und Anbietern, um gemeinsame Angebote zu entwickeln. Die Grundlage der erfolgreichen Arbeit ist der kontinuierliche Kontakt sowohl zu den Einrichtungen im Stadtteil als auch zu den Bürgern (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Anregungen und Situationsanalysen von Kooperationspartnern oder von Mitgliedern der verschiedenen Arbeitskreise fließen in die Entwicklung neuer Angebote ein. Von den Mitgliedern der Arbeitskreise werden gemeinsame Entscheidungen über das weitere Vorgehen getroffen. Einzelne Themen werden von Unterarbeitsgruppen oder bilateralen Kooperationen bearbeitet. Dabei übernimmt der GTP die Moderation der Arbeitsgruppen und verfolgt das Ziel, die Bedürfnisse möglichst vieler Mitglieder zu berücksichtigen und die verschiedenen Ansätze in die Aktivität der Arbeitskreise und Netzwerke einzubinden. Aus einer Vielfalt von Sichtweisen entsteht so ein kreatives, wertschätzendes Potential, das sich einerseits auf die Zusammenarbeit und andererseits auf die Versorgungssituation im Bereich Gesundheitsförderung positiv auswirkt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.3.3 Programmablauf

Der Settingansatz spielt bei den Programmen des GTP eine sehr wichtige Rolle. Mit verschiedenen Aktivitäten und Kooperationspartnern erreicht der Gesundheitstreffpunkt West unterschiedliche Ebenen stadtteilbezogener Settings. Diese Aktivitäten richten sich kleinräumig auf einzelne Anlaufpunkte („Spielplatz Bromberger Straße“) oder Wohngebiete („Stuhmer Straße“) im Ortsteil, auf Stadtteile insgesamt – wie Gröpelingen („Gröpelinger Sportmeile“) oder großräumig auf den Bremer Westen („Netzwerk Gesundheit“) (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Die Stuhmer Straße ist ein Wohngebiet im Ortsteil Gröpelingen. Dieser Ortsteil hat einen ausgewiesenen besonderen Entwicklungsbedarf der Infrastruktur: sehr schlechte Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr, wenig Einkaufsmöglichkeiten, ungepflegte Bausubstanz, viele „vermüllte“ Ecken, kaum Treffpunkte und wenig nachbarschaftliche Bezüge. Die Menschen, die in der Stuhmer Straße leben, sind häufig arbeitslos, leben in einfachen, engen Wohnverhältnissen und haben vielfach Suchtprobleme oder andere psychosoziale Belastungen. Außerdem leben dort viele allein erziehende, arbeitslose Mütter mit ihren Kindern. Der Lebensalltag dieser Menschen wird oft von Perspektivenlosigkeit bestimmt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Durch das Amt für Soziale Dienste wurde in diesem Wohngebiet ein Gemeinschaftshaus als Anlaufstelle und als Organisationsmittelpunkt für weitere Projekte errichtet. Daraus ist die Idee einer „Gröpelinger Elternschule“ entstanden. Der GTP plante im Trägerverbund mit dem Sozialzentrum Gröpelingen, der Waller Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft (WaBeQ GmbHg) und Pro Arbeit e.V. eine Qualifizierungsmaßnahme für die dortigen Bewohner, insbesondere für allein erziehende Frauen. Das Qualifizierungsmodul „Hauswirtschaftliche Grundqualifizierung“ übernahm der GTP. Für die Durchführung dieses Moduls wurden weitere finanzielle Mittel durch den GTP erworben.

Das Ziel der gesamten Maßnahme war es, die persönlichen Gesundheitskompetenzen der Frauen zu stärken, damit sie ihren Erziehungs- und Familienalltag besser bewältigen können. Die soziale Integration der beteiligten Frauen sollte gefördert und vorhandene Defizite in der Haushaltsführung und Erziehung sollten ausgeglichen werden (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

In der Umgebung des Gemeinschaftshauses wurden vor Beginn dieser Maßnahme die Bewohner in der Umgebung von Mitgliedern des Projektteams nach ihren Interessen und Bedürfnissen befragt. Von einer in das Projekt eingebundenen professionellen Kinderbetreuung wurde die Interaktion zwischen Müttern und Kindern beobachtet. Auf dieser Grundlage wurden gemeinsam mit den Müttern Verhaltensalternativen, welche in das Erziehungsmodul der Qualifizierungsmaßnahme einfließen, entwickelt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Vom GTP wurden die Themen Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit, preiswerte und gesunde Haushaltsführung, gemeinsame Mahlzeiten für den Familienalltag, stressfreie Mahlzeiten, ausgewogene Essensportionen für Kinder und Mütter sowie Gesundheitskunde für den Hausgebrauch bearbeitet. Eine qualifizierte Honorarkraft des GTP kaufte gemeinsam mit den Müttern ein, kochte mit ihnen und gestaltete mit ihnen den Esstisch. In die Aktivität direkt eingebunden waren die Vermittlung des grundlegenden Wissens zur Ernährung und die Erprobung von Verhaltensalternativen in der Kindererziehung (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Nach der Etablierung des Projektes hat sich der GTP aus dieser Qualifizierungsmaßnahme zurückgezogen. Er steht dem Projektverbund jedoch weiter beratend zur Verfügung. Mit dem Ziel die Fähigkeiten und die soziale Integration der Mütter nach dem Empowerment-Prinzip weiter zu fördern und sie für den Arbeitsmarkt zu qualifizieren setzt die „Elternschule Gröpelingen“ ihre Arbeit fort (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Der „Spielplatz Bromberger Straße“ ist ein Anlaufpunkt im Ortsteil und entstand auf Initiative engagierter Anwohner und benachbarter Institutionen. Anlass dafür war ein durch Dioxin verseuchter und daher gesperrter „Bolzplatz“ (Fußballplatz). Ende der 1980er-Jahre gründeten die Bürger gemeinsam mit dem anliegenden Jugendfreizeitheim, der Wohnungsbaugesellschaft GEWOBA und dem GTP einen Verein mit dem Ziel, das Gelände zu sanieren und im Sinne der Bewohnerschaft nutzbar zu machen. Im Ortsteil fehlten Spiel- und Bewegungsflächen, darum war es wichtig ein begeh- und beispielbares Areal zu schaffen. Mit der Beteiligung der Anwohner ist die zweitgrößte Freizeitfläche im Bremer Westen entstanden. Ein parkähnlicher Spielplatz bietet sowohl Kindern und Jugendlichen als auch Eltern Bewegungs- und Kommunikationsräume. Es finden regelmäßige Veranstaltungen und ein jährliches Spielplatzfest statt, welche eine Identifikation mit dem Platz fördern, so dass es kaum mutwillige Beschädigungen gibt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Auf Stadtteilebene bewegt sich das Projekt der „Gröpelinger Sportmeile“. Der GTP ist hier der verantwortliche Träger und der Projektleiter, d.h. er moderiert die Projektgruppe, koordiniert die Aktivitäten der Kooperationspartner und übernimmt in Teilen die Öffentlichkeitsarbeit.

Bei einer vorausgegangenen Bilanzierung von Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Stadtteil wurde ersichtlich, dass vorhandene Sport- Bewegungs- und Spielangebote den Bewohnern

kaum bekannt waren. Daher entstand die Idee, unter dem Motto „Bewegen und Verbinden“, eine attraktive Lauf- und Bewegungsrunde im Stadtteil zu schaffen, die einzelne Bewegungsorte miteinander verbindet und die Bürger zum Mitmachen und Nachmachen einlädt. Aus den Aktivitäten verschiedener Interessengruppen ist eine noch weiter ausbaufähige Landschaft von Spiel- und Bolzplätzen mit Balancier- und Sprunggeräten dazwischen entstanden. In dieser „Landschaft“ können sich Kinder, Jugendliche und Erwachsene spielerisch und sportlich entfalten und ihre motorischen und sozialen Fähigkeiten erweitern. Die „Gröpelinger Sportmeile“ ist leicht zugänglich, animiert zum Mitmachen und ihre Bewegungsflächen können von jedem kostenlos genutzt werden (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Zwei weitere wichtige Punkte bei den Programmen des GTP sind neben dem in den vorigen Absätzen beschriebenen Settingansatz das integrierte Handlungskonzept und die Vernetzung. Das „Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen“ existiert seit 1989. Dieses Netzwerk ist die Basis einer intensiven, kontinuierlichen institutionellen Zusammenarbeit im Bremer Westen. Es besteht aus verschiedenen themenbezogenen Arbeitskreisen und Projektgruppen. Die Zusammenarbeit wird vom GTP als unabhängiger Partner gefördert. Der GTP koordiniert das Netzwerk, indem er den Informationsaustausch und die Kooperationen zwischen den Teilnehmenden und den Arbeitsgruppen organisiert und die Ergebnisse in den Stadtbezirk und seine Stadtteile zurückfließen lässt. Dadurch erhalten auch die Bewohner mehr Informationen über Aktivitäten und Angebotsstrukturen im Bereich Gesundheit in ihrem Wohngebiet. Das Netzwerk ist Bindeglied zwischen vielen gesundheitlichen, sozialen, kulturellen und stadtteilorientierten Einrichtungen, Interessengruppen und Einzelpersonen. Das Netzwerk bietet ein Forum des regelmäßigen Austausches. Die besondere Stärke liegt im breiten Erfahrungs- und Wissenshintergrund derer, die an diesem Netzwerk mitwirken. Dies sind ca. 120 Einrichtungen und Initiativen sowie Einzelpersonen. Von diesen nehmen etwa 90 Träger aktiv an den Treffen und Aktivitäten des Netzwerkes teil. Die Organisationen kommen aus den Feldern Soziales (30%), Gesundheit/Sport (30%), Kultur und Kirche (10%), Politik (10%), Bildung (10%), Justiz und Inneres (5%). Darüber hinaus sind zu fünf Prozent einzelne Bürger beteiligt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www). Die Arbeitsweise dieses Bündnisses richtet sich nach den vier Schritten des Public Health Action Cycles: analysieren, konzipieren, umsetzen und auswerten. Von den Partnern wird eine regelmäßige Bestandsaufnahme der drängenden Gesundheitsprobleme im Stadtteil vorgenommen. Gemeinsam werden Lösungsvorschläge und Strategien entwickelt und praktisch umgesetzt. Im Nachgang werden auftauchende Probleme analysiert und die angewandten Strategien auf ihre Nachhaltigkeit bewertet (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Das „Netzwerk Gesundheit“ arbeitet zurzeit in fünf verschiedenen Bereichen: „Arbeitsgruppe (AG) Mädchen“, Arbeitskreis (AK) „Kinder und Jugendliche“, AK „Älter werden“, „Forum Gewaltprävention“, „AG Bewegung – Projektgruppe: Gröpelinger Sportmeile“. In diesen Arbeitszusammenschlüssen entstanden verschiedene Aktivitäten. Diese waren 2007: die Planung eines Mädchenaktionstages, die Durchführung eines Aktionstages für Kinder und Jugendliche, die Herausgabe und der Vertrieb einer Broschüre „Älter werden im Bremer Westen“, die Bearbeitung der Themen „Kinderarmut“ und „Armut im Alter“, die Vorbereitung und Durchführung der Eröffnung der „Gröpelinger Sportmeile“ sowie die Mitgestaltung der Initiative Gröpelingen gegen Rassismus (Ge-

sundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Bei den Projekten des GTP sind Innovation und Nachhaltigkeit sehr wichtig. Die nachhaltige Arbeitsweise des Gesundheitstreffpunkts West wird besonders deutlich in der kontinuierlichen Zusammenarbeit mit Trägern und Einzelpersonen und auf den verschiedenen Ebenen des Stadtbezirks und im Stadtteil. Dem GTP ist es gelungen verlässliche Arbeitsstrukturen zu implementieren, die Träger über Jahre zu motivieren und Mitarbeiter für die AK-Sitzungen und deren Aktivitäten freizustellen.

Auf der Basis langjähriger Erfahrung setzt der GTP mit seiner auf Gemeinschaft und Ressourcenorientierung ausgerichteten Arbeitsweise in verschiedenen Arbeitsfeldern immer wieder neue, innovative Akzente im Stadtteil mit neuen Strategien zur Lösung von Problemen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.3.4 Evaluierung

Die Evaluierungen der Projekte sind in der Regel Eigenevaluation. 2006 wurde eine wissenschaftliche Evaluation eines Arbeitskreises durchgeführt. Diese Evaluation verdeutlichte wesentliche Merkmale der gelingenden Netzwerkarbeit unter der Moderation des GTP. Zu diesen Merkmalen zählen das gleichwertige Miteinander der beteiligten Institutionen und Personen, eine offene, wertschätzende Atmosphäre, eine konstruktive Kommunikation, in der die Beiträge der einzelnen AK-Mitglieder aufeinander Bezug nehmen, sowie die Orientierung der Diskussion auf einen Konsens. Weitere wichtige Kriterien für gelingende Netzwerkarbeit sind der Austausch von Erfahrungen und Informationen, gegenseitige Beratung, gemeinsame Weiterbildung und Veranstaltungen, die Gestaltung gemeinsamer Produkte sowie die Nutzung des AKs als Mittlerinstanz in den Stadtteil hinein und zu den Zielgruppen. Darüber hinaus fungiert der GTP als verlässliche Koordination, die Impulse setzt und die Zusammenarbeit weiter entwickelt (Knorr/Schmidt, 2006 zitiert nach Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.4 Projekt: „SIGNAL – Stadtteilinitiative Gesundheit im Norden für alle“

4.4.1 Hintergrund und Ziele

Sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien weisen in der Regel gravierenden Bewegungsmangel, häufig begleitet von ungesunder Ernährung und mangelnder gesundheitlicher Vorsorge auf. Diese Aussage basiert auf wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich in der Beobachtung der Klientel im täglichen Umgang bestätigten. Das Projekt „SIGNAL“ setzt auf die Fähigkeit, in der Kindheit gesundheitsförderliche Verhaltensmuster zu prägen.

Die Einwohneranzahl im Wormser Stadtteil Nordend beträgt ca. 2.400, davon sind ca. 24 Prozent unter 18 Jahre alt. 20,6 Prozent der Menschen haben in diesem Stadtteil eine ausländische Staatsangehörigkeit. Im Nordend wohnen vorrangig deutsche, türkische und amerikanische Familien, sowie Spätaussiedlerfamilien. Im Stadtteil gibt es eine nur unzureichende Infrastruktur. Es fehlen Ärzte, Banken, Poststellen, Freizeitstätten, Spielplätze und zentrale Gemeinschaftsräume.

Gesamtgesellschaftliche Problemlagen und Entwicklungen wie Arbeitslosigkeit, Wohnungsnotstände, mangelnde gesellschaftliche Teilhabe und Perspektivlosigkeit verdichten sich im Stadtteil. Diese wirken sich auf die Entwicklungs- und Bildungschancen der Bewohner, vor allem der Kinder, nachteilig aus. Durch die fehlende Infrastruktur, räumliche Isolation und Stigmatisierung des Gebietes wird die soziale Benachteiligung der Kinder und Familien noch verstärkt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Im Wormser Nordend hat der Caritasverband Worms e.V. an zwei Standorten Einrichtungen zur gemeinwesenorientierten Arbeit aufgebaut. Die Spiel- und Lernstube Nordend im Wohngebiet „Am Holzhof“ ist eine Kontakt- und Anlaufstelle sowohl für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 14 Jahren als auch für deren Eltern. Ein weiterer Standort für Erwachsene ist das Ladengeschäft „Stadtteilbüro Nordend“ (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Die Spiel- und Lernstube besteht an ihrem jetzigen Standort, am äußersten Rand der Siedlung, seit 1984. Zuvor war sie seit 1974 im Wohngebiet „In den Trumphen“. Diese stadtteiloffene Einrichtung arbeitet mit dem Ziel, der sozialen Benachteiligung der Kinder und Familien durch sozialpädagogische Hilfen entgegenzuwirken und die schulische und soziale Integration der Kinder zu fördern. Das Team aus sozialpädagogischen Fachkräften (2,5 Planstellen und eine Planstelle im Berufspraktikum) wird unterstützt durch einen Zivildienstleistenden und eine Kraft im Freiwilligen Sozialen Jahr sowie durch Honorarkräfte (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www). Die Angebote gliedern sich in:

- Hausaufgabenhilfe in Kleingruppen mit individuellen Förderplänen und integrierter Sprachförderung
- Freizeitpädagogische Maßnahmen im Rahmen des Offenen Treffs und der Ferienprogramme
- Elternarbeit

(Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

Je nach Angebot war der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund zwischen 50 Prozent und 60 Prozent. Das Stadtteilbüro Nordend arbeitet ergänzend zu den Angeboten der Spiel- und Lernstube Nordend ebenso mit und für die Menschen des Nordends. Die Arbeit des Stadtteilbüros bewegt sich auf verschiedenen Handlungsebenen. Diese sind die Durchführung von psychosozialer Beratung bei rechtlichen, sozialen und persönlichen Fragestellungen, bei Fragen im Umgang mit Behörden, Formularhilfen, Ladenservice, Durchführung von soziokulturellen Veranstaltungen im Stadtteil (Stadtteilfest, Weihnachtsmarkt), Durchführung von Stadtteilangeboten (Stadtteilfrühstück), Sanierungsbegleitung, Entwicklung und die Umsetzung eines niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangebotes für obdach- und wohnungslose Menschen (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Die Spiel- und Lernstube und das Stadtteilbüro entwickelten im Rahmen der Ausschreibung des rheinland-pfälzischen Sozialministeriums für innovative soziale Projekte aus bereits praktizierten einzelnen Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und weiteren Angebotsideen ein vernetztes, ganzheitliches Konzept. Das Programm wurde mit dem Innovationspreis „Sozial aktiv“ des Landes Rheinland-Pfalz prämiert. Es bot sich an, auf der Basis der institutionalisierten Arbeit der beiden Einrichtungen den Aspekt Gesundheitsförderung in die Arbeit weiter zu integ-

rieren und zu stärken. Die Arbeit wird vom zweiten Armutsbericht der Stadt Worms 2005 gestützt (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Unter anderem bildeten folgende Beobachtungen Ansatzpunkte für die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung:

- Vorsorgeuntersuchungen werden von Familien wenig in Anspruch genommen
- Bewegung wird von Kindern nicht als adäquate Alternative zu dem vorhandenen erhöhten Medienkonsum gesehen
- Zur Hausaufgabenhilfe kommen die Kinder oft ohne Mittagessen
- Zu Ausflügen bringen die Kinder keine oder wenig nahrhafte Verpflegung mit
- Die Kinder kennen viele Obst- und Gemüsesorten nicht
- Oft wachsen die Kinder in einem gesundheitsgefährdenden Umfeld auf (Tabak- und Alkoholkonsum der Eltern, emotionale Vernachlässigung)

(Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

4.4.2 Zielgruppe und Arbeitsweise

Die Zielgruppen der Aktionen und Programme der Stadtteilinitiative Gesundheit im Nordend für alle (SIGNAL) sind Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z. B. Personen ohne qualifizierten Hauptschulabschluss) und Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen. Im Rahmen von freizeitpädagogischen Maßnahmen, der Eltern- und Familienarbeit und Veranstaltungen im Stadtteil bieten die Spiel- und Lernstube Nordend und das Stadtteilbüro Nordend über SIGNAL gesundheitsfördernde Maßnahmen an. Die angebotenen Maßnahmen sind alle niedrigschwellig, an der Lebenssituation der Zielgruppe orientiert und darauf ausgerichtet nachhaltig auf gesundheitsförderliches Verhalten hinzuwirken. Die jeweilige Zielgruppe hat bei der Umsetzung grundsätzlich die Möglichkeit eigene Interessen und Bedürfnisse einzubringen und die Angebote mit zu gestalten. Die Basis für das Erreichen und die aktive Zusammenarbeit mit den Bewohnern sind die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit und die unbedingte Wertschätzung der Menschen. Die Umsetzung gelingt durch zahlreiche Kooperationspartner (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Von der Spiel- und Lernstube Nordend und dem Stadtteilbüro Nordend wurde ein Programm mit drei Schwerpunkten entwickelt:

- Schwerpunkt: Bewegungsförderung für Kinder, Erwachsene und Familien
- Schwerpunkt: Änderung des Ernährungsverhaltens
- Schwerpunkt: Stärkung der Vorsorge

(Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www)

4.4.3 Programmablauf

„SIGNAL“ 2004 bis 2006 war eine Initiative zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz von Kindern und Erwachsenen eines sozial benachteiligten Stadtteils, dem Wormser Nordend. Relevante Inhalte und Themen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz wurden durch abgestimmte

Maßnahmen und gesundheitsfördernde Aktionen für Kinder und Erwachsene in Familien transportiert, genauer gesagt durch gemeinsames Erleben nachhaltige Lernerfahrungen initiiert. Durch die partizipative Grundhaltung gegenüber den Zielgruppen in der Planung und Durchführung der Angebote wurde die nachhaltige Wirkung auf gesundheitsförderliches Verhalten weiter gestärkt. Der Arbeitsansatz der Spiel- und Lernstube des Caritasverbandes und die gesundheitsfördernden Angebote im Projekt „SIGNAL“ zeichneten sich durchgängig durch niedrigschwelliges Vorgehen aus (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Für die Bewohner sind die Mitarbeiter der Einrichtungen des Caritasverbandes im Nordend Ansprechpartner. Fragen und Anliegen werden von Ihnen wertschätzend aufgenommen. Die Mitarbeiter informieren entsprechend oder vermitteln weitere Unterstützungsmaßnahmen, wenn diese nicht in der Einrichtung möglich sind (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

Innovation und Nachhaltigkeit sind bei der Arbeit des Caritasverband Worms e.V. sehr wichtig. Die Spiel- und Lernstube Nordend und das Stadtteilbüro Nordend sind feste Institutionen im Stadtteil, die aufgrund ihrer Präsenz seit 1973 und der breiten Akzeptanz bei den Bewohnern gute Voraussetzungen für eine kontinuierliche und nachhaltige Arbeit mitbringen. Die Vertiefung der Themen wie der Gesundheitsförderung wird ermöglicht durch die Kombination aus den festen Hausaufgabengruppen und dem offenen Angebot an freizeitpädagogischen Maßnahmen in Verbindung mit gezielten Beratungs- und Weiterbildungsangeboten für die Eltern. Über die Verzahnung und gegenseitige Verstärkung des Wirkungsgrades und -kreises der Angebote wird eine nachhaltige Veränderung in Gang gesetzt und Verhaltensmuster ausgebildet. Die Gesundheitskompetenz sowohl der Kinder als auch der Erwachsenen wird gebildet und ausgebaut.

Eine wichtige Rolle bei der nachhaltigen Wirkung spielen die beständigen und erfolgreichen Anstrengungen zur Finanzierung der Angebote wie in SIGNAL. Die nötigen Mittel werden über institutionelle Förderung, dem finanziellen Engagement des Trägers und über gezielte Öffentlichkeitsarbeit in Form von Pressearbeit und Berichterstattung in den örtlichen Gremien zusammengetragen. Auch gut gepflegte Kontakte zu Spendern in örtlichen und regionalen Organisationen und Zusammenschlüssen spielen eine Rolle. Durch den finanziellen Spielraum wird eine fortwährende Weiterentwicklung und Erweiterung der Angebotspalette ermöglicht (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.4.4 Evaluierung

Zur Evaluierung lagen zu diesem Projekt keine Informationen oder Unterlagen vor.

4.5 Projekt: „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“

4.5.1 Hintergrund und Ziele

Den sozial benachteiligten Gruppen mit niedrigem Bildungsniveau, niedriger beruflicher Stellung

und geringem Einkommen fehlt es oft am entsprechenden Zugang zu medizinischer Versorgung und Präventionsmaßnahmen. In diesem Kontext sollte im Zuge des Projektes „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“, Gesundheitskompetenz erworben werden. Dadurch sollen sich mehr Handlungsspielräume eröffnen und die Gesundheitschancen aller erhöht werden. Das Ziel dieses Projekts war, Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie in die Basisbildung zu integrieren. Es sollten Themen, die zur persönlichen Gesundheit beitragen, in den Lese-, Schreib- und Rechenunterricht wie auch in die Arbeit am Computer einfließen (Saurugg-Radl, 2011, Editorial).

Das Projekt „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ startete am 1. Dezember 2009. Die Laufzeit des Projekts war auf 24 Monate angesetzt. Viele Jahre an Vorarbeiten und des Vernetzens sowie viele Stunden des Umarbeitens des Projektkonzepts waren nötig um diese langjährige Idee und Vision in die Praxis umzusetzen. Im Rahmen des Projekts „Literacy in Progress“ wurde bereits 2005 auf die Notwendigkeit hingewiesen, Basisbildung und Gesundheitskompetenz im praktischen Unterricht zu verbinden. Das zentrale Ergebnis dieses Projekts war die von Experten einhellig vertretene Meinung, dass niedrig qualifizierte Personen ein systemisch ausgerichtetes Angebot brauchen, um längerfristig ihre Gesundheits- und Bildungskompetenz zu erhöhen. Das bedeutet, dass für die Zielgruppe bildungsferner Personen Angebote notwendig sind, die Basisbildung und Gesundheitsförderung miteinander kombinieren. Es wurde auch deutlich, dass es für die Zielgruppengewinnung neuer Wege und Methoden bedarf und ein Modellprojekt entwickelt werden soll, das die genannten Ansätze berücksichtigt (Saurugg-Radl, 2011, S. 2).

Im Juni 2010 wurde dann das Projekt „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ das erste Mal bei einem ISOP-Team (ISOP – Innovative Sozialprojekte GmbH) vorgestellt. Die fünf Hauptziele waren:

- Gesundheitsförderung und Basisbildung verbinden
- Gesundheitskompetenz der Zielgruppe stärken
- Zielgruppenspezifische Kursmaterialien und Workshops entwickeln und erproben
- Basisbildungstrainer im Bereich Gesundheitsförderung weiterbilden
- Thema Gesundheit in der Basisbildung nachhaltig verankern

(Saurugg-Radl, 2011, S. 2)

Mit diesen fünf Zielen wurde bereits im Frühjahr 2010 mittels Fokusgruppen begonnen in den Austausch mit der Zielgruppe zu gehen. Dabei wurden Möglichkeiten des geplanten Angebots ausgelotet und versucht persönliche Motivations- und Interessenslagen der Teilnehmer zu berücksichtigen. Dadurch kam man mit den Teilnehmern von Neustart Grundbildung, FLleg und der Externen Hauptschule in Kontakt. Mit diesen drei ISOP-Projekten wurde über die gesamte Laufzeit eng zusammengearbeitet (Saurugg-Radl, 2011, S.2). Das Pilotprojekt stellte einen innovativen Versuch dar, die beiden auf den ersten Blick „fremden“ Bereiche – Bildung und Gesundheitsförderung – näher zu bringen (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 4).

Ein zentrales Ziel des Projekts „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ war, Systemdefizite zu verringern und mittels eines umfassenden und nicht defizitorientierten Ansatzes Gesundheitspotenziale und –chancen von Männern und Frauen mit Basisbildungsdefiziten zu fördern. Zum einen ging es dabei um eine Erhöhung persönlicher Gesundheitskompetenzen, zum ande-

ren aber auch um die Weiterentwicklung struktureller Rahmenbedingungen, welche die Bereitstellung gesundheitsförderlicher Angebote und deren Inanspruchnahme seitens der Zielgruppe ermöglichen und fördern. Dabei sollten die Angebote an den konkreten Bedürfnissen und Lernmotiven bzw. Lernvoraussetzungen der Teilnehmenden ansetzen. Es sollten für diesen Zweck geeignete Unterlagen (Materialien und Methoden) als Übungsbeispiele entwickelt und erprobt werden und langfristig den Basisbildungstrainern zur Verfügung gestellt werden. Das Gesundheitsförderungsprojekt knüpfte an bestehende regionale Basisbildungsangebote an und nutzte auf diese Weise vorhandene Zugänge zur Zielgruppe, regionale Kontakte und Infrastruktur. Es wurden auch Kooperationen mit anderen Initiativen gesucht, die mit der Zielgruppe arbeiten (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 5-6).

4.5.2 Zielgruppe und Arbeitsweise

Die primäre Zielgruppe des Projekts „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ waren bildungsferne Personen bzw. Personen mit mangelnder Basisbildung (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S.6). Aufgrund sozioökonomischer Determinanten wie gesundheitsriskanter Beschäftigung, sozialer Isolation durch Arbeitslosigkeit und Armut und einer häufigen Position im gesellschaftlichen Abseits sind diese einem höheren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt. Aus der Kenntnis der Lebenssituation von Menschen mit geringer Basisbildung, ihren sozialen und gesundheitlichen Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen wurde abgeleitet, dass sie oft nur eingeschränkt über ausreichende Gesundheitskompetenzen verfügen. Sie sind auch häufig nicht für gesundheitsbezogene Themen sensibilisiert (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 4).

Vor dem Hintergrund negativer Lern- und Schulerfahrungen sind für diese Menschen traditionell an Mittelschichten orientierte „Gesundheitsvorträge“ wenig attraktiv. Um gesundheitsrelevantes Wissen adäquat vermitteln zu können, sind andere, lebensweltbezogene Settings mit einem unmittelbar höheren Gebrauchswert erforderlich. Daher wurde die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in Basisbildungsmaßnahmen als ein Weg erachtet. Im Feld der Basisbildung sollten gesundheitsrelevante Themen als Lern- und Übungsbeispiele aufbereitet werden. Es war methodisch-didaktisch wichtig, ausgewählte Themen unmittelbar erfahrbar zu machen und mit lebenspraktischem Bezug zu vermitteln (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 5).

Die Herausforderungen bei der Verbindung der beiden Bereiche Basisbildung und Gesundheitsförderung waren, Zugänge zur Zielgruppe zu schaffen, entsprechende Methoden, lebenspraktische Beispiele und Settings zu entwickeln sowie Basisbildungstrainern ein gesundheitsrelevantes Wissen zu vermitteln. Um Zugänge zu sozioökonomisch schlechter gestellten Schichten schaffen zu können ist es notwendig, aufsuchende, differenzierte und lebensweltorientierte Angebote, die einen unmittelbar praktischen Nutzen stiften und gesundheitsrelevantes Wissen erlebbar machen, zu schaffen. Des Weiteren sind ein oft mühsamer Vertrauensaufbau, eine Kontinuität der Arbeit und die Nutzung von vorhandenen Strukturen notwendig, um Barrieren abzubauen. Den Betroffenen müssen weniger kopflastige und schriftgebundene Mittel in die Hand gegeben werden, um ihre eigenen Ressourcen zu sehen und positive Ansätze zu entwickeln (Stoppacher,

Maierhofer, 2011, S. 5).

Die Herausforderung, die beiden Bereiche (Basisbildung und Gesundheitsförderung) auf Ebene der Trainer und Gesundheitsförderer zu verbinden, bestand auch auf der systemischen Ebene. Auf der systemischen Ebene gibt es kaum entsprechende adäquate Angebote der Gesundheitsförderung für „bildungsferne“ Menschen. Es fehlen sowohl zielgruppenorientierte Angebote, Ansprechstrukturen, als auch niederschwellige Beratungsmöglichkeiten und/oder entsprechende Informationsmaterialien. Oftmals werden nur punktuelle Einzelmaßnahmen (wie z. B. Vorträge über gesunde Ernährung, Bewegung etc.) angeboten. Diese werden weder den multidimensionalen Zusammenhängen gerecht, noch werden die Betroffenen als Handelnde ernst genommen und miteinbezogen. Teilweise ist der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit den Entscheidungsträgern und Multiplikatoren in regionalen und kommunalen Strukturen und den Betroffenen selbst nicht klar. Es fehlen qualifizierte Trainer, Multiplikatoren und Bezugspersonen, die Zusammenhänge schaffen und kommunizieren können (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 5).

4.5.3 Programmablauf

Das Gesundheitsförderungsprojekt „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ setzte auf zwei Ebenen an. Zum einen sollte die Basisbildung verbessert werden. Darunter versteht man zu meist verbesserte Lese-, Schreib, Rechen- und EDV-Kompetenzen. Dadurch sollen vermehrte Lebenschancen geschaffen werden und eine Verbesserung der konkreten Lebenssituation ermöglicht werden. Zum anderen sollten zusätzliche gesundheitsrelevante Schwerpunkte auch mehr Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge, über Entstehungsbedingungen gesundheitlicher Probleme und mehr Problemlösungsmöglichkeiten auf der individuellen Ebene erbringen (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 4).

Das Projekt beabsichtigte über die bereits etablierten Strukturen der ISOP im Bereich der Basisbildung in den zwei Schwerpunktregionen Graz und Gleisdorf 200 Personen der Zielgruppe für Themen und Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung zu erreichen und einen Beitrag zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen zu leisten. Es sollte, mit der Unterstützung von externen Gesundheitsexperten, ein Workshopangebot zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und psychosoziales Wohlbefinden entwickelt und im Ausmaß von insgesamt 200 Stunden durchgeführt werden. Es wurden 150 Teilnehmer aus den Basisbildungskursen und 50 weitere Personen der Zielgruppe angestrebt. Im Bereich der Gesundheitsförderung sollten zusätzlich Basisbildungstrainer als wichtige Multiplikatoren geschult werden (Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 6).

Das Projekt suchte zur Ansprache von Zielgruppenpersonen außerhalb der Basisbildungskurse Kontakt und Kooperation mit regionalen Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich. In den zwei Schwerpunktregionen sollten auf dem britischen Vorbild beruhenden „agents of change“-Modell entsprechend, engagierte Personen eingebunden werden. Diese sollten eine Brückenfunktion zwischen dem Projektangebot und Zielgruppenpersonen einnehmen. Es fanden sich dafür hauptsächlich Betreuungspersonen aus arbeitsmarktpolitischen Initiativen. Möglichkeiten zur dauerhaften Einrichtung gesundheitsförderlicher Angebote sollten mittels Sensibilisierung und Infor-

mation von Multiplikatoren und Entscheidungsträgern auf regionaler Ebene ausgelotet werden. Diese Angebote sollen einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitschancen einer benachteiligten Zielgruppe leisten (Förderansuchen für Projekte. Projektantrag der ISOP GmbH für das Projekt „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“ beim Fonds Gesundes Österreich, 2007, S. 6 zitiert nach Stoppacher, Maierhofer, 2011).

Das am Konzept des „Capacity Building“ orientierte Pilotprojekt hatte mehrere Handlungsstränge:

- **Organisationsentwicklung:** Sensibilisierung von Entscheidungsträgern und Multiplikatoren an den Projektstandorten für die systematischen Zusammenhänge von mangelnder Basisbildung und erhöhten Gesundheitsrisiken. Strukturelle Verankerungen von gesundheitsförderlichen Angeboten für die Zielgruppe.
- **Entwicklung professioneller Expertise / Personalentwicklung:** Weiterbildung von Basisbildungstrainern im Bereich Gesundheitsförderung für Personen mit Basisbildungsdefiziten bzw. Kooperation und Empowerment regionaler Bezugspersonen, die im Kontakt mit Zielgruppenpersonen stehen und Zugänge zu gesundheitsförderlichen Angeboten des Projekts vermitteln.
- **Ressourcenallokation:** Planung und Umsetzung zielgruppenadäquater gesundheitsförderlicher Angebote, welche die Erarbeitung und Anwendung neuen Handlungswissens ermöglichen. Entwicklung der Ressource „Gesundheitskompetenz“ bei 200 Personen der Zielgruppe unter Berücksichtigung der Querschnittsbereiche Gender Mainstreaming und Diversity, um Benachteiligungen systematisch zu bearbeiten und Männern und Frauen den Zugang zur Ressource Basisbildung und Gesundheitskompetenz in gleichem Maße zu ermöglichen.
- **Aufbau von Partnerschaften:** Schaffung von Kooperationsstrukturen. Anbindung und Verankerung des Angebotes in den Projektregionen und Vernetzung vorhandener Gesundheitsressourcen für die Zielgruppe.

(Stoppacher, Maierhofer, 2011, S. 7)

4.5.4 Evaluation

Die Ergebnisse der begleitenden Evaluation und einige Ergebnisse der Teilnehmerdokumentation zeigen, dass die Rechnung aufgegangen ist. In den Workshops bzw. Seminaren gab es ca. 300 Teilnehmer. Diese fanden entweder in Angeboten von ISOP oder bei einem der zehn arbeitsmarktpolitischen Projektpartner statt. Von den Teilnehmern hat ein knappes Fünftel an drei und mehr „Gesundheitsseminaren“ teilgenommen. Daraus wird abgeleitet, dass die erste Erfahrung so gut war, dass auch weitere Möglichkeiten „gebucht“ wurden.

Ca. 40 Prozent der Nutzer waren Personen mit Migrationshintergrund, gehörten also zur Gruppe jener, die allen Erfahrungen nach kaum mit traditionellen Angeboten erreicht werden können. Etwas mehr als die Hälfte der Nutzer waren weiblich. Die Formalqualifikation der Teilnehmer war eher gering, über zwei Drittel (68%) verfügten höchstes über einen Lehrabschluss, 40 Prozent haben ihre Lernzeit nach der Pflichtschule mit oder ohne Abschluss beendet. Das Bildungsniveau der männlichen Teilnehmer ist überproportional niedrig. Fast drei Viertel haben höchstens eine Lehre, 46 Prozent einen Pflichtschulabschluss und 27 Prozent einen Lehrabschluss (Stoppacher, 2011, S. 15).

Anhand einiger weniger Zahlen kann die gesundheitliche Situation und das Gesundheitsverhalten veranschaulicht werden. Dabei ist das Rauchverhalten ein Indikator: Die Erfahrungen laufen darauf hinaus, dass umso mehr geraucht wird, je geringer die Bildung und der sozioökonomische Status ist. Österreichweit wird über alle Altersgruppen ein Anteil von 22 Prozent angenommen. Bei den Teilnehmern sind es 36 Prozent die täglich und sieben Prozent die gelegentlich rauchen. Die Männer haben mit einem Anteil von 41 Prozent täglichen und elf Prozent gelegentlichen Rauchern, im Vergleich zu den Frauen mit 33 Prozent täglichen und vier Prozent gelegentlichen Rauchern, wiederum ein höheres Gesundheitsrisiko. Sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit sind 50 Prozent und sehr unzufrieden zehn Prozent. Bei der Unzufriedenheit wurden die letzten drei Werte auf einer zehnstufigen Skala gezählt. Wenn man die letzten fünf Werte hernehmen würde, wäre über ein Viertel mit ihrem Gesundheitszustand (eher) unzufrieden. Frauen sind überproportional unzufrieden, entweder weil sie tatsächlich mehr von Beschwerden und Krankheiten geplagt werden oder weil sie einfach einen kritischeren Blick auf sich selbst besitzen. Weitere Diskrepanzen zwischen den Geschlechtern zeigen sich auch bei anderen Indikatoren des Gesundheitsverhaltens wie der sportlichen Aktivität, der Einschätzung, „gesund zu essen“ oder „gesund zu leben“ oder beim Interesse für das Thema Gesundheit allgemein. Frauen bekunden diesbezüglich ein leicht höheres Interesse und weniger Desinteresse. Sie bekunden auch häufiger, gesund zu essen bzw. gesund zu leben, sind aber auch häufiger vom Gegenteil überzeugt. Männer zeigen sich hingegen bei sportlichen Aktivitäten viel aktiver. Bei den Frauen gibt immerhin ein Viertel an, gar keinen Sport zu betreiben, was zweifellos auch mit der Doppel- und Dreifachbelastung in Zusammenhang steht.

In den letzten zwei Jahren hat fast die Hälfte der Befragten einen praktischen Arzt aufgesucht. Öfters bei einem Facharzt waren 41 Prozent der Frauen, aber nur 14 Prozent der Männer. 49 Prozent der Teilnehmer waren in den letzten zwei Jahren bei keiner Vorsorgeuntersuchung und 57 Prozent haben keine Gesundheitsseminare bzw. -veranstaltungen besucht (Stoppacher, 2011, S. 16).

In den Projekten sind häufige Probleme aus Sicht der Trainer und Betreuungspersonen psychische Probleme (Burnout, Depression, Überlastung und Überforderung, Spannungskopfschmerzen, Isolation, negatives Selbstbild) mit all den Folgen auch für das Lernvermögen, Probleme des Bewegungsapparates, Alkohol, ungesunde Ernährung, Übergewicht, häufiger Tablettenkonsum und insgesamt ein „sorgloser“ Umgang mit ihrer Gesundheit. Dies umfasst beispielsweise auch (zu) späte ärztliche Konsultationen oder wenig Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Gesundheit sei insgesamt kein präsent Thema, Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem betreffen allgemein zu wenig oder nicht passende Informationen, Scham, zeitliche und ökonomische Ressourcen etc.

Vorwiegend positiv waren die Rückmeldungen der Teilnehmer über direkte und telefonische Befragungen. Trotz anfänglich geringer Erwartungen zeigten sie sich teils begeistert. Laut Befragten hat sich dies auch daran gezeigt, dass die „Gesundheitsseminare“ in den jeweiligen Projekten noch lange Zeit Thema der Gespräche mit den Kollegen waren, viele Übungen und Anregungen konnten in den Alltag übernommen werden, auch wenn eine gravierende Veränderung im Gesundheitsverhalten „von heute auf morgen nicht zu erwarten“ sei. Viele Impulse hätten sie über das Zuhören und Reden miteinander, das Mitmachen und Ausprobieren „erleben dürfen“. Als

Nebeneffekte werden neue Kontakte, ein besseres Kennenlernen von Kollegen, der Abbau von Vorurteilen oder ein generell höheres Wohlbefinden angegeben. Bei einer Gruppe, die auch in Zusammenhang mit ihrem oft mangelnden Selbstwertgefühl von Isolation und Abkapselung bedroht ist, sind insbesondere die sozialen Auswirkungen wichtig für ein höheres Wohlbefinden als einer wichtigen Determinante von Gesundheit.

Die Referenten, die praxisorientierten Settings (mit der Möglichkeit des aktiven Ausprobierens in einem geschützten Rahmen und einer Mischung von Information und praktischer Übung) und die Atmosphäre werden insgesamt überwiegend bestens beurteilt. Das meiste sei „gut übergebracht“ worden und es sei für alle „etwas dabei“ gewesen. Es wurden eigene Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt worden und auch die Lust auf Veränderung geweckt worden (Stoppacher, 2011, S. 16).

4.6 Weitere Projekte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

4.6.1 Projekte für Kinder und Jugendliche

Auf der Webseite Gesundheitliche-Chancengleichheit.de finden sich mehrere Beispiele für Projekte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, welche speziell auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zugeschnitten sind. Diese Projekte werden im Setting Schule bzw. Ausbildungseinrichtung durchgeführt. Dieser Zugang ist sehr nahe liegend, da die Kinder und Jugendlichen so einfach und direkt erreicht werden können.

Bei diesen Projekten wird sowohl theoretisch als auch praktisch versucht die Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Dabei spielen verschiedenste Themen z. B. in den Bereichen Bewegung und Sport, Ernährung oder auch Suchtprävention eine Rolle. Die Themen werden dabei oft in den regulären Unterricht mit eingebaut und so den Kindern und Jugendlichen gesundheitsförderndes Wissen mit auf den Lebensweg gegeben und ihre Gesundheitskompetenz verbessert (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.6.2 Projekte für arbeitslose Menschen

Projekte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von arbeitslosen Menschen finden sich ebenfalls auf der Webseite Gesundheitliche-Chancengleichheit.de. Meistens haben diese Projekte als Zielgruppe Langzeitarbeitslose, aber auch Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen, Personen mit niedrigem Einkommen oder niedrigem sozialen Status und Menschen mit mangelnder Grundausbildung. Menschen, die ohnehin schon benachteiligt sind, finden sich sehr oft in der Gruppe der Arbeitslosen. Die Gesundheitskompetenz dieser Menschen mit dementsprechenden Projekten zu verbessern ist sehr sinnvoll, da diese durch reguläre Angebote kaum erreichbar sind und eine stabile gesundheitliche Situation eine wesentliche Komponente und wichtige Voraussetzung für die Beschäftigungsfähigkeit ist (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, www).

4.6.3 Projekte in der Schweiz

In der Schweiz gibt es sowohl auf kantonaler Ebene als auch auf betrieblicher Ebene Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Verbesserung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Ein gelungenes Beispiel für die Präsentation von Informationen und Projekten ist die Webseite der Gesundheitsförderung Schweiz „www.gesundheitsfoerderung.ch“. Dort werden unter den Themenbereichen „Gesundes Körpergewicht“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsförderung und Prävention stärken“ verschiedene Programme und Projekte vorgestellt (Gesundheitsförderung, 2011, www).

Seit September 2010 gibt es eine Allianz Gesundheitskompetenz, bestehend aus Gesundheitsförderung Schweiz, Public Health Schweiz, Careum Stiftung, der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH und Merck Sharp & Dohme-Chibret (MSD). Diese Allianz vernetzt als Plattform Akteure aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und Medien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz. Von der Allianz werden gesellschaftspolitische Impulse gesetzt, strategische Konzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickelt und die Umsetzung konkreter Projekte mit Partnern inner- und außerhalb der Allianz unterstützt. Es wird eine deutlich erhöhte Gesundheitskompetenz der Einwohner der Schweiz angestrebt. Die Bürger sollen befähigt sein, ihre Gesundheitsdeterminanten positiv zu beeinflussen, Risiken einzuschätzen und sich im Gesundheitssystem autonomer zu bewegen. Dabei ist es wichtig, dass die Bürger gestärkt werden, in ihrem Alltag Entscheidungen zu treffen, welche ihre Gesundheit fördern, und das selbstbestimmte Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen oder mit einer Krankheit ermöglichen. Hierfür ist es auch ein Anliegen der Allianz wichtige politische oder gesetzliche Rahmenbedingungen für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu schaffen und das Thema gesundheits- und gesellschaftspolitisch breiter zu verankern. Die Studie „Gesundheitskompetenz aus ökonomischer Sicht und Daten für die Schweiz“ der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (zhaw) und der Universität Lausanne belegt, dass die durch geringe Gesundheitskompetenz verursachten Kosten unter bestimmten Annahmen drei bis fünf Prozent der gesamten Gesundheitskosten ausmachen (Gesundheitsförderung, 2011, www).

5 Resümee

5.1 Zusammenfassung

Die beschriebenen Projekte konnten auf unterschiedliche Weise und mit verschiedenen Zielsetzungen Voraussetzungen für eine Kompetenzsteigerung schaffen. Die Ergebnisse sind jedoch nicht bei jeder Initiative gleichermaßen sichtbar.

Das deutsche Projekt „Gesundheit kommt nach Hause“ des Vereines „beratungsgruppe.at“ konnte mit Hilfe einer projektbegleitenden Evaluierung einen Kompetenz- und Wissenszuwachs bei ihrer Zielgruppe, den Migranten, feststellen. Ähnliche Ergebnisse brachte auch die Initiative „Wissen macht stark und gesund - Kompetenztraining“ mit der Zielgruppe von Männern und Frauen im Bereich der Patientenvertretung und -beratung. Auch sie hielt Zwischenergebnisse fest und ermittelte eine persönliche Kompetenzsteigerung, einen Wissenszuwachs sowie eine verbesserte und kritische Informationsauswertung. Ein wiederum deutsches Projekt mit dem Titel „Gesundheitstreffpunkt West im Bremer Westen“ versuchte seine Zielgruppe von Migranten und Personen mit niedrigem Einkommen in ihren Lebenswelten zu erreichen, zu befähigen, zu beteiligen und zu vernetzen. Die Ergebnisse der settingorientierten Maßnahmen des Programms wurden zwar nicht veröffentlicht, lassen jedoch deutlich auf eine Gesundheitskompetenz- und eine Wissensvermehrung schließen. Das in Deutschland durchgeführte Projekt: „SIGNAL – Stadtteilinitiative Gesundheit im Norden für alle“ bezog sich ebenfalls auf Migranten und setzte auf partizipative, freizeitpädagogische Maßnahmen zur Bewegungsförderung, besseres Ernährungsverhalten und Stärkung der Vorsorge. Evaluierungsergebnisse wurden jedoch nicht veröffentlicht. Mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und einer Kompetenzsteigerung für bildungsferne Personen startete auch das österreichische Projekt: „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“. Mittels lebensweltbezogener Settings wurden in der begleitenden Evaluation erhöhtes Wohlbefinden und neue Handlungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich festgestellt.

Auf der Website „chancengleichheit.de“ finden sich weitere deutsche Good Practice Beispiele zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz für die Zielgruppen Arbeitslose sowie Kinder und Jugendliche. Spitzenreiter der Anzahl von durchgeführten und abgeschlossenen Good Practice Projekten ist jedoch die Schweiz.

5.2 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Arbeit zur Thematik „Gesundheitskompetenz“ hat gezeigt, dass unter diesem Begriff noch wenig Literatur und eindeutige Informationen auf Deutsch zu finden sind. Es gibt sehr viel englischsprachige Literatur, in der „Health Literacy“ vorkommt. Die Verfasser haben für diese Arbeit hauptsächlich die vorhandene deutschsprachige Literatur verwendet und sich bei den vorgestellten Good Practice Beispielen ebenfalls auf den deutschsprachigen Raum konzentriert.

Gesundheitskompetenz wird im Deutschen oft mit Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung, Selbst-, Patienten- oder Handlungskompetenz und auch Prävention gleich-

gesetzt und vermischt. Der Begriff ist somit (noch) nicht ganz klar abgrenzbar und auffindbar. Bei der Recherche nach Good Practice Beispielen zeigte sich, dass es speziell in Österreich noch sehr wenige Projekte zum Thema „Gesundheitskompetenz“ gibt. Aus diesem Grund gestaltete sich das Auffinden von Österreichischen Projekten als schwierig. In der Projektdatenbank des FGÖ finden sich bei einer Stichwortsuche mit Gesundheitskompetenz gerade einmal vier Projekte. Detaillierte Projektunterlagen wurden den Verfassern, auf Nachfrage bei den Projektausführenden Stellen, aber zugesandt.

Ein weiteres Problem, das sich im Zuge der Recherchearbeit zeigte, war, dass die vorgestellten Projekte oft nur durch Selbstevaluation evaluiert werden. Die Ergebnisse dieser Evaluationen sind dann meist nicht öffentlich zugänglich. Dadurch ist es praktisch unmöglich die Wirkungsweise und den Erfolg dieser Projekte abzuschätzen. Ein direkter Vergleich mit anderen Projekten ist somit sehr schwierig bis unmöglich. Dabei stellt sich dann die Frage, ob diese Projekte ohne Evaluierung überhaupt als sinnvolle Vorbilder / Beispiele für andere Projekte herangezogen werden können, und ob bei Projekten mit gänzlich fehlender Evaluation beurteilt werden kann, ob die gesetzten Projektziele überhaupt erreicht wurden.

Wie die Good Practice Beispiele zeigen, kann Gesundheitskompetenz sowohl durch Vermittlung von theoretischem Wissen als auch durch praktische Anwendungen verbessert werden. Bewegungs- und Sportprogramme, theoretisches Wissen und praktische Anwendungen zu verschiedensten Themen waren Inhalt der vorgestellten Projekte. Man kann also die Forschungsfrage „Welche Mittel und Methoden gibt es um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu verbessern?“ sehr umfangreich, aber nicht endgültig und eindeutig beantworten. Ein wichtiger Punkt ist, dass Projekte auf vorhandenen Strukturen, Ressourcen und Kompetenzen aufbauen. Die vorhandenen Strukturen sind bei den Menschen schon bekannt und vertraut und müssen nicht mühsam von Anfang an aufgebaut werden. Selbst die Zielgruppen mit der wenigsten Gesundheitskompetenz haben Ressourcen und Kompetenzen. Es liegt auch an den Projektmitarbeitern und der Projektgestaltung diese „zum Vorschein zu bringen“ und dementsprechend darauf aufzubauen. Die klassischen Zielgruppen für die Verbesserung von Gesundheitskompetenz sind sozial benachteiligte Menschen, Arbeitslose, Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund, allein Erziehende, Menschen mit geringer Bildung, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Menschen mit geringem Einkommen, ältere Menschen oder auch Kinder und Jugendliche. Diese Gruppen verfügen meist über nur sehr geringe Gesundheitskompetenzen. Um diese Zielgruppen ansprechen zu können müssen die Angebote mit niederschwelligem Zugang gestaltet sein. Entsprechende Strukturen müssen genutzt oder aufgebaut werden um diesen niederschweligen Zugang zu ermöglichen. Es erfordert viel Offenheit und Akzeptanz um erfolgreich mit diesen Menschen arbeiten zu können. Dabei können entweder professionelle oder zielgruppenangehörige Multiplikatoren eine sehr große Hilfe sein indem sie die Umsetzung des Projekts unterstützen und es direkt zu den Betroffenen „tragen“. Die Menschen müssen über Partizipation „ins Boot geholt“ werden. Partizipation bezieht die Menschen aktiv in die Planung und Durchführung ein. Dabei zeigt sich, dass sie „Experten“ für die eigene Gesundheit sind und dementsprechend empowert entscheidend zum Erfolg von Projekten beitragen und Nachhaltigkeit schaffen. Sie werden dadurch zu Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit gemacht und können die richtigen Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit zukünftig besser treffen. Ein weiterer wichtiger Punkt der sich in den Projekten zeigt ist, dass es sehr wichtig ist verschiedene Kooperationspart-

ner zu haben. Diese ergänzen und unterstützen in verschiedenen Bereichen und ziehen aus den Projekten in den meisten Fällen auch Vorteile für die eigene Organisation.

Verschiedenste Anbieter müssen vernetzt werden und nicht gesundheitsfördernde Strukturen verändert werden. Der Settingansatz ist ein weiteres Mittel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Er setzt sowohl auf der individuellen Ebene (Verhaltensebene) als auch auf der Strukturebene (Verhältnisebene) an. Die in einem Setting erreichbare Zielgruppe wird dadurch nicht nur direkt erreicht, sondern es werden auch Strukturen geschaffen, die eine nachhaltige Verbesserung der Situation bewirken können. Settings, in Deutsch auch Lebenswelten genannt, können z. B. sein: die Gemeinde, das Wohnumfeld, die Nachbarschaft, die Schule, der Kindergarten, der Arbeitsplatz.

Grenzen zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz bestehen sowohl in der Erreichbarkeit der Zielgruppen als auch in der richtigen und nachhaltigen Anwendung der vermittelten Kompetenzen durch die Zielgruppe. Darum ist es wichtig, dass die Projekte auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und die betroffene Zielgruppe befähigt durch verbesserte Gesundheitskompetenz in Zukunft die eigene Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen. Die Zielgruppen sollen empowert werden.

Die Forschungsfrage „Welche Good Practice Beispiele sind in diesem Zusammenhang in der Literatur auffindbar?“ kann mit Hinweis auf das Kapitel 4 in dieser Arbeit beantwortet werden. Dieses Kapitel verschafft einen Einblick welche Projekte es gibt und zeigt die verschiedensten Ansatzmöglichkeiten solcher Projekte zur Gesundheitskompetenzverbesserung auf.

Die Beschäftigung mit dieser Thematik hat gezeigt, dass es noch große Defizite in der Umsetzung von „Verbesserung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung“ gibt. Der Überblick über den deutschsprachigen Raum zeigt, dass Deutschland und die Schweiz in vielen Bereichen voraus sind. In Österreich bedarf es noch weiterer Anstrengungen um eine systematische, flächendeckende und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu erreichen. Vor allem die Politik, aber auch andere einflussreiche Institutionen im Gesundheitsbereich sind gefordert dementsprechende Strukturen zu fördern und Projekte ins Leben zu rufen, die nachhaltige Wirkungen zeigen. In der Schweiz gibt es als Beispiel für die Zusammenarbeit verschiedenster Institutionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz die Allianz Gesundheitskompetenz. Diese vereint sowohl klassische Gesundheitsförderer als auch z. B. die Verbindung der Schweizer Ärzte und Firmen aus dem Pharmabereich. Diese Allianz Gesundheitskompetenz kann als sehr gutes Beispiel gesehen werden wie mit vereinten Kräften etwas für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung getan werden kann. Unter dem Aspekt des finanziellen Drucks ist die Verbesserung der Gesundheitskompetenz eine von vielen Möglichkeiten Kosten zu sparen und die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Die Möglichkeit, Kosten im Gesundheitssystem durch verbesserte Gesundheitskompetenz zu sparen, wird mitentscheidend sein, dass Regierungen unter Vernetzung vieler Kooperationspartner aktiv etwas dafür tun und Projekte, die in diese Richtung gehen, unterstützen und fördern. Um noch mehr Datenmaterial und Good Practice Beispiele zu sammeln ist es wichtig auf der Basis der schon vorhandenen Informationen zum Thema Gesundheitskompetenz weiter zu arbeiten und noch effektivere Möglichkeiten, wie z. B. umfassende Datenbanken, zu schaffen um von erfolgreichen Interventionen zu lernen und das vorhandene Wissen in zukünftige Projekte einfließen lassen zu können. Dabei ist es auch wichtig, dass diese Datenbanken für alle zugänglich sind und die gesuchten Informa-

tionen einfach auffindbar sind. Wenn das geschafft wird, kann sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weiter verbessern und schlussendlich wird jeder einzelne für sich und die Gesellschaft als Ganzes davon profitieren.

Literaturverzeichnis

- Erpenbeck, J., Heyse, V. (2007). Die Kompetenzbiographie: Wege der Kompetenzentwicklung (2. Auflage). Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Forster, R. (2009). Kollektive Partizipation in Gesundheitsbelangen – theoretische Perspektiven, empirische Diagnosen, mögliche Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung in Österreich. In W. Bencic, T. Dornner, G. Grasser (Hrsg.): Health in All Policies Gesundheit in allen Politikfeldern. Tagungsband der zehnten wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health 20. und 21. September 2007. (S. 43-59) Verlagsort: Linz.
- Göpel, E. (Hrsg.) (2004). Gesundheit bewegt: Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kickbusch, I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Naidoo, J., Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung (2. Auflage). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schiffer, E. (2001). Wie Gesundheit entsteht: Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Schwartz, F. W. (2003). Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen (2. Auflage). München, Jena: Urban & Fischer.
- Sladek, U., Berger, B., Hirtl, C., Steckelberg, A., Matyas, E., Ebner, K., Groth, S. (2011). Wissen macht stark und gesund - Fortbildungen zur Stärkung von kritischer Gesundheitskompetenz. In K. Krajic (Hrsg.): Lernen für Gesundheit. Tagungsband der 13. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health Linz, 16. - 17. September 2010 (S.129-139) Verlagsort: Linz.
- Spicker, I., Lang, G. (Hrsg.) (2009). Gesundheitsförderung auf Zeitreise: Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft. Wien: Facultas.

Internetquellen

- Abel, T., Duetz, M. (2004). Health Literacy: Förderung und Nutzung von Gesundheitskompetenzen in der Praxis. Verfügbar unter: http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/17-health_literacy-mit_INS.pdf [17.10.2011].
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien. (2006). Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen: Konzeptpapier. Verfügbar unter: www.buerobass.ch [02.10.2011].
- Bundesamt für Gesundheit. (2006). Gesundheitskompetenz – Kurzfassung. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de> [17.10.2011].
- Center for Health Care Strategies, Inc. What is Health Literacy. Verfügbar unter: http://www.chcs.org/usr_doc/health.literacy_fact_sheets.pdf [17.10.2011].
- Dietscher, C. (2005). Wie kann Partizipation zur schulischen Gesundheitsförderung beitragen? Wirkweisen und Umsetzungsoptionen. Verfügbar unter: http://www.gesunde-schulen.ch/data/data_200.pdf [15.11.2011].
- Fmc. (2003). Empowerment fördern- Beispiel Psychiatrie. Verfügbar unter: http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/09-empowerment.neu.pdf [15.11.2011]

- Fond Gesundes Österreich. (2005). Partizipation. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/der-fonds/glossar/partizipation> [31.10.2011].
- Gekona. (2010). Gesundheit kommt nach Hause. Verfügbar unter: <http://www.gekona.at/> [18.11.2011].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung. (2011). Gesundheitsinformationen in Deutschland: Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsziele.de/cms/medium/675/Band_67_f.pdf [17.10.2011].
- Gesundheitliche Chancengleichheit. Kapitel 1- Was ist Gesundheit. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/was-ist-gesundheit/> [10.11.2011].
- Gesundheitliche- Chancengleichheit: Kapitel 5 - Partizipation der Zielgruppe. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-2-probleme-erkennen/partizipation-der-zielgruppe/> [10.11.2011].
- Gesundheitliche Chancengleichheit. (2011). Good Practice: Good Practice-Beispiele. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-beispiele/> [28.11.2011].
- Gesundheitsförderung. (2011). Index. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/index.php> [22.12.2011].
- Google. (2011). Verfügbar unter: <http://www.google.de/> [6.11.2011].
- Handler M., Trattnigg R. Den Bogen spannen: Partizipation & nachhaltige Entwicklung in Europa. Verfügbar unter: <http://www.partizipation.at/?id=289> [15.11.2011].
- North, K., Verfügbar unter: http://www.zlw-ima.rwth-aachen.de/forschung/projekte/starg/download/2020/Workshops/Partizipation_Fuehrung_&_praeventive_Arbeitsgestaltung/North_ppt.pdf [31.10.2011].
- Quint-Essenz. (2010). Gesundheitskompetenz: Kriterium: Empowerment. Verfügbar unter: <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1274/print.html> [15.11.2011].
- Reiter, A. (2011). Evaluierung Gesundheit kommt nachhause: Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter. Verfügbar unter: <http://www.gekona.at/userfiles/files/Gekona-Evaluierung-2009-2010.pdf> [28.10.2011].
- Sommerhalder, K., Abel, T. (2007). Gesundheitskompetenz: Eine konzeptionelle Einordnung (Universität Bern). Verfügbar unter: http://www.google.at/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F00388%2F02873%2Findex.html%3Flang%3Dde%26download%3DNHzLpZeg7t%2Clnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGdoF5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-&rct=j&q=gesundheitskompetenz%20konzeptionelle%20einordnung&ei=drCVTrXTJl-f-wbpgK2SCA&usq=AFQjCNFumU45BvhscW76HOXutTNRUKD7Q [1.10.2011].
- Stutz Steiger T., Spycher S. Gesundheitskompetenz - die Grundlage für einen neuen Blick auf die Gesundheit. Verfügbar unter: <http://www.dievolkswirtschaft.ch/editions/200612/Stutz-Spycher.html> [10.11.2011].
- World Health Organisation. (1948). Reproductive Health. Verfügbar unter: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ [17.10.2011].

Sonstiges

- Pelikan, J. M. (2011). Health Literacy: Herausforderung Gesundheitskompetenz. Referat bei der Podiumsdiskussion „Zukunft Gesundheit / Heute Ideen für morgen“ der K. Landsteiner Ges. am 20 Okt. 2011 in Wien.
- Saurugg-Radl, R. (2011). Gesundheitskompetenz in der Basisbildung. ISOTOPIA Forum für gesellschaftspolitische Alternativen, 2011 (75), Editorial & 2-3.
- Stoppacher, P. (2011). Gesundheitskompetenz in der Basisbildung. ISOTOPIA Forum für gesellschaftspolitische Alternativen, 2011 (75), 15-16.

Stoppacher, P. & Maierhofer, K. (2011). Gesundheitskompetenz in der Basisbildung: Ergebnisse der begleitenden Evaluation. Eine Studie im Auftrag der ISOP (IFA-Institut für Arbeitsmarktbetreuung und -forschung Steiermark, Hrsg.). Graz.

Abbildungen

Abbildung 1:

Zwölf Good Practice Kriterien (Quelle: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).....S. 13

Abbildung 2:

Projektablauf in Anlehnung an Gekona, 2010, www (Quelle: <http://www.gekona.at/index.php?SID=316>) S. 21

AutorInnen

Florian Jakob Sparr, derzeit Studium an der Fachhochschule Pinkafeld, Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung; derzeit Praktikum bei Frau Dr. Ilona Kickbusch, Global Health Programme des Graduate Institute of International and Development Studies in Genf

Kerstin Wagner, derzeit Studium an der Fachhochschule Pinkafeld, Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung, derzeit Praktikum im Landespflegeheim ARCHE, Stockerau