

auf, welche Stellschrauben grundsätzlich für eine gelingende Bearbeitung von Gesundheitsthemen in Thüringen bewegt werden bzw. weiter positiv vorangebracht werden müssen.

Im Nachgang der Landesgesundheitskonferenz wurde auf der Internetseite www.lgk-thueringen.de als eine konkrete Maßnahme ein Bereich eingerichtet, auf dem Informationen, Materialien und Angebote zum Thema Gesundheitskompetenz zusammengestellt wurden. Mit diesem Angebot soll den Mitgliedern eine komplexe Wissensressource zur Verfügung gestellt werden, die allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Sie ist als eine wachsende Wissensressource zu verstehen, die im Laufe des Jahres sukzessive erweitert wird. Ziel ist es, Informationen zum Thema Gesundheitskompetenz gebündelt im Kontext der Landesgesundheitskonferenz zur Verfügung zu stellen. Die Aufbereitung auf der Homepage der LGK kann einen ersten Schritt in diese Richtung bedeuten. Dennoch stellt sich die Frage, wie bei unterschiedlichen Ziel- und Adressatengruppen ein entsprechendes Format und ein passendes Angebot zur Aufbereitung von Informationen aussehen kann.

In den Diskussionen im Jahresverlauf ergab sich die Frage, wie darauf hingewirkt werden kann, dass Bürger*innen, Patient*innen und Nutzer*innen wie auch Systeme gleichermaßen „gesund denken“, um damit auf ein gesundes Handeln Einfluss zu nehmen, genauso wie die Überlegung, wie vulnerable Zielgruppen mit dem Thema Gesundheitskompetenz erreicht werden können. Diese Fragen sollen in der weiteren Bearbeitung des Themas aufgegriffen werden.

Im Rahmen von öffentlichen Aktionstagen, z. B. der Thüringer Gesundheitsmesse und des Thüringer Waldgipfels, wurden einzelne Aspekte des Konzeptes Gesundheitskompetenz herausgegriffen und den Bürger*innen vermittelt. So wurde etwa mit Hilfe

des Vorsorgeordners und durch sogenannte Notfalldosen das Thema Vorsorge näher gebracht.

Erkenntnisse und Diskussion

Wie deutlich wurde, wächst die Bedeutung des Themas Gesundheitskompetenz stetig. Die Landesgesundheitskonferenz, als gesundheitspolitischer Prozess in Thüringen, hat die Relevanz von Gesundheitskompetenz für die einzelnen Gesundheitsthemen erkannt und in eine strategische Zielausrichtung für Thüringer Gesundheitsakteur*innen kanalisiert. Darüber hinaus wird aktuell im Jahr 2019 dem Konzept der Gesundheitskompetenz durch das öffentlichkeitswirksame Jahresthema eine besondere Rolle beigemessen.

Im Laufe des Diskussionsprozesses mit den Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz stellte sich heraus, dass Gesundheitskompetenz als ein Hilfsmittel angesehen wird, um die Wechselwirkung von Verhalten und Verhältnissen darzustellen. Für viele Fachkräfte war die Abgrenzung des Themas zu dem grundsätzlichen An-

liegen in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nicht immer erkennbar. Dennoch hat die Bearbeitung im Kontext der Landesgesundheitskonferenz einen großen Mehrwert, da es Anknüpfungspunkte für die Arbeit an und mit Gesundheitszielen für Akteur*innen und Institutionen bietet, die nicht originär aus diesem Themenfeld kommen. Es eignet sich daher gleichzeitig auch als ein „Transportmedium“, um die Attraktivität der Konzepte aus dem Themenfeld der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erhöhen.

Diese Anstöße können dazu genutzt werden, um die aktuell ca. 70 Mitgliedsinstitutionen zu einem – im Sinne der Gesundheitskompetenz – progressiven Vorgehen anzuregen. Zum einen bestehen Entwicklungspotentiale in Vernetzungsoptionen zwischen den Mitgliedern. Durch die gemeinsame Bearbeitung des Themas Gesundheitskompetenz können Synergieeffekte deutlich werden, zukünftige Schnittstellenthemen der Institutionen herausgearbeitet werden und somit besteht die Chance eine ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheitsthemen einnehmen zu können. Zum anderen



Thüringer Waldgipfel: Vorsorgeordner und Lebensretter-Dosen

Interventionsstrategien: Gesundheitskompetente Strukturen

Gesundheitskompetenz als Jahresthema der LGK



Workshop der 4. Landesgesundheitskonferenz

bietet das Thema Gesundheitskompetenz eine breite inhaltliche Plattform, um sowohl Versorgungs-, Pflege- und Reha-Themen mit originären Themen des Bereiches Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Verbindung zu setzen. Beispielhaft können hier die Themen: Patienteninformation, Einbezug der Settings und Lebenswelten sowie der „Whole-of-Society-Approach“ (dt.: der gesamtgesellschaftliche Ansatz; WHO Regional Office for Europe 2013) genannt werden. Aufgrund der Komplexität, Vielschichtigkeit sowie des Neuheitsgehaltes des Themas für deutsche Akteur*innen und der vielfältigen Entwicklungsoptionen ist grundsätzlich eine Beschäftigung über einen längeren Zeitraum mit dem Thema Gesundheitskompetenz als sinnvoll zu erachten. Die Landesgesundheitskonferenz Thüringen bietet hierfür die Projektions- und Vernetzungsfläche. Perspektivisch könnten sich somit weitere Akteursgruppen, bspw. aus dem Versorgungsbereich, zum Thema Patienteninformation der Landesgesundheitskonferenz anschließen, die Schnittstellen zwischen dem Thema Gesundheitskompetenz und Patienteninformation erörtern und somit gemeinsame Aufgaben-

schwerpunkte abstecken. Das Thema Digitalisierung sowie vulnerable Zielgruppen sind in Verbindung mit Gesundheitskompetenz weitere Themenfelder, die einer vertieften Positionierung und Bearbeitung in Thüringen bedürfen. Die Bearbeitung und Reflexion von gesellschaftlichen Normativen in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit, sowohl das eigene als auch das über andere Statusgruppen (bspw. chronisch erkrankte Menschen, Migrant*innen etc.) oder andere Personen (bspw. die eigenen Eltern oder das eigene Kind etc.), kann durch den strategischen Einsatz des Themas Gesundheitskompetenz mit thematisiert werden. Abschließend bleibt zu konstatieren, dass das Thema Gesundheitskompetenz vielfältige Entwicklungsoptionen mit diversen Akteur*innen im Gesundheitswesen bietet, folglich gesundheitspolitische Prozesse wie der der Landesgesundheitskonferenz Thüringen umfänglich davon profitieren können und somit Nachhaltigkeit, Innovationskraft und vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen in Thüringen gesichert werden können. ■

Uta Maercker & Martin Staats

Dieser Beitrag beruht auf dem Artikel „Gesundheitskompetenz als Medium des landespolitischen Prozesses der Landesgesundheitskonferenz in Thüringen“, erschienen in der Zeitschrift für Sozialmanagement, Ausgabe 2/2019

Kontakt: Uta Maercker
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V.
– AGETHUR –
E-Mail: maercker@agethur.de

Literatur

- Abrams, M.A. et al. (2014): Building Health Literate Organizations. A Guidebook to Achieving Organizational Change, online unter: <http://www.HealthLiterateOrganization.org>
- Allianz Gesundheitskompetenz (2016): Gesundheitskompetenz fördern – Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz, online unter: http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Brosch_A4_Gesundheitskompetenz_dt_web.pdf
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 1, 4. aktualisierte Auflage.
- Jordan, S./Töppich, J. (2015): Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In: Bundesgesundheitsblatt 58, S. 921-922.
- Kickbusch, I. et al. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten, online unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf
- Kolpatzik, K. (2019): Gesundheitskompetenz im Fokus. Das Praxishandbuch, Berlin: Kompart.
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2018): Einfach gesund entscheiden. Konferenzbeiträge der 4. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz, online unter: <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/11/4-oepgk-konferenz-sammelband-der-konferenzbeitraege-1.pdf>
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2019): Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen? Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation, online unter: <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/06/praxisleitfaden.pdf>
- Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven, Bern: Hogrefe Verlag.
- WHO Regional Office for Europe (2013): Health 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1

Faktenboxen

Faktenboxen – Unterstützung für souveräne Gesundheitsentscheidungen aus dem Internet

Was kaufe ich heute ein, was koche ich? Zu welchem Arzt gehe ich mit meinem gesundheitlichen Problem? Und was kann ich überhaupt tun, um gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden? Jeden Tag und jede Stunde treffen Menschen Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen. Die Basis dafür ist im besten Falle ein kompetenter Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Die AOK-Faktenboxen unterstützen Menschen dabei, diese Kompetenz zu stärken und souveräne Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen.

Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung dafür, dass sich Frauen und Männer bei gesundheitlichen Problemen die nötige Unterstützung sichern und sich im komplexen System unseres Gesundheitswesens zurechtfinden können. Generell bietet sie die Grundlage dafür, für das eigene gesundheitliche Wohlbefinden zu sorgen. In Deutschland wurde das Thema Health Literacy, wie die Gesundheitskompetenz international genannt wird, in der Vergangenheit eher stiefmütterlich behandelt. Eine systematische Forschung gab es bis vor wenigen Jahren nicht.

Es war der AOK-Bundesverband, der gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) 2014 erstmals in einer Studie die Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland untersuchte (Zok 2014). Fazit dieser Studie: Fast sechs von zehn BundesbürgerInnen weisen eine problematische bis unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Das Problem zieht sich quer durch alle Bildungs- und Einkommensschichten, wobei unter anderem Menschen mit

hohem Lebensalter besonders stark betroffen sind. Auch eine Studie der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2016 (Schaeffer D. et al. 2016) kam zu dem Schluss, dass mit mehr als 54 Prozent mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland über eine nur eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt.

Die Situation wirkt abwegig: Deutschland hat ein leistungsfähiges und international geschätztes Gesundheitssystem, die Mehrheit der Menschen bewegt sich darin aber sehr unsicher. Viele Deutsche wissen überhaupt nicht, welche Hilfsangebote es gibt. Und sie wissen auch nicht, wo und wie sie sich darüber informieren könnten. Und wenn sie doch irgendwo – etwa im Internet – Informationen zu einem Gesundheitsproblem finden, dann haben sie Schwierigkeiten, diese zu verstehen und für sich richtig einzuordnen.

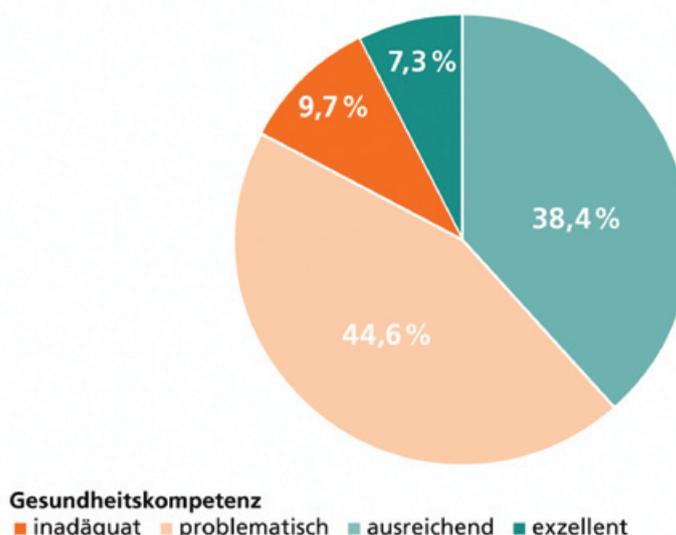
Gesundheitskompetenz wird zunehmend gestärkt

Inzwischen setzt sich in Deutschland zunehmend die Erkenntnis durch, wie wichtig Gesundheitskompetenz ist. So

wurde unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers im Mai 2016 auf Initiative von WissenschaftlerInnen der Universität Bielefeld, der Hertie School of Governance, dem AOK-Bundesverband und der Robert-Bosch-Stiftung die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz angegangen und schließlich im Februar 2018 veröffentlicht. Der Plan wurde von ausgewiesenen ExpertInnen entwickelt und umfasst 15 konkrete Empfehlungen, die gesellschaftliche AkteureInnen wie ÄrztInnen, Pflegekräfte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken, Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen sowie die Behörden von Bund und Ländern einbinden. Angestrebt sind ein größeres individuelles Gesundheitswissen sowie ein nutzerfreundlicheres Gesundheitssystem. Dabei geht es um Bildung und Erziehung, um Verbraucherverhalten und Ernährung, um Wohnen und Arbeiten, um den Umgang mit Medien, aber auch um mehr Verständlichkeit im Austausch zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten.

Das gleiche Ziel verfolgt die vom Bundesgesundheitsministerium Mitte

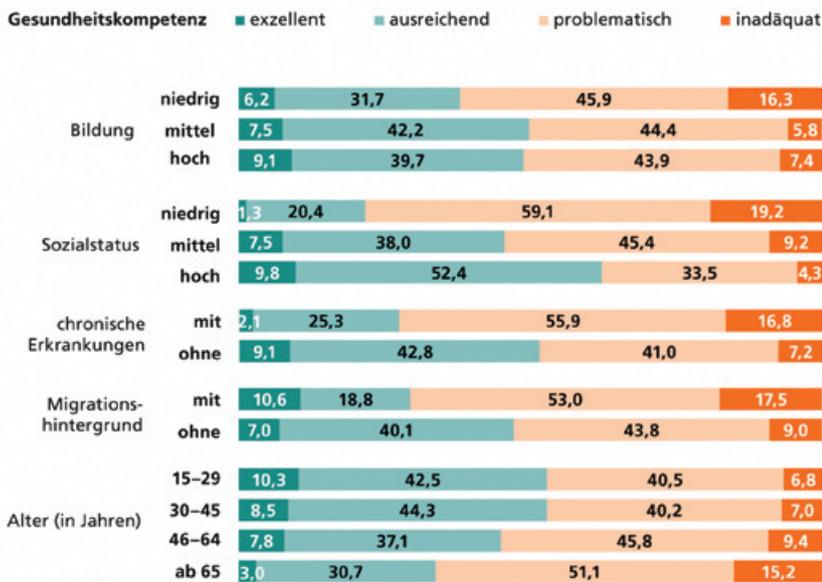
Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland (in Prozent der Bevölkerung)



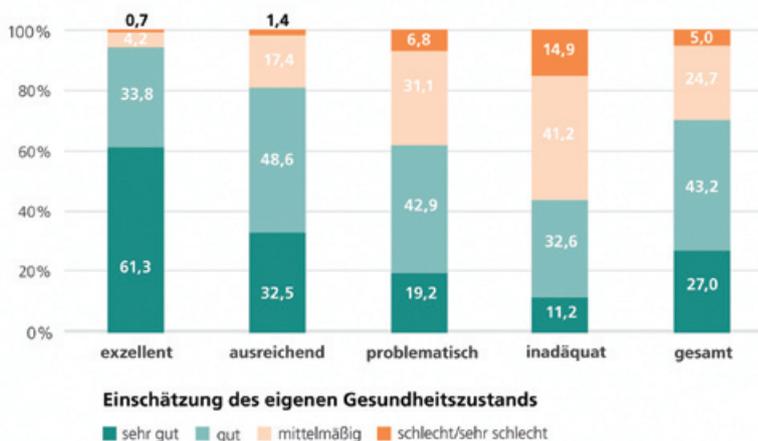
Interventionsstrategien: Gesundheitskompetente Strukturen

Faktenboxen

Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland, betrachtet nach Bildungsgrad, sozialem Status, chronischer Krankheit, Migrationshintergrund und Lebensalter (in Prozent)



Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz und die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands



Quelle für alle Statistiken: Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) 2018: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

2017 mit den Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen ins Leben gerufene „Allianz für Gesundheitskompetenz“. Ihre Mitglieder haben sich dazu verpflichtet, gezielt Vorhaben zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu initiieren und entsprechende Aktivitäten voranzutreiben

und zu bündeln. Die vom AOK-Bundesverband geschaffene Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance will die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans fördern und neue Forschungsvorhaben anstoßen. Die Koordinierungsstelle soll bereits

laufende Projekte zur Gesundheitskompetenz bundesweit identifizieren und vernetzen. Sie sammelt Daten, Materialien und spezielle Kompetenzen in den Projekten, bereitet dieses Wissen auf und wird weitere Forschung zum Thema anregen und koordinieren. Sie soll auch für die Selbsthilfe zentrale Anlaufstelle rund um das Thema Gesundheitskompetenz werden.

Online-Coaches bieten schnelle Unterstützung

Im Internet bietet die AOK bereits zahlreiche weitere Hilfen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz wie Online-Coaches und Entscheidungshilfen an. Zum Beispiel unterstützt ein Familiencoach (www.familiencoach-depression.de) seit Herbst 2018 Angehörige im Umgang mit depressiv erkrankten Familienmitgliedern oder Freunden. Eine Online-Entscheidungshilfe für Frauen mit Brustkrebs unterstützt bei diesem Krankheitsbild mit wichtigen Informationen. Darüber hinaus finden Interessierte in den Online-Navigatoren der AOK rund um die Uhr Informationen über ambulante, stationäre und pflegerische Leistungserbringer in ihrer Region. Die Navigatoren bieten vielfältige Infos zur Qualität von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeanbietern.

Faktenboxen geben Orientierung

Als ein ganz besonderes Instrument zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden seit 2015 Faktenboxen angeboten. Der AOK-Bundesverband entwickelt sie seit 2015 zusammen mit dem Risikoforscher Professor Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung und des Harding-Zentrums für Risikokommunikation in Berlin. Das Ziel: eine verständliche und einprägsame Wissens-

Faktenboxen

vermittlung via Internet anzubieten, die den aktuellen Stand der medizinischen Forschung berücksichtigt. Dabei gibt eine Faktenbox keine Empfehlung. Vielmehr wird LeserInnen auf der Grundlage der Angaben ermöglicht, selbst eine informierte Entscheidung zu treffen. Nutzen und Risiko werden anhand absoluter Zahlen dargestellt.

Ganz gleich, ob es um Nutzen und Risiken von medizinischen Behandlungen, Früherkennungsuntersuchungen oder von Nahrungsergänzungsmitteln geht: In bisher 20 Faktenboxen zeigt die AOK den aktuellen Stand der medizinischen Forschung auf – für Laien verständlich aufbereitet. So erläutern die Faktenboxen beispielsweise mittels leicht verständlicher Grafiken und kurzer, prägnanter Texte den möglichen Nutzen von Vitamintabletten und stellen diesem mögliche Risiken und Nebenwirkungen übersichtlich gegenüber. Damit Nutzen und Risiken leichter eingeschätzt werden können, werden diese in den Faktenboxen ausschließlich anhand absoluter Zahlen erläutert. Das erleichtert auch statistisch nicht vorgebildeten Personen, eine kompetente Entscheidung zu treffen. Neben den Faktenboxen zu medizinischen Themen gibt es auch solche, in denen Leistungen der Krankenkasse erläutert und Rechte der Versicherten beschrieben werden; so tragen sie dazu bei, dass sich NutzerInnen gut im Gesundheitswesen zurechtfinden. Faktenboxen gibt es unter anderem zu den Themen Pflegeberatung, Organspendeausweis, Behandlungsfehler, Grippeimpfung für Menschen ab 60 oder zu der Frage, ob die tägliche Einnahme von Vitamin C vor einer Erkältung schützt. Um auch Menschen zu erreichen, die nicht oder kaum lesen können, entwickelt die Gesundheitskasse Faktenboxen zudem in Form von Online-Videos.

💡 AOK-Faktenbox
Letzte Aktualisierung am: 27. April 2016

? **Influenza: Impfung gegen Grippe für Menschen ab 60 Jahren**
Soll ich mich jährlich impfen lassen?

! **Nutzen:** Die Impfung kann je nach Grippezeitraum einem schweren Verlauf der Grippe vorbeugen. Die Wirksamkeit schwankt jedoch von Jahr zu Jahr.



1.000 Senioren mit Scheinimpfung	1.000 Senioren mit Grippeimpfung
davon: Grippeähnliche Erkrankung	
39–98	21–84
Krankenhausaufenthalt: grippaler Infekt oder Lungenentzündung	
4–17	3–13
Tod: sämtliche Ursachen	
1–22	5–14

➔ Erläuterungen und Quellen

! **Nebenwirkungen:** Wenn es überhaupt zu Beschwerden wie Rötungen oder Schmerzen um die Einstichstelle kommt, klingen sie meist schnell wieder ab.

1.000 Senioren mit Scheinimpfung	1.000 Senioren mit Grippeimpfung
davon: lokale Schmerzempfindlichkeit und Schmerzen des Arms	
37	132
Rötungen, Verhärtungen, Schwellungen an der Einstichstelle	
9	71

➔ Erläuterungen und Quellen

Herausgeber:

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Max Planck Institute for Human Development



Faktenboxen-Wissen hilft

Faktenboxen werden von NutzerInnen gut aufgenommen. So haben Untersuchungen des Harding-Zentrums am Max-Planck-Institut in Berlin ergeben, dass Gesundheitsinformationen, die in Faktenboxen präsentiert werden, von LeserInnen besser als andere seriöse Informationen, z. B. die Blauen Ratgeber der Deutschen Krebshilfe, verstanden werden. Bereits nach einmaligem Lesen stieg der Wissensstand

der Menschen an, sie waren – wenn Schäden die Vorteile überwiegen – zum Beispiel vorsichtiger bei der Teilnahme an Screenings. Frühere Studien zeigten zudem, dass etwa neun von zehn LeserInnen einer Faktenbox genaue Informationen zum Auftreten von Nebenwirkungen entnehmen können. Etwa sieben von zehn können zudem die Wirksamkeit einer medizinischen Maßnahme anhand einer Faktenbox genau beziffern sowie die effektivste Medikation identifizieren. Bei her-

-60-

AOK-Faktenbox

Letzte Aktualisierung am:
16. Mai 2019

? Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler: Warum sollte ich aktiv werden und wer unterstützt mich?

- Wie in jedem Bereich des Lebens können in der medizinischen Versorgung Fehler passieren. In Deutschland wird etwa jeder vierte geprüfte Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler bestätigt, oft wird einem vermuteten Fehler aber gar nicht erst nachgegangen. Selbst wenn sich ein Verdacht nicht bestätigt, kann die Klärung für Gewissheit und Vertrauen bei allen Beteiligten sorgen.



Erläuterungen und Quellen

! Schritt für Schritt: So hilft die AOK bei einem Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler.

1. Wenden Sie sich bei einem Verdacht an die AOK. Hier werden Sie unterstützt.
2. Information: Die AOK fordert auf Ihren Wunsch Behandlungsunterlagen an. Auch Ihre Angaben zum Fall sind wichtig.
3. Medizinische Bewertung: AOK-Experten prüfen alle Unterlagen und kümmern sich um eine medizinische Bewertung.
4. Juristische Bewertung: Die AOK prüft medizinische Bewertungen und gibt Hinweise zu möglichen weiteren Handlungsoptionen.
5. Schadensersatz geltend machen: Mit ihrer Beratung unterstützt die AOK Sie dabei, berechnete Ansprüche zu verfolgen.



Erläuterungen und Quellen

Herausgeber:

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Max Planck Institute for Human Development



Träger der Faktenboxen für seinen Internetauftritt übernommen.

Ruth Zaunbrecher

Kontakt:
Fachkoordinatorin Projekte/Drittmittel
Abteilung Prävention, Geschäftsführungseinheit Versorgung
AOK-Bundesverband



Literatur

- Schaeffer Doris et al. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld, online unter: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf.
- Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) 2018: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.
- Sachverständigenrat für Verbraucherfragen beim Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) 2016: Verbraucher in der Digitalen Welt. Verbraucherpolitische Empfehlungen. Berlin, online unter: https://www.bmjuv.de/SharedDocs/Downloads/DE/News/Artikel/01192016_Digitale_Welt_allgemein.pdf;jsessionid=10D2A7828C8DA44A013884FB8EB4CF4E.2_cid289?__blob=publicationFile&v=4.
- Sørensen, K. et al. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12:80.
- Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: WidO Monitor 11, Nr. 2, S. 1-12.

kömmlichen Werbeanzeigen zu Medikamenten kann nur einer von zehn die effektivste Medikation nennen.

Die AOK-Faktenboxen sind im Internet www.aok.de/faktenboxen zu finden und auf diese Weise auch für Versicherte anderer Krankenkassen nutzbar.

Darüber hinaus gibt es verschiedene ÄrztInnen die sich die Boxen ausdrucken und laminieren, damit sie ihren PatientInnen anhand des Materials

diese Informationen zeigen können. Ihren Wert zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz würdigte unter anderem der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen (SVR). In seinem „Bericht zum Verbraucherschutz in der Digitalen Welt“ (2016) hat er ausdrücklich den Vorbildcharakter der AOK-Faktenboxen hervorgehoben. Auch im Nachbarland Österreich kommt diese Art der Information gut an. Dort hat der Hauptverband der Österreichischen Sozialversiche-

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

Netzwerk Gesunde Kommune Gera



Abb1.: Logo des Netzwerkes

Im Mittelpunkt der Begriffserklärung zur Gesundheitskompetenz (siehe <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>) stehen das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitskompetenz“ führte wiederholt zu der Erkenntnis, dass die Gesundheitsförderung der entscheidende Umsetzungsprozess für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft und der Gesellschaft insgesamt ist. Die gesundheitsfördernden Akteure/innen sind diejenigen, die die jeweiligen Zielgruppen im Alltag so unterstützen, dass diese Entscheidungen treffen können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten bzw. verbessern. Dabei müssen die Akteure/innen selbst gesundheitskompetent handeln, um Erfolg zu haben. Wir haben uns in Gera auf den Weg gemacht, die Zusammenarbeit der gesundheitsfördernden Akteure/innen zu unterstützen und zu koordinieren, um einerseits für die Akteure/innen selbst „das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen“ zu erleichtern und andererseits die gesundheitsfördernden Ziele zu erreichen.

Gründung des Netzwerkes

Das „Netzwerk Gesunde Kommune“ in Gera wurde 2014 im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR gegründet. Gera wurde damit eine von insgesamt 4 Modellregionen (neben der Stadt Weimar, dem Wartburgkreis und dem Altenburger Land) in Thüringen.



Stadt Gera, Auftaktveranstaltung Netzwerk Gesunde Kommune Gera, November 2014

Kooperationspartner/innen

Die Mitarbeiter/innen der AGETHUR unterstützen beim Aufbau und der Integration des Netzwerkes, sie moderieren die Prozesse und bringen Sichtweisen und Erkenntnisse der landesweiten Gesundheitsförderung in die Netzwerkarbeit ein. Gemeinsam suchen wir nach Methoden, mit denen Kommunen die gesunde Stadt formen und weiterentwickeln können. Regelmäßig treffen sich die Gesundheitsförderer/innen aus den Modellkommunen zum von der AGETHUR moderierten Erfahrungsaustausch und erarbeiten z. B. in der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung gemeinsame Strategien. Jede Kommune, die Interesse an dem Aufbau eines gesundheitsfördernden Netzwerkes hat, kann sich von der AGETHUR und den beteiligten Kommunen gern beraten lassen. Voraussetzung ist der politische Wille im Rahmen einer gesamtstädtischen

integrierten Strategie, gesundheitsförderndes Denken und Handeln in der Region zu stärken und dafür personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Des Weiteren nutzt die Kommune Gera den Partnerprozess „Gesundheit für alle“, um sich bundesweit über erfolgreiche Maßnahmen oder hemmende Faktoren auszutauschen. Die beteiligten Kommunen informieren sich, nutzen gegenseitig die Erfahrungen und gute Ideen werden auf der Internet-Plattform (www.inforo-online.de) weitergetragen. Der Partnerprozess ist eine Initiative des bundesweiten Kooperationsverbundes „gesundheitliche Chancengleichheit“ und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Partnerprozess möchte alle diejenigen Kommunen zusammenführen, welche Präventionsketten zur Förderung der Gesundheit aufbauen, um besonders die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen nachhaltig zu verbessern. Die Umsetzung dieser integrierten kommunalen Strategie war und ist Anliegen der Akteure/innen in der Stadt Gera.

Integrierte und fachübergreifende Arbeit

Das Netzwerk ist ein Teilziel im Auditierungsprozess „Familiengerechte Kommune“ zur Umsetzung des Integrierten Stadtentwicklungskonzepts Gera 2030 (ISEK Gera2030). Die integrierte fachübergreifende Zusammenarbeit der Akteure/innen ist sowohl Grundlage als auch Schlüssel zum Erfolg, um ein aktives und gesundheitsgerechtes Leben in Gera zu gestalten.

Deshalb haben sich im Netzwerk ca. 20 verwaltungsinterne und verwaltungsexterne Akteure/innen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich der Stadt Gera zum Querschnittsthema „Gesundheits-

Interventionsstrategien: Gesundheitskompetente Strukturen

Netzwerk Gesunde Kommune Gera



Auftaktveranstaltung Netzwerk Gesunde Kommune Gera, November 2014

förderung“ kooperativ zusammengeslossen.

Die Akteure/innen haben ein gemeinsames Verständnis zur Gesundheitsförderung entwickelt und Schwerpunkte für die Netzwerkarbeit gemeinsam erarbeitet. Wichtig ist den Akteuren/innen im Netzwerk

- der Informationsaustausch über Angebote und aktuelle Themen der Gesundheitsförderung
- die Sammlung und Überprüfung bestehender gesundheitsfördernder Angebote
- das Netzwerk als „Berater für Fachkräfte und Politik“ zu entwickeln.

Die Akteure/innen selbst schaffen durch den regen Informationsaustausch und durch die Diskussion von Fachthemen die Grundlage für ein gesundheitskompetentes Handeln der Fachkräfte in ihren Einrichtungen/Unternehmen/Behörden. In einzelnen Projekten ist die Zusam-



Netzwerktreffen Mai 2015

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

menarbeit mit Fachkräften aus der Stadtentwicklung unerlässlich.

In den ersten Netzwerktreffen haben sie sich sowohl mit der Zielstruktur des Netzwerks als auch mit den theoretischen Grundlagen der Präventionskette auseinandergesetzt, bevor im nächsten Schritt die vorhandenen Angebote sortiert und gesichtet worden sind.

Ziele sind:

- die in Gera vorhandenen Netzwerke und Angebote (Gesundheitsförderung und Prävention) zu verknüpfen
- Familien in sozial schwierigen Situationen so zu unterstützen, dass Angebote ankommen
- parallel laufende Entwicklungen zu erkennen
- Doppelstrukturen zu erkennen und möglichst zu verhindern
- blinde Flecken in der Angebotspalette zu vermeiden
- Übergänge zu gestalten und Blockaden zu verhindern.

Dieser Prozess ist nicht abgeschlossen und wird in der integrierten Arbeit der Netzwerker/innen innerhalb und außerhalb des Netzwerkes ständig fortgeführt. Die Methodik der Präventionskette ist für Akteure/innen aus den Einrichtungen/Unternehmen/Behörden schwer zu verstehen und gehört nicht zum täglichen Handwerkszeug. Die Präventionskette ist eine lebenslauforientierte Gesundheitsstrategie, die darauf abzielt, die Ressourcen und Kompetenzen unterschiedlicher kommunaler Akteur/innen zu bündeln sowie deren Unterstützungsangebote lebensphasenübergreifend aufeinander abzustimmen.

Die Diskussion dazu und der Austausch über ein erfolgversprechendes Format für das Netzwerk haben letztendlich das Netzwerk geformt. Das entstandene gemeinsame Selbstverständnis (gemeinsames

Leitbild) bildet nun die Grundlage für die Arbeit des Netzwerkes. Darin festgehalten sind die Vision, die Arbeitsschwerpunkte sowie die Organisationsstruktur.

Die Struktur

Das Netzwerk setzt sich aus dem Hauptnetzwerk und einer Steuerungsgruppe zusammen. Die Kommune, Fachdienst Gesundheit übernimmt die Gesamtkoordination des Netzwerkes und leitet die Steuerungsgruppe. Seit der Auftaktveranstaltung im November 2014 fanden insgesamt 9 Netzwerktreffen statt. Mitglieder der Steuerungsgruppe werden seit 2015 mit Coachings durch das nexus-Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung aus Berlin (nexus) begleitet. Die Coachings unterstützen dabei, die Arbeit der Akteure/innen auf die Ziele und Zielgruppen auszurichten und Lösungen für die Überwindung von Hindernissen zu finden. Die zielgerichtete Bündelung der Ressourcen der Netzwerkpartner/innen ist grundlegend und soll

besonders sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen unterstützen. In den Treffen tauschen sich die Partner/innen zu aktuellen Informationen und Entwicklungen aus. Außerdem stellen die Akteure/innen ihre Institutionen, Maßnahmen und Projekte vor, damit im Sinne einer Präventionskette Schnittmengen und Lücken gefunden werden. Der Angebotsbestand sowie weitere Netzwerke mit ihren Arbeitsschwerpunkten werden gesammelt. Diese Informationen werden zukünftig im sogenannten „Familienkompass“, einem Informationsportal für die Netzwerkpartner/innen, interessierte Fachkräfte sowie Bürger/innen dargestellt.



Abb. 3 Logo des Portals Familienkompass.info

Im Ergebnis der ersten Netzwerktreffen haben die Netzwerkpartner/innen festgestellt, dass es eine Vielzahl gesundheitsfördernder Angebote in der Region gibt, diese aber wenig be-

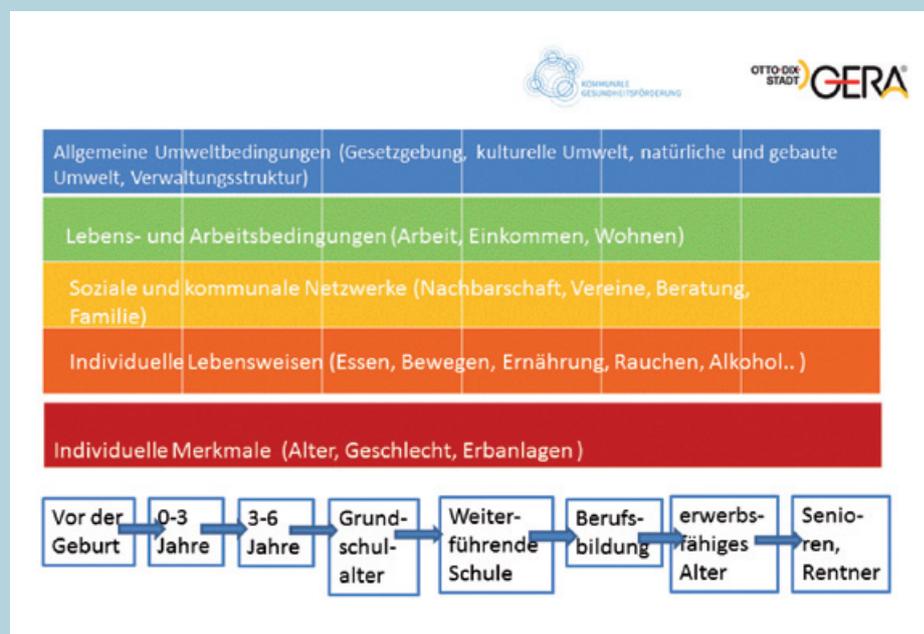


Abb. 2: Netzwerktreffen Mai 2015

Interventionsstrategien: Gesundheitskompetente Strukturen

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

kannt und transparent sind. Dass u. a. dieser Fakt zu einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz bei den zuvor herausgearbeiteten Zielgruppen, Familien mit Kindern und ältere Menschen, führt, war allen Akteur/innen bewusst. Wenn der Zugang für Angebote erschwert ist, werden die Angebote gerade von vulnerablen Zielgruppen nicht genutzt. Deshalb wurden verschiedene Möglichkeiten zwischen Broschüre, App und elektronischem Portal zur übersichtlichen Darstellung der regionalen Akteure und Angebote diskutiert.

Bisher wurden Angebote für Familien mit kleinen Kindern im Portal „Familienprofis-thueringen.de“ veröffentlicht. Der relativ hohen Angebotsdichte von Betreuungsangeboten für Kinder im Vorschulalter steht deshalb eine weniger bekannte Angebotsdichte für Kinder ab dem Schulalter oder Personen im Rentenalter entgegen. Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist es für Familien erforderlich, zuverlässige Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder im Schulalter zu erhalten. Diesem Informationsbedarf kann durch eine Ausweitung des Portals entsprochen werden.

Im Rahmen des Audits „Familien-gerechte Kommune“ konnte die Stadt Gera gemeinsam mit noch 2 weiteren Thüringer Regionen (Altenburger Land, Kyffhäuserkreis) und mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Familiensinn beginnen, ein webbasiertes themen- und altersübergreifendes Informationsportal für Bürger/innen jeder Altersgruppe in Kooperation mit der GEBIT Münster GmbH & Co. KG aufzubauen. In dem themenübergreifenden Wegweiser sollen die Bürger/innen, Familien und beratende Fachkräfte unter den verschiedensten Stichworten ihr passendes Angebot mit den entsprechenden Kontaktdaten finden, so auch Angebote zu gesundheitlichen Themen. Dieser Wegweiser ist eine

Weiterentwicklung des thüringenweiten Wegweisers für junge Familien Familienprofis-thueringen.de.

Mit diesem „Familienkompass“ wollen die Akteure/innen der Stadt Gera, die in verschiedenen Netzwerken zusammenarbeiten, ihre Angebote für Bürgerinnen und Bürger transparent, aktuell und mit den wichtigsten Informationen gemeinsam zur Verfügung stellen. Dieses Umsetzungsprinzip – Kooperation aller Akteure/innen herstellen – war einerseits die Grundlage für die gemeinsame Arbeit im Netzwerk sowie andererseits auch ein Weg zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Region.

Die Datenmasken, das Design, Logo und die Auswahlfelder wurden in mehreren Beratungen einer Steuerungsgruppe mit Mitgliedern aus den 3 beteiligten Thüringer Regionen erarbeitet. In Gera hat des Weiteren eine fachübergreifende Arbeitsgruppe die Themen der Steuerungsgruppe vor- und nachbereitet. Fachkräfte von potentiellen Anbietern/innen, aus der IT und dem Stadtmarketing u. a. waren involviert.

Die Themenfelder im Familienkompass sind vielfältig gewählt, so dass möglichst jede/r Anbieter/in sich und ihre/seine Angebote abbilden kann, z. B. alles rund um die Familie, Kinderbetreuung, Bildung und Lernen, Natur und Umwelt, Freizeit und Feriengänge, Selbsthilfe, Begleitung/Hilfe/Betreuung, Leben mit Behinderung, Austausch/Kontakt, Angebote für ehrenamtliches Engagement, Handwerk/Technik, Gesundheit u. a. Es ist ein einheitliches Erfassungssystem entstanden, dass die Datenerfassung für die Anbieter/innen erleichtert. Die Pflege der Daten übernehmen die Anbieter/innen selbst. Die Anbieter/innen können auf die eigene Webpräsenz verlinken oder Anmelde- und Informationsformulare als Upload zur Verfügung stellen.

Die Angebote können von den Nutzern/innen nach Stichwort, Thema oder Region gesucht und gefunden werden (Freitext- und Schlagwortsuche).

Die Qualitätskontrolle erfolgt über Auditoren/innen der Stadtverwaltung, die die erstellten Angebote zur Kenntnis nehmen, die Anbieter/innen ggf. auf notwendige Ergänzungen hinweisen und dann das Angebot freigeben.

Die Bereitstellung des Angebots in dem Portal ist für die Anbieter/innen und Nutzer/innen kostenlos. Das Portal kann grundsätzlich die vorhandene Angebotsvielfalt abbilden und ist über PC, Smartphone oder Notebook nutzbar und soll voraussichtlich ab dem 4. Quartal 2019 ans Netz gehen.

Zuvor sind die Anbieter/innen für die Eingabe ihrer Daten (auch) in diesem Portal zu gewinnen und Schulungen für die Eingabe durchzuführen. Mit diesem Portal wird die Vernetzung von verschiedenen Handlungsfeldern und Akteuren/innen unterstützt und die Übersicht über ressort- und altersgruppenübergreifende Prävention erleichtert.

Mit dem Familienkompass wollen wir den Überblick über die Angebote erhalten, Angebotslücken oder auch Doppellungen erkennen.

Da der „Familienkompass“ grundsätzlich überregional ist, besteht auch für andere Thüringer Regionen, Städte oder Landkreise die Möglichkeit, bei Bedarf dieses Instrument zu nutzen, um ihre regionalen Angebote für alle Altersgruppen zukünftig transparent zu veröffentlichen. Die Vorarbeit durch die drei beteiligten Kommunen ist geleistet.

Beteiligung – Partizipation der Zielgruppe

Neben dem Informationsaustausch und der Sammlung vorhandener

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

gesundheitsfördernder Angebote, Programme und Netzwerke haben sich die Netzwerkpartner/innen im „Netzwerk Gesunde Kommune“ über Beteiligungsverfahren informiert und deren praktische Anwendung diskutiert. Um den Einblick in die vielfältigen Methoden der Beteiligungsverfahren zu erlangen, wurden Workshops durchgeführt. Anhand von zwei im Netzwerk erarbeiteten Vorhaben wurde „Bürgerbeteiligung“ in Unterarbeitsgruppen strategisch vorgedacht. In Begleitung von Frau Dr. Birgit Böhm (nexus) wurde je ein Konzept für ein partizipatives Angebot erarbeitet. Ziel war es, gemeinsam Wege zu finden, wie verschiedene Zielgruppen an der Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten beteiligt werden können. Dabei sind ein „Angebot zur Familienbildung“ sowie eine „Lotsenstelle“ für sozial benachteiligte ältere Menschen und deren Angehörige entstanden. Das Vorhaben Bürgerbeteiligung in Gera wurde von der BZgA unterstützt.



Workshop Beteiligungsverfahren im November 2016



Abb. 4 Logo der Veranstaltungsreihe ElternPlus für löwenstarke Familien



Die Idee, ein niedrigschwelliges Angebot für sozial benachteiligte Familien zur Stärkung von deren Gesundheitskompetenzen zu schaffen, wurde von der AOK PLUS- die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen (AOK Plus), ebenfalls Akteur im „Netzwerk Gesunde Kommune“, initiiert. Nachdem Bedarf und Nutzen eines solchen Angebotes im Netzwerk abgestimmt wurden, unterstützten die Partner/innen seit 2016 dessen Entwicklung. Sie sammelten Vorschläge zum Titel des Angebotes sowie mögliche Themen und entsprechende Referenten/innen für die inhaltliche Gestaltung. Bei der Auswahl der Themen wurde auf das Wissen und die Erfahrungen der Netzwerkpartner/innen zurückgegriffen, um besonders die Bedarfe der Familien zu decken. Das Angebot hat den Anspruch, die Familien niedrigschwellig in ihren Lebenswelten zu erreichen. Daher wurden für die Umsetzung Einrichtungen in den Sozialräumen ausgewählt. Alle ausgewählten Einrichtungen sind aktive Mitglieder im „Netzwerk Gesunde Kommune“. Um das Konzept mit den betreffenden Fachkräften zu reflektieren und die einzelnen Schritte der Durchführung zu planen, fand im Januar 2017 eine von der AGETHUR moderierte Fokusgruppe statt.

Das entstandene niedrigschwellig, partizipativ gestaltete Angebot „ElternPlus-für löwenstarke Familien“ (der Löwe ist das Wappentier der Stadt Gera) bietet nun jungen Familien die Möglichkeit, sich zum Thema „Gesundheit“ in gemütlicher Atmosphäre auszutauschen. Das Angebot ist alltagsnah an bereits erfolgreich bestehende gut besuchte Treffen bzw. Veranstaltungen (z. B. Elternfrühstück, Elterncafé, Krabbelgruppe) angegliedert.

Das

- Kinder- und Familienzentrum Jumpers e. V., Gera- Lusan,
 - das Familienzentrum vom Schlupfwinkel und Sorgentelefon Gera e. V. in Bieblach- Ost,
 - das Frauenfreizeitzentrum des SOS Kinderdorf e. V. im Geraer Stadtzentrum und
 - der Aktiv-Treff, eine Kooperation zwischen TAG-Wohnen und Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Regionalverband Ostthüringen
- bieten nunmehr im 3. Jahr in Folge diese Veranstaltungen für junge Familien an. Alle Akteur/innen arbeiten regelmäßig im Netzwerk Gesunde Kommune Gera aktiv mit.

Der Erfahrungsaustausch zwischen den Eltern wird um fachliche Anre-

Interventionsstrategien: Gesundheitskompetente Strukturen

Netzwerk Gesunde Kommune Gera

gungen und Tipps der Referenten/innen ergänzt. Regelmäßig werden die Eltern zu Themenwünschen befragt und somit an der Gestaltung der Treffen beteiligt. Ebenfalls können die Eltern mit Smileys ein Feedback zur Veranstaltung geben und die nächste Veranstaltung inhaltlich mit planen.

Jährlich werden ca. 16-20 Veranstaltungen in 4 verschiedenen Einrichtungen angeboten. Seit 2017 nahmen ca. 350 Teilnehmer/innen das Angebot wahr, davon waren z. B. 1/3 der Teilnehmer/innen alleinstehend oder 1/3 waren von Arbeitslosigkeit betroffen. Besonders gefragt waren Themen zur seelischen Gesundheit von Kindern und Eltern, zur gesunden Ernährung und Bewegung oder zur Unfallverhütung. Aber auch die Mundgesundheit, Kinderkrankheiten oder Fragen zum Sprechen lernen wurden in den Veranstaltungen besprochen.

Dieses Angebot ist ein Projekt der Gesundheitspartnerschaft zwischen der Stadt Gera und der AOK Plus. Mit diesem Angebot macht die Kommune gemeinsam mit Netzwerkpartnern/innen ein wohnortnah gut erreichbares Angebot zur Verbesserung der Gesundheitsinformation.

Zusammenfassung

Die Netzwerkarbeit ist sowohl die Grundlage als auch das Ergebnis einer integrierten gesamtstädtischen Strategie. Die Kooperation aller gesundheitsfördernden Akteure ist ein wesentliches Instrument zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Region. Gesundheitsförderung ist ein Querschnittsthema und dieser Prozess findet in verschiedenen Settings und auf Ebenen mit unterschiedlicher Verantwortung in der Region statt. Aufgabe der Netzwerk-

arbeit ist es dabei, die handelnden Akteure/innen miteinander in das Gespräch zu bringen und für ein fachübergreifendes Handeln für gemeinsame gesundheitsfördernde Ziele zu überzeugen. Dafür braucht es vor allem personelle Ressourcen, braucht es eine/n verantwortliche/n verlässliche/n kommunale/n Ansprechpartner/in für die Koordinierung, der/die selbst regional und überregional vernetzt ist. Im Ergebnis wird sowohl die Gesundheitskompetenz der handelnden Fachkräfte in allen Lebenswelten als auch die der jeweiligen Zielgruppe gestärkt. ■

Monika Jorzik

Kontakt:
Fachdienstleiterin Gesundheit
Stadt Gera
E-Mail: gesundheitsfoerderung@gera.de
Tel.: 0365 838 3500



Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für Spezifische Zielgruppen

Kompetent als Patient

Kompetent als Patient – eine Kursreihe der Techniker Krankenkasse

1. Hintergrund der Kursreihe

Immer mehr Patienten wünschen sich, gemeinsam mit ihrem Arzt zu entscheiden, ob sie bestimmte Untersuchungen oder Therapien durchführen. Sie möchten auf Augenhöhe kommunizieren und partnerschaftlich begleitet werden, wenn es um ihre Gesundheit geht.

Darüber hinaus ist der Markt an individuellen Gesundheitsleistungen, die der Patient selbst zahlen muss, gewachsen. Folglich müssen Patienten immer häufiger alleine abwägen, ob sie eine bestimmte Leistung in Anspruch nehmen oder nicht. Auch hierfür ist ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz notwendig. Umfragen haben wiederholt belegt, dass das Informationsbedürfnis auf Seiten der Patienten hoch ist: Laut einer Forsa-Befragung im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2017 bitten 99 Prozent der Befragten im Falle einer Erkrankung ihren Arzt, sie ausführlich über die Untersuchungsergebnisse und die Diagnose zu informieren. 98 Prozent möchten über die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Darüber hinaus teilen sie ihrem Arzt alle Fragen und Bedenken mit und erwarten, dass er darauf eingeht. 84 Prozent der Befragten informieren sich vor einer Entscheidung außerdem noch anderweitig.

Um ihre Versicherten auf dem Weg durch das Gesundheitswesen zu begleiten und ihnen Orientierungshilfen für selbstbestimmte Entscheidungen anzubieten, hat die Techniker Krankenkasse bereits im Jahr 2009 die Kursreihe „Kompetent als Patient“ ins Leben gerufen. Die Kursreihe



dient dazu, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu verbessern.

Rechtliche Basis ist hierbei § 1 Satz 2 und 3 des SGB V:

§ 1 SGB V – Solidarität und Eigenverantwortung. Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

2. Wissensvermittlungsformate

Die Kursreihe gibt es in drei verschiedenen Formaten: Präsenzkurs, Webinar und Onlinekurs. Auch auf der Webseite der TK (www.tk.de) sind umfangreiche Texte zum Thema „Kompetent als Patient“ enthalten.

Präsenzkurs

Der Kurs besteht aktuell aus zwei jeweils ca. 3-stündigen Themenkomplexen:

- Arztgespräche erfolgreich führen
- Gesundheitsinformationen finden und bewerten

Die Präsenzkurse werden an verschiedenen Standorten innerhalb Deutschlands angeboten. Zu jedem Kurs gibt es eine Broschüre, welche die Kursinhalte anschaulich erklärt. In den Präsenzkursen vor Ort werden Expertenvorträge durch viele praktische Übungen ergänzt, um das erworbene Wissen zu vertiefen und den Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander zu fördern.

Dadurch, dass die Teilnehmerzahl auf 20 begrenzt ist, ergibt sich ein intensiver Dialog zwischen Teilnehmenden und der Kursleitung. Durch

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für Spezifische Zielgruppen

Kompetent als Patient

den Erfahrungsaustausch sowie die Diskussionsrunden und vor allem durch die vielen praktischen Übungen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Lernerfolg sichern. Umfangreiche Materialrunden das Angebot ab.

Webinar

Für Interessierte, die das Training lieber ortsunabhängig durchführen wollen, bietet die TK auch computergestützte Webinare an, bei denen sich mehrere Teilnehmer gleichzeitig online vernetzen. Für die so genannten Webinare wie auch die Präsenzkurse müssen sich Interessierte vorab anmelden.

Speziell ausgebildete Kursleiter

Die jeweiligen Kursleiter der Präsenzkurse und Webinare haben grundlegende Kenntnisse über das deutsche Sozialversicherungssystem sowie aktuelle Grundkenntnisse der gesetzlichen Krankenversicherung vorzuhalten. Des Weiteren sind methodische Kenntnisse und Moderationserfahrungen zur laienverständlichen Inhaltsvermittlung notwendig. Hinzu kommen berufliche Erfahrungen aus der Arbeit mit Patienten, die

insbesondere die laienverständliche Vermittlung der Kursinhalte befördern.

Onlinekurs

Die Onlinekurse richten sich an Personen, die sich eigenständig informieren möchten. Die Gestaltung des Onlinekurses war eine große Herausforderung. Im Vorwege hat die TK eine Marktforschungsstudie mit insgesamt 30 Teilnehmern durchgeführt, um daraus Erkenntnisse für die Umsetzung zu erhalten.

Aus der Studie ging hervor, dass Arzt-Patienten-Gespräche keine „klassischen“ Alltagssituationen sind. Sie erfordern ein hohes Maß an Reflexion und als Patient muss man sich aktiv mit dieser Situation auseinandersetzen.

Krankheit ist ein sensibles Thema. Deshalb sind beide Seiten verleitet, lieber „Schuldzuweisung“ zu tätigen, als sich mit den eigenen Unzulänglichkeiten auseinanderzusetzen. Reflexionsprozesse sind unbequem, stoßen gerade bei Patienten auf Gegenwehr, weil damit eine Eigen- oder Mitverantwortung am Genesungsverlauf verbunden ist.

Gleichzeitig ist das Bild des „Halbgotts in Weiß“ inzwischen überholt. Das bedeutet aber auch, dass Patienten die Sicherheit gebende Instanz verlorengelassen. Daher ist es so bedeutsam, wenn Patienten in einem Rollentausch die Herausforderungen der Ärzte erkennen und umgekehrt sich Ärzte auf die Rolle als Patient einlassen. Der Rollentausch schafft Identifikation mit der anderen Seite und damit eine vertrauensvolle Grundlage für die Kommunikation. Sind Gesprächspartner für diesen Zusammenhang sensibilisiert, dann liegt darin die Motivation, sich genauer mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Herausforderung bei der Konzeption einer Onlineschulung ist, einen langwierigen, teilweise schmerzhaften Prozess in kürzester Zeit abzubilden.

Mit dem Onlinekurs unter <https://arztgespraeche.tk.de/#/public/kompetent-als-patient> hat die TK ein niederschwelliges Angebot in Form von Info-Texten, Check-Listen, Videos und Quiz-Spielen geschaffen, das auch Versicherten anderer Krankenkassen kostenfrei zur Verfügung steht.

3. Die Kursinhalte

Arztgespräche erfolgreich führen

Im Kurs „Arztgespräche erfolgreich führen“ zeigen die Kursleiterinnen und Kursleiter praxisnah und anhand anschaulicher Beispiele, wie der Arztbesuch erfolgreich wird und wie Patienten bestmöglich betreut und beraten werden. Der Kurs zeigt, wie Gespräche mit dem Arzt am besten vor- und nachbereitet werden und wie Patienten auf Augenhöhe kommunizieren.

Ein wesentlicher Baustein ist die Vorbereitung des Arztbesuches. Eine persönliche Liste hilft, bestens vorbereitet ins Sprechzimmer zu gehen. Dazu zählen Punkte wie:



Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für Spezifische Zielgruppen

Kompetent als Patient

- Anlass des Arztbesuchs und Beschwerden
- Krankengeschichte
- weitere wichtige Punkte wie etwa Medikamente, Krankenhausaufenthalte
- Vorschläge für Fragen, die man dem Arzt stellen könnte.

Ein weiterer Aspekt des Kurses umfasst das „Geheimnis einer erfolgreichen Kommunikation“: Im Sprechzimmer nehmen Arzt und Patient bestimmte Rollen ein.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen sich fragen: Wissen sie genau, was sie tun oder lassen sollen, um den Arzt zu verstehen bzw. um verständlich zu antworten und zu fragen? Das Kommunikationsmodell hilft ihnen dabei, ihre Anliegen klarer zu kommunizieren und das Arztgespräch aktiv mitzugestalten – beispielsweise indem sie dem Arzt eine Rückmeldung geben.

Neben Anregungen zeigen die Kursleiterinnen und Kursleiter praktische Beispiele für einen erfolgreichen Dialog und ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis. Auch gibt es Tipps für schwierige Situationen und wenn das Gespräch einmal nicht so gut läuft.

Ziel ist es, dass Arzt und Patient nach dem Informationsaustausch eine Entscheidung treffen, mit der sich beide wohl fühlen. Um sich gegenseitig Wertschätzung signalisieren zu können, üben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den so genannten Perspektivwechsel, sie sollen sich in die Rolle des Arztes hineinversetzen.

Danach lernen sie, das Arztgespräch zu prüfen:

- Wurden alle Fragen zur Zufriedenheit beantwortet?
- Wissen sie genau, was nun getan werden soll?
- Haben sie ihre Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten verstanden?
- Kennen sie alle Vor- und Nachteile einer geplanten Untersuchung, Diagnose oder Behandlung?

Informationen über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Patientenrechte sowie weiterführende Links und Serviceleistungen der TK runden das Themenfeld ab.

Im Laufe des Kurses werden Checklisten, Entscheidungshilfen sowie Selbsttests eingesetzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können ihre Vorkenntnisse testen, persönliche Fragen stellen und eigene Erfahrungen in die Diskussion einbringen.

Gesundheitsinformationen

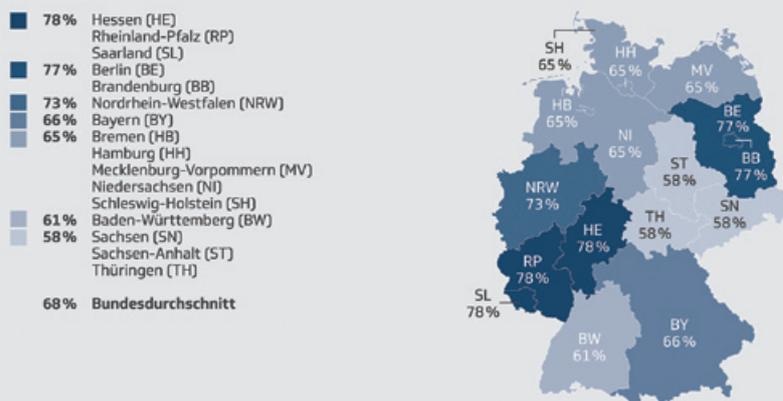
Ständig und überall begegnen uns Gesundheitsinformationen.

Wie eine Untersuchung der TK bestätigt, zählt vor allem das Internet als wichtige Informationsquelle, wenn es um das Thema Gesundheit geht.

Alleine in Deutschland gibt es mehr als 750.000 medizinische Internetseiten. Verständlich, dass es vielen Nutzern schwerfällt, seriöse Quellen im Netz zu erkennen.

Internet ist wichtige Informationsquelle, wenn es um Gesundheit geht

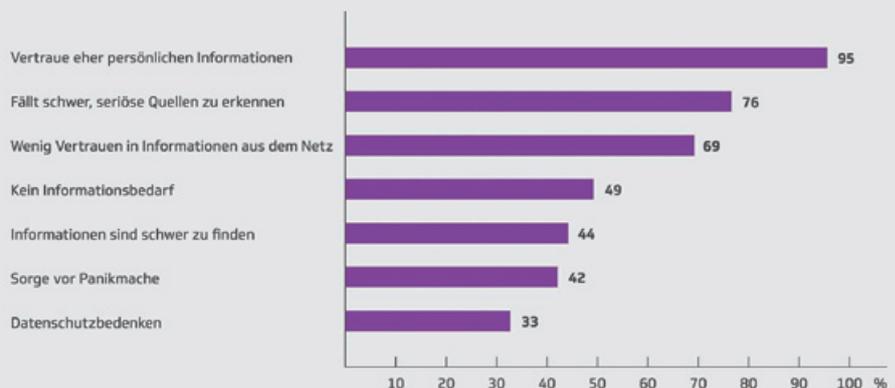
Anteil der Befragten, der das Netz als Quelle für Gesundheitsinformationen wichtig oder sehr wichtig findet, nach Regionen



Quelle: Homo Digitalis, TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz

Vertrauen und Transparenz in Online-Informationen fehlen

Gründe, warum das Netz nicht für Gesundheitsinformationen genutzt wird



Grafik/Quelle: Homo Digitalis – TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz 2018

Mehrfachnennungen möglich; Basis: Befragte, für die das Internet bei Gesundheitsthemen weniger wichtig/unwichtig ist

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für Spezifische Zielgruppen

Kompetent als Patient

Mit Gesundheitsinformationen sicher umzugehen und sie als wichtige Entscheidungsgrundlage zu nutzen, das wünschen sich viele Menschen.

Doch woran können sie erkennen, ob es sich hierbei um seriöse Informationsangebote handelt? Antworten auf diese Fragen erhalten sie im Kurs „Gesundheitsinformationen“.

Die Kursleiter vermitteln zum Beispiel, wie man medizinische Fachbegriffe, Zahlen oder Studienergebnisse richtig einordnet. Es werden Fragen beantwortet wie: Was ist eine verlässliche und aussagekräftige Gesundheitsinformation? Welche Qualitätskriterien gibt es? Oder: Wie sind Zahlen und Statistiken richtig zu verstehen?

Egal ob aus dem Internet, aus einer Zeitschrift, TV-Sendung oder aus einem Buch: Leserinnen und Leser sollen erkennen können, ob es sich um seriöse Gesundheitsinformationen handelt.

Dazu werden die häufigsten medizinischen Grundbegriffe laienverständlich übersetzt. Was bedeutet zum Beispiel Anamnese, Symptom oder Inzidenz? Welche Suffixe und Präfixe werden in der Medizin verwendet und was bedeuten sie, beispielsweise Hyper-, Inter- oder -itis und -ektomie?

Praktisch üben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch, wie sie Informationen auf Vertrauenswürdigkeit und Aussagekraft prüfen können.

Eine gute Gesundheitsinformation sollte zum Beispiel folgende Anforderungen erfüllen:

- Wahrheitsgehalt
- Aussagekraft
- Glaubwürdigkeit
- Vollständigkeit
- Verständlichkeit
- Relevanz

Sie lernen, was evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind und warum diese bevorzugt werden sollten. Denn evidenzbasierte Gesundheitsinformationen beruhen auf objektiven und wissenschaftlich belegten Aussagen zu Erkrankungen und deren Untersuchungs- und Behandlungsmög-

lichkeiten. Sie berücksichtigen die zum Zeitpunkt der Erstellung vorhandenen besten und aussagekräftigsten Daten zu den untersuchten Themen und die Bedürfnisse betroffener Patienten.

Um sicherstellen zu können, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Gesundheitsinformationen erkennen können, die auf guten wissenschaftlichen Studien beruhen, beschäftigt sich der Kurs auch mit der Frage: Welche Anforderungen muss eine Studie erfüllen, um eine hohe Aussagekraft zu bekommen?

Dazu wird vermittelt, wie sich anhand wissenschaftlicher Studien sowohl der Nutzen als auch das Risiko medizinischer Behandlungen bewerten lässt. Gibt es zum Beispiel eine eindeutige Kausalität zwischen einer Therapie und dem beobachteten Heilungseffekt?

Auch die Auswahl der Studienteilnehmer sowie mögliche Interessen der Autoren oder Förderer von Studien lassen erkennen, wie aussagekräftig oder glaubwürdig eine Studie ist. Welche Quellen kann ich finden und wer steckt hinter den Aussagen? Ist die Quelle verlässlich und seriös? Ist die Information außerdem aktuell? Vorsicht ist geboten, wenn

- Markennamen genannt werden, z. B. für Medikamente,
- Werbung nicht klar vom Inhalt getrennt ist,
- die Informationen reißerisch verfasst sind,
- nur eine Behandlungsmöglichkeit genannt wird oder
- Angaben zu Risiken und Nebenwirkungen fehlen.

Wie Patientinnen und Patienten die Ergebnisse medizinischer Tests und deren Ergebnisse verstehen lernen, einen Beipackzettel richtig lesen und Qualitätskriterien von Gesundheits-Apps erkennen können, sind weitere Bausteine des Kurses.

Eine Liste mit seriösen Internetquellen für Gesundheitsinformationen hilft den Teilnehmerinnen und Teilneh-

mern, sich weiterführend mit dem Thema „Gesundheit“ zu beschäftigen.

4. Positive Resonanz

Nach einer Befragung unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kursreihe im Jahr 2018 sind zwei Drittel mit der Kursreihe „Kompetent als Patient“ voll und ganz zufrieden. Mehr als 90 Prozent haben nach eigener Aussage sehr viel für sie Wichtiges erfahren und bestätigten, dass ihnen die Kurse sehr weitergeholfen haben. 98 Prozent waren der Meinung, dass alle Inhalte sehr verständlich erklärt wurden. 81 Prozent fanden die Übungen geeignet, um das theoretische Wissen zu vertiefen. Auch die Freundlichkeit und Fachkompetenz der Kursleiterinnen und Kursleiter wurden von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr gelobt.

Generell sind mehr als 80 Prozent der Teilnehmer älter als 56 Jahre. Sowohl Frauen als auch Männer nehmen den Kurs wahr. Im Jahr 2018 lagen der Frauenanteil bei 53 und der Männeranteil bei 47 Prozent. ■

Annika Landgrebe

Kontakt:
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Thüringen
Tel: 0361 / 54 21 - 421
Mail: lv-thueringen@tk.de



Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern



Gesundheitskompetenz für Kinder: Das Projekt „Ich kenn mich aus“

Linus und Paul, 6 Jahre, gehen gerne zu ihrer Kinder- und Jugendärztin, auch wenn sie krank sind. Sie erklärt ihnen immer alles Wichtige zu ihrer Krankheit und am Ende gibt es für mutige Patienten ein buntes Pflaster oder eine kleine Spielfigur. Karim ist 8 Jahre und seit drei Monaten in Deutschland. Seit Tagen hat er Bauchschmerzen und nun auch Fieber, aber er sagt nichts, weil er Angst hat, einen Arzt zu besuchen. Er und seine Familie sprechen noch kein Deutsch und brauchen einen Dolmetscher, den sie nicht kennen. Karim mag Fremden nichts von sich erzählen und sich nicht vor ihnen ausziehen. Lina ist 10 Jahre alt, kann nicht gut reden und sich konzentrieren. Ihre Ärztin im Sozialpädiatrischen Zentrum kennt sie gut. Doch nun hat Lina Ohrenscherzen und bekommt kaum Luft. Sie geht

Materialien für den Unterricht



Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

mit ihrer Mutter in die Notfallpraxis und wird von einem fremden Arzt untersucht. Sie kann nicht sagen, ob die Schmerzen stechend, klopfend oder dumpf sind. Ihr fehlen die Worte. Und sie hat Angst vor dem Gerät, mit dem der Arzt in die Ohren schaut. Sie weiß nicht, ob er noch tiefer ins Ohr geht. Sie weint aus Angst und wehrt sich. Alle Kinder sind in der gleichen Situation, doch ihre Voraussetzungen, die Situation einzuschätzen und sich in ihr sprachlich angemessen auszudrücken, sind unterschiedlich. Oft ist der Gang zum Arzt (auch für Erwachsene) mit Ängsten verbunden. Gründe dafür sind die Unkenntnis über den eigenen Körper und das Krankheitsgeschehen, das Gefühl, ausgeliefert zu sein, fehlende oder Fehlinformationen über Untersuchungen und Abläufe, Einschüchterung durch Kommunikationsansprüche, Geräte und Räumlichkeiten.

Gerade für Kinder, die aufgrund von sprachlichen und/oder kognitiven Einschränkungen mehr Zeit benötigen, um sich auf unbekannte (Untersuchungs-) Situationen einzustellen, ist es hilfreich, Untersuchungsabläufe im Vorfeld einer akuten Erkrankung zu kennen, zu verstehen und sie sprachlich zu durchdringen. Das hilft, Ängste im Krankheitsfall abzubauen, Hilfe früher in Anspruch zu nehmen, es fördert die Selbstständigkeit und das Erleben von Autonomie und führt langfristig zu einer Stärkung der Gesamtpersönlichkeit. Mit dem Projekt „Ich kenn mich aus“ wollen die Ärztekammer Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg Kindern eine bessere Orientierung im Gesundheitswesen ermöglichen und eine aktive Patientenrolle von Kindern fördern.

Eine Bühne für das Stabpuppen-Spiel

Als Bühne für Rollenspiele mit den Stabpuppen können die Kinder in Partner- oder Gruppenarbeit eine **Arztpraxis im Schuhkarton** erstellen.

Dafür braucht es nicht mehr als einen Schuhkarton, Verpackungsreste, Papier, Schere, Kleber und Stifte. Das Vorhaben kann im Laufe der Unterrichtsreihe in längeren und kürzeren Sequenzen verfolgt werden und bietet Kindern auf nahezu allen Leistungsniveaus Möglichkeiten zur aktiven, kreativen Teilhabe. Ein intensiver und vertiefender Austausch über die Unterrichtsinhalte wird gefördert.

Zur Ausstattung der Praxis gibt es

- Vorlagen für medizinische Instrumente und Geräte zum Ausschneiden (A26, S. 67).

Hilfestellungen für Rollenspiele bieten die

- Impulskarten für Rollenspiele (A66–70).

© Ärztekammer Nordrhein/AOK Rheinland/Hamburg

Die Karten schaffen einen Rahmen für szenisches Spiel, indem Zeichnungen rund um den Arztbesuch mit passenden Bausteinen der wörtlichen Rede verknüpft werden.

Die Motive der Impulskarten zeigen

- Mika krank im Bett,
- den Empfang in der Arztpraxis,
- eine Situation im Wartezimmer,
- die Untersuchung mit dem Stethoskop und
- Mika in der Apotheke.



Beim Arzt – Bei der Kinder- und Jugendärztin

- **Warum suchen Menschen eine Ärztin/einen Arzt auf?**
- **Was passiert vor, während und nach dem Praxisbesuch?**

Das Unterkapitel „Bei der Kinder- und Jugendärztin“ greift die farbigen Situationskarten in der Box auf, die Fotomotive rund um den Arztbesuch zeigen. Veranschaulicht werden Räume, Personen, medizinische Instrumente und Geräte, Handlungen und Abläufe in einer Arztpraxis vom Empfang bis zum Rezept, Anlässe für einen Arztbesuch und der Besuch in einer Apotheke. Die Motive der farbigen Karten finden sich in schwarz-weiß auf den Arbeitsvorlagen des Kapitels: in der Übersicht, auf den Situationskarten und Arbeitsblättern.

Die Situationskarten sind ein zentrales Medium für die Unterrichtsgestaltung. Sie eignen sich als Gesprächsanlass, ermöglichen Betrachtungen und Entdeckungen und finden

Verwendung im Rahmen von Such-, Sortier- und Gestaltungsaufgaben, Übungen und Spielen.

Zu jeder Situationskarte gibt es eine passende Wortkarte. Die Wortkarten zeigen jeweils drei Kategorien:

- △ = Wort
- = Satz
- = Baustein wörtlicher Rede

In Kombination mit den Situationskarten bilden sie die Basis für vielfältige spielerische Übungen zum Aufbau des Wortschatzes, zur Förderung des Hörverstehens, der Sprechfertigkeit und des Lesens.

Anregungen für den Unterricht finden sich unter dem Punkt „Zum Einsatz der Situations- und Wortkarten“ (A5, S. 37–39).

Ergänzungsmaterial zur Themenmappe „Menschlicher Körper/Beim Arzt“ im Rahmen des Programms *Gesund macht Schule*

Daten zur Gesundheitskompetenz und zum Hintergrund

Health Literacy, in Deutschland grob mit dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ umschrieben, spielt in der Gesundheitsförderung von Menschen eine immer wichtigere Rolle und kann unter anderem als die Fähigkeit definiert werden, Ressourcen einzusetzen, um im Lebensalltag gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und gesunde Lebensstile zu führen. Health Literacy wird unter Public Health-Gesichtspunkten heute als wichtige soziale Gesundheits-

determinante verstanden, um sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Bislang wird das Health Literacy-Konzept vor allem auf Erwachsene und Organisationen angewandt. Mehr als die Hälfte der Deutschen fühlt sich laut einer repräsentativen Studie¹ der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2016 von der Informationsflut zu Gesundheitsthemen überfordert. Demnach weisen rund 44 Prozent der Deutschen eine eingeschränkte und weitere zehn Prozent sogar eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Menschen mit

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

eingeschränkter oder unzureichender Gesundheitskompetenz wissen häufig nicht, wohin sie sich mit gesundheitlichen Problemen wenden sollen. Sie werden häufiger im Krankenhaus behandelt und nehmen häufiger den ärztlichen Notdienst in Anspruch. Und, so die Studie: Sie befinden sich subjektiv häufiger in einem schlechten Gesundheitszustand und leiden häufiger unter chronischen Krankheiten oder Gesundheitsstörungen.

Die Erforschung der Health Literacy in der Gesundheitssozialisation in der Kindheits- und Jugendphase ist noch jung. Gerade in den frühen Lebensphasen werden wesentliche Grundsteine für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die gesunde Entwicklung gelegt. Je jünger die Kinder sind, desto stärker sind ihre unmittelbaren Bezugspersonen, in erster Linie die Eltern, aber auch Bildungsinstitutionen angesprochen, die Heranwachsenden zu gesundheitsverträglichen Verhaltensweisen und Alltagspraktiken zu motivieren. Bei den Jugendlichen ist die Gesundheitskompetenz von der Bildung der Eltern und dem familiären Wohlstand, vor allem aber ihrer eigenen Bildung abhängig. Der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Grund-, Haupt- und Förderschulen kommt daher eine hohe Bedeutung zu, wobei es wichtig erscheint, den hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen mit geringer Literalität zu berücksichtigen, der durch die Fluchtbewegungen in den vergangenen zwei Jahren stark angestiegen ist.

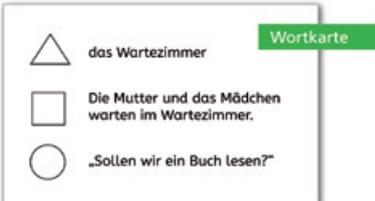
Im Rahmen der KIGGS-Studie konnte belegt werden, dass Kinder aus statusniedrigen Familien und mit Migrationsstatus deutlich weniger an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen (Kamtsiuris et al. 2007), sich weniger sportlich betätigen und dass Adipositas bei ihnen besonders



Situationskarten



	Inhalt	
A4	Übersicht: Bei der Ärztin	36
A5.1–A5.3	Zum Einsatz der Situations- und Wortkarten	37–39
A6.1–A6.2	Situationskarten: Bei der Ärztin	40–41
A7.1–A7.2	Wortkarten: Bei der Ärztin	42–43
A8	Wortkarten – Blankovorlage	44
A9–A11	Arbeitsblätter: Bei der Ärztin (Diff 1–3)	45–47
A12	Orientierungsblatt: Bei der Ärztin	48
A13–A16	Arbeitsblätter: Meine Geschichte	49–52
A17	Arbeitsblatt: Meine Geschichte – Blankovorlage	53



Wortkarte

© Ärztekammer Nordrhein/AOK Rheinland/Hamburg

häufig ist². Aufgeschlüsselte Zahlen der KIGGS Studie lassen erkennen, dass Familien mit hohem Sozialstatus bis zur U8 konstant hohe Teilnehmeraten zwischen 92 Prozent und 97 Prozent aufweisen und auch bei der U9 zu 89,6 Prozent das Angebot zur Vorsorge wahrnehmen. Demgegenüber nimmt die Inanspruchnahme bei niedrigem Sozialstatus ausgehend von 90,7 Prozent bei den nachfolgenden U-Untersuchungen kontinuierlich ab. Damit liegt die Teilnahmequote der U9 bei Familien mit niedrigem Sozialstatus mit mehr als 10 Prozent unterhalb der Quote der Familien mit hohem Sozialstatus. Noch größere Unterschiede stellen sich bei der Differenzierung nach Migrationsstatus dar. Die U9 wird in dieser Gruppe lediglich von 67,9 Prozent wahrgenommen. 14 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar noch nie an einer Früherkennungsuntersuchung (U3-U9) teilgenommen. Nur gut ein Drittel der Jugendlichen nimmt die J1- Jugendgesundheitsuntersuchung in Anspruch; besonders selten wird sie von Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie von Jugendlichen mit älteren Geschwistern oder mit alleinerziehendem Elternteil genutzt.

Die gesundheitliche Versorgung ist in vielen Bereichen noch nicht ausreichend auf die besondere Situation und den Bedarf von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet. Dies kann unterschiedliche, teils schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. Das Spektrum möglicher Probleme reicht von Zugangshürden bei Präventionsmaßnahmen über die unzureichende Kommunikation in Entscheidungssituationen bis hin zur fehlerhaften Interpretation und diagnostischen Einordnung von Krankheitssymptomen. Um einen gleichberechtigten Zugang von Menschen mit und ohne Behinderungen zum Gesundheitssystem sicherzustellen, müssen Kommunikationshürden auf allen Ebenen abgebaut werden. Gerade bei den Früherkennungsuntersuchungen, die eine Entscheidungsgrundlage für Förderbedarf und weitere Hilfen darstellen, ist eine gute Kommunikation besonders wichtig.

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 sowie J1 stellen einen wichtigen Baustein zur gesunden kindlichen Entwicklung von Kindern dar. Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen in einem

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

möglichst frühen Stadium zu erkennen, um möglichst rasch eine Therapie oder Fördermaßnahme einleiten zu können. So besteht die Chance, betroffene Kinder vor unerwünschten langfristigen Folgen für eine gesunde und altersgemäße Entwicklung zu bewahren. Um einen gesunden Start in unterschiedlichen sozialen Umfeldern, aber natürlich auch in Kindergärten und Schulen ebnen zu können, ist die Sprach- und Sprechfähigkeit beispielhaft von besonderer Bedeutung. Bei der U9, die am schlechtesten frequentierte Früherkennungsuntersuchung, beurteilt der Kinder- und Jugendarzt sowohl das Sprachvermögen und Sozialverhalten als auch die Intelligenz des Kindes. Zeigt das Kind Entwicklungsverzögerungen, klärt der Kinder- und Jugendarzt die Eltern über therapeutische Fördermaßnahmen auf. Aus dem AOK Heilmittelbericht 2012³ wird deutlich, dass der Schuleintritt heute bei vielen Kindern nur noch mit therapeutischer Unterstützung bewältigt wird: Beispielsweise erhielt jeder fünfte fünfjährige Junge und ein Viertel der Sechsjährigen 2011 eine Sprachtherapie. Von den fünfjährigen Mädchen erhielten 13,2 Prozent eine sprachtherapeutische Maßnahme, bei den sechsjährigen Mädchen stieg dieser Anteil auf 16,8 Prozent. Gut 136.000 AOK-versicherte Fünf- bis Neunjährige benötigten 2011 vorübergehend eine sprachtherapeutische Maßnahme. Im Sinne der Chancengleichheit wäre es wünschenswert, wenn möglichst auch die Kinder von Familien mit niedrigem Sozialstatus und Familien mit Migrationshintergrund die U9, in der die Sprach- und Sprechfähigkeit getestet wird, nutzen würden. Dies gilt auch für die U10, die zurzeit von den meisten Krankenkassen, auch der AOK Rheinland/Hamburg angeboten wird. Gleichzeitig zeigen die Zahlen aus dem AOK Heilmittelbericht 2012 auch die Notwendigkeit

auf, in allen kindlichen Lebenswelten mehr Angebote zur Förderung des Sprachvermögens zu schaffen, dem das Projekt „Ich kenn mich aus“, Rechnung trägt.

Ein Ziel von „Ich kenn mich aus“ ist es, Kindern Abläufe und Chancen der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen kindgerecht verständlich zu machen, ihr Wissen bezüglich der Untersu-

chungsabläufe zu erweitern und ihre Kommunikationsfertigkeiten in diesem Handlungsfeld zielgerichtet auszubauen. Damit verbindet sich die Zielvorstellung, die Kinder durch Aufklärung zu Früherkennungsuntersuchungen wie der J1 zu gewinnen, die diese bislang gar nicht oder nur unvollständig wahrgenommen haben.

Inhalt der „Ich kenn mich aus-Box“ (Unterrichtsmaterial für Lehrkräfte)



- 17 farbige Situationskarten mit Fotomotiven rund um den Arztbesuch
- Begleitheft (vermittelt einen komprimierten Überblick über die Inhalte und Arbeitsvorlagen und dient als Navigationshilfe).
- Unterrichtsmaterial (auf CD und im Download) zu folgenden Themen:
 - 1) Vorsorgeuntersuchungen für Kinder
 - 2) Infektionen und Impfung als weitere Anlässe für einen Arztbesuch
 - 3) Medizinische Instrumente und Geräte, deren Einsatz und Funktion
 - 4) Kommunikationsmuster in der Arztpraxis
 - 5) Darreichungsformen von Medikamenten
 - 6) grundlegende Hygiene
 - 7) gesunde Lebensführung
 - 8) Teile des menschlichen Körpers

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern

Inhaltliche Konzeption des Projekts

„Ich kenn mich aus“ ist ein ergänzendes Kooperationsprojekt der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg. Es bietet Grundschulen eine Hilfestellung an, das Gesundheitswissen zu erhöhen und kommunikative Fähigkeiten und Handlungskompetenzen von Kindern im Kontakt zum Gesundheitswesen zu stärken.

„Ich kenn mich aus“ nutzt die vorhandenen Strukturen und Zugangswege von *Gesund macht Schule*, einem etablierten und evaluierten Settingprogramm, das derzeit an rund 330 Grundschulen im Rheinland, Hamburg und in Sachsen-Anhalt umgesetzt wird.

Leitmotiv ist es, Kindern mit unterschiedlichen Sprach- und Leistungsniveaus durch entsprechend differenzierte Materialien, Sprachübungen und Besuche außerschulischer Lernorte (Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Orte der gesundheitlichen Versorgung) in die Lage zu versetzen, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Befindlichkeiten rund um den eigenen Körper zu formulieren und im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontaktes zielgerichtet einzusetzen.

Die inhaltliche Konzeption des Projektes „Ich kenn mich aus“ im Rahmen von *Gesund macht Schule* sieht folgende Interventionsebenen vor:

1. die Bereitstellung von differenzierten Medien für Kinder der Primarstufe und daher speziell geeignet für inklusiven fächerübergreifenden, sprachförderlichen (Literacy-Aspekt), handlungs- und kompetenzorientierten Gesundheitsunterricht,

2. die Multiplikatorenschulung für Lehrkräfte/Erzieher zur professionellen Nutzung der Materialien,
3. die Multiplikatorenschulung für Patenärztinnen und Patenärzte zum Projektansatz sowie zu Kommunikationsformen, die im Kind-Arzt-Kontakt eingeübt werden sollen,
4. und die Information der Eltern über die Themen des Unterrichts.

Zusätzlich werden die Patenärztinnen und Patenärzte, die die Schulen im Präventionsprogramm *Gesund macht Schule* begleiten, über den Einsatz und die pädagogischen Möglichkeiten des Materials informiert. Mit Hilfe der Patenärztinnen und Patenärzte soll Schulen der Einstieg in das Projekt und die Umsetzung der Themen erleichtert werden. Die zielgruppenspezifischen Materialien von „Ich kenn mich aus“ sind ein modulhaftes Angebot, aus dem die Schulen je nach Klassenzusammensetzung differenziert wählen können. Sie sind ebenfalls geeignet, um Eltern mit Deutsch als Zweitsprache über Themen der Kindergesundheit und Leistungen des Gesundheitswesens adäquat zu informieren.

Der Einsatz der „Ich kenn mich aus-Angebote“ lässt sich flexibel an die jeweiligen Gegebenheiten und Erfahrungen einer Schule anpassen, ermöglicht differenzierte schulspezifische Schwerpunktsetzungen und ist kompatibel zu anderen Gesundheitsprogrammen.

Entstanden sind die Materialien in Kooperation des Ausschusses für Prävention und Gesundheitsförderung der Ärztekammer Nordrhein mit der Stiftung „Ein Quadratkilometer Bildung“ (Wuppertal) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.gesundmachtschule.de.



Kontakt:

Sabine Schindler-Marlow
kommissarische Leiterin Pressestelle/
Stabsstelle Kommunikation
Ärztekammer Nordrhein
E-Mail: Sabine.Schindler-Marlow@aekno.de

- 1 Health Literacy in Deutschland - Erhebung repräsentativer Daten und Entwicklung einer Material- und Methodensammlung für die Beratung, online unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy_Deutschland.html
- 2 Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.] (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
- 3 Wissenschaftliches Institut der AOK (2012): Heilmittelbericht 2012, online unter: www.wido.de/heilmittel_2012.html.

Literatur

- Kamtsiuris, P. et al. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6, S. 836-850.
- Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.] (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2012): Heilmittelbericht 2012, online unter: www.wido.de/heilmittel_2012.html.

Sabine Schindler-Marlow

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Förderung der Gesundheitskompetenz von älteren Erwachsenen in Zeiten des demografischen und digitalen Wandels: Die wissenschaftliche Perspektive am Beispiel des Interventionsprogramms „Fit im Nordwesten“

Die Bevölkerung wandelt sich im Laufe der Zeit, zusätzlich verändern sich die Bedingungen, unter denen wir leben. Eine der Veränderungen, die heutzutage in der Bevölkerung zu beobachten ist und die unser Leben beeinflusst, ist der *demografische Wandel*: Die Menschen werden älter und der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung nimmt zu. Gleichzeitig ist derzeit eine *digitale Transformation* im Gange: In allen Lebensbereichen nehmen Informationstechnologien zu. Sie verändern die Kommunikation und die Interaktion von Menschen und können ihnen das Leben erleichtern, zum Beispiel indem sie Menschen die soziale Teilhabe ermöglichen, auch wenn diese Personen eventuell gesundheitlich eingeschränkt sind. Auf der anderen Seite bringen diese Technologien nicht nur Erleichterungen, sondern auch Herausforderungen mit sich: Unter den älteren und gesundheitlich eingeschränkten Erwachsenen erleben viele Menschen die Nutzung dieser Technologien als schwierig oder gar nicht handhabbar (Paech/Lippke, 2015).

Die Perspektiven dieser Personengruppen werden allerdings bei den derzeitigen technologischen Entwicklungen oftmals nicht ausreichend berücksichtigt. In der Folge sehen wir, dass ältere Menschen eher zurückhaltend gegenüber neuen Technologien sind, in manchen Fällen

sogar abwehrend. Um diesen Herausforderungen zu begegnen und neue Technologien für die alternde Bevölkerung nutzbar zu machen, stellt sich diese Frage: Wie kann der Einsatz dieser Technologien in der alternden Bevölkerung verbessert und damit ihre soziale Teilhabe und Gesundheit gesteigert werden? Ziel dieses Beitrags ist es zunächst, den Begriff der Gesundheitskompetenz zu erläutern und im Anschluss wissenschaftliche Ansätze zur Förderung von Gesundheitskompetenz im Rahmen von theorie- und evidenzbasierten Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität vorzustellen. Dies erfolgt u. a. anhand des Beispiels der Bewegungsförderungsmaßnahme „Fit im Nordwesten Intervention“, die in den Jahren 2015 bis 2018 im PROMOTE-Projekt auf ihre Wirksamkeit untersucht wurde (Muellmann et al., under review; Ratz et al., 2019).

Bei der Beantwortung der oben genannten Frage spielt das Konzept der *Gesundheitskompetenz* (Health Literacy) eine entscheidende Rolle. Sie ist die Schlüsselressource, um mit einer großen Menge an (digital) verfügbaren Informationen umzugehen und diese entsprechend zugunsten der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen. Das Konzept der Gesundheitskompetenz hat in den letzten Jahren immer weiter an Bedeutung gewonnen (Kickbusch et al. 2013; Ownby et. al. 2012). Gesundheitskompetenz beschreibt „den Grad, in dem Menschen in der Lage sind, Informationen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und zu kommunizieren, um sich mit den Anforderungen verschiedener Gesundheitskontexte auseinanderzusetzen, um eine gute Gesundheit über den gesamten Lebenszyklus hinweg zu fördern und zu erhalten“ (Kwan et al., 2006, S. 80; Übersetzung der Autoren). Ein Unteraspekt ist die *digitale Gesundheitskompe-*

tenz. Diese betrifft speziell die Kompetenzen in Bezug auf den Umgang mit digitalen Medien. Diese digitale Gesundheitskompetenz (oder eHealth-Kompetenz) beschreibt also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten und die gewonnenen Erkenntnisse zur Lösung eines Gesundheitsproblems anzuwenden (Norman/Skinner, 2006).

Mittlerweile gibt es zahlreiche Ansätze, wie die Gesundheitskompetenz älterer Erwachsener effektiv gefördert werden kann, insbesondere im Zusammenhang mit mobiler Technologie und dem Internet. Ein Beispiel für solche Ansätze bildet das *IROHLA Projekt* (Paech/Lippke, 2015), das untersucht hat, inwieweit Gesundheitskompetenz zur Förderung gesunden Alterns beitragen kann (vgl. <https://eurohealthnet.eu/ciri/irohla>). IROHLA steht für „Intervention Research on Health Literacy among the Ageing Population“, d. h. Interventionsforschung im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz in der alternden Bevölkerung. An diesem europaweiten Projekt waren Partner und Partnerinnen aus verschiedenen Ländern und Disziplinen – z. B. Psychologie, Public Health und Kommunikationswissenschaft – beteiligt. Die zentrale Annahme in diesem Projekt war, dass auf *individueller Ebene* Faktoren wie *Wissen* (sog. Einstellungen und Handlungsergebniserwartung), *Motivation* (sog. Handlungsziele) und *Selbstwirksamkeit* (der Glaube an die eigene Fähigkeit, ein Ziel trotz Schwierigkeiten zu erreichen) eine wichtige Rolle für die Gesundheitskompetenz spielen und dementsprechend gefördert werden sollten. Faktoren in der *Umgebung* sind beispielsweise das *Gesundheitssystem* und die *soziale Unterstützung*. Neben der Gesundheitskompetenz beeinflussen diese Faktoren zudem

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

auch die Aufnahme oder Aufrechterhaltung von entsprechendem *Gesundheitsverhalten* (Schwarzer, 2008; Schwarzer/Lippke/Luszczynska, 2011). In Bezug auf die Förderung von Gesundheitskompetenz und -verhalten hat die Forschung der letzten Jahre, einschließlich der Ergebnisse des IROHLA-Projekts, gezeigt, dass es besonders darauf ankommt, dass Menschen gezielt und für sie passend unterstützt werden (Hardemann et al., 2019; McEwan et al., 2016; O'Brien et al., 2015). Dies bedeutet, dass die individuellen Voraussetzungen und Bedingungen von Menschen berücksichtigt werden sollten, zum Beispiel indem Programme auf das Alter oder das Geschlecht der jeweiligen Personen speziell zugeschnitten werden. Dies lässt sich ebenso auf die oben genannten Aspekte der Gesundheitskompetenz anwenden: Programme können darauf abgestimmt sein, ob jemand noch nicht motiviert oder hoch *motiviert* ist oder ob er/sie sich *selbstwirksam* und von Freunden, Familie oder Bekannten *unterstützt* fühlt (Langener/Ratz/Lippke, 2018). Dies kann mithilfe digitaler Lösungen realisiert werden, welche im Folgenden beschrieben werden.

Maßgeschneiderte Interventionen mittels Expertensystemen

Eine Maßschneidung auf individuelle Charakteristiken von Personen im Rahmen von digitalen Lösungen braucht ein *Expertensystem* (Lippke/Preißner/Pischke für das AEQUIPA-Konsortium, 2018). Ein Expertensystem ist ein computerisiertes System, bei dem durch Handlungsvorschriften (Algorithmen) ein menschlicher Experte ersetzt wird. Es besteht aus Fragen, Rückmeldungen und Aufgaben für den Nutzer. Die Antworten des Nutzers werden dann als Daten vom Expertensystem weiterverarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt durch die Algorithmen theoriegeleitet und evidenzbasiert – also aufgrund von Regeln, die sich aus Theorien und anderen Datenquellen zusammensetzen. Dadurch lässt sich eine hohe Individualisierung und Personalisierung erreichen. In Interventionsstudien dient ein solches System dazu, soziodemografische Aspekte (z. B. Alter), Motivation, Einstellungen und Verhalten von Menschen zu Beginn zu erfassen und ihnen dann die passenden Interventionsbausteine zuzuweisen. Damit kann die Intervention individualisiert und ihr Verlauf auf

den Nutzer genau abgestimmt gesteuert werden (Noar/Benac/Harris, 2007; Noar et al., 2011). Dadurch wird die Passung für den Einzelnen optimiert und die Effektivität gesteigert (Lustria et al., 2013; Vandelanotte et al., 2016).

Digitale Maßnahmen können auf diese Weise individuell zusammengestellt werden und einen hohen *Individualisierungsgrad* erreichen (Fuchs/Göhner/Seelig, 2007). Damit bieten maßgeschneiderte Interventionen, die über das Internet zur Verfügung gestellt werden, die Möglichkeit für sofortiges („just-in-time“), individuelles Feedback zu verschiedenen zentralen Aspekten der Gesundheitsverhaltensänderung (Hardemann et al., 2019; Hawkins et al., 2008). Durch die Anpassung der Intervention für den Einzelnen wird der Interventionsgegenstand als persönlich relevant wahrgenommen. Dies führt wiederum zu mehr Änderungen des Verhaltens und der hierbei behilflichen „Stellschrauben“ wie Motivation, Einstellungen, Selbstwirksamkeit usw. (de Vries/Kremers/Lippke, 2017).

Dass Maßschneidung sinnvoll ist, ist bereits länger nachgewiesen und wurde anhand der Vorgänger digitaler Interventionen demonstriert: Maßschneiderungen wurden in der letzten Dekade mittels Printmedien und per Telefon erfolgreich durchgeführt (z. B. Eakin et al., 2007; Neville/O'Hara/Milat, 2009; Short et al. 2011). Noch frühere Arbeiten hierzu stammen von Kreuter und Strecher aus dem Jahr 1996. Sie verglichen zwei Interventionsformen, zum einen mit allgemeinem Feedback und zum anderen basierend auf maßgeschneidertem, individuellen Feedback. Die Teilnehmenden in der maßgeschneiderten Interventionsgruppe waren im Vergleich zur ersten Interventionsgruppe eher dazu geneigt, mindestens ein Verhalten zu ändern (bspw. körperli-



Die Autorin, Prof. Dr. Sonia Lippke, am Ball.

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

che Aktivität; vgl. Kreuter/Strecher, 1996, S. 97ff).

Diese Prinzipien lassen sich auf *digitalisierte Interventionsansätze* sehr gut übertragen und dort so realisieren, dass ggf. die Effektivität von solchen maßgeschneiderten Interventionen gesteigert und evtl. eine Kosteneffizienz erreicht wird (Lippke et al., 2018). Wie dies konkret realisiert werden kann, wird im letzten Abschnitt des Kapitels anhand der Entwicklung und Evaluation zweier digitaler Interventionen zur Förderung von Bewegung bei Älteren im Rahmen des PROMOTE-Projekts beschrieben (vgl. Forberger et al., 2017; Muellmann et al., 2017; Meyer et al., 2016).

Digitalisierte Gesundheitskompetenzförderung am Beispiel der Förderung von körperlicher Aktivität

Digitalisierte Gesundheitskompetenzförderung bei älteren Menschen kann die Aufnahme oder Aufrechterhaltung regelmäßiger körperlicher Aktivität auch im fortgeschrittenen Alter als Ziel haben (Meyer et al., 2016). Bisherige Maßnahmen zur Bewegungsförderung zeigen oftmals nur eine eingeschränkte Wirksamkeit (Hardeman et al., 2019; Knittle et al., 2018; Larsen et al., 2018). Ernüchternd ist oft auch eine abnehmende Effektivität sowie Akzeptanz von digitalisierten Bewegungsinterventionen mit zunehmendem Alter der Teilnehmenden (Langener et al., 2018). Ein Grund dafür kann – wie bereits oben erwähnt – sein, dass diese Interventionen die individuelle Situation des Einzelnen nicht ausreichend berücksichtigen.

Entsprechend wissen wir seit einigen Jahren, dass digitalisierte Gesundheitskompetenzförderung (z. B. webbasierte Tagebücher und digitalisierte Bewegungsinterventionen) gezielt

auf Ältere zugeschnitten werden sollten. Indem Angebote auf individuelle Frage- und Problemstellungen älterer Personen eingehen, kann vermieden werden, dass die Teilnehmenden sich mit zunehmendem Alter von der Technologie überfordert fühlen; dies erhöht in Folge auch die Nutzungswahrscheinlichkeit der Angebote.

Zu den *Bedingungen*, auf die insbesondere bei digitalisierten Bewegungsförderungsmaßnahmen für Ältere geachtet werden sollte, zählen zum Beispiel:

- ein größerer Zeitumfang zur Teilnahme, damit Personen die benötigte Zeit gegeben wird, sich mit den Technologien vertraut zu machen,
- eine höhere Service-Orientierung und Betreuung der Teilnehmenden muss gewährleistet werden,
- eine gute Lesbarkeit, um altersbedingten, visuellen Einschränkungen entgegenzuwirken (z. B. durch entsprechend große Schrift und Nutzung von im Alter gut erkennbaren Farben),
- die Verringerung der Komplexität der Bedienoptionen (z. B. mit automatischer, körpernaher Sensorik/Aktivitätstracker sowie durch genügend große Knöpfe und leichte Navigation des digitalen Mediums),
- eine altersgemäße Anpassung der Zielkriterien und deren konkreter Erreichung, z. B. Empfehlungen zum Umfang der körperlichen Aktivität mit Berücksichtigung altersspezifischer Vorgaben, mit dem Wissen, dass im Alter z. B. die Kraft abnimmt,
- die gezielte Einbeziehung und Mobilisierung personaler Ressourcen (familiäres und berufliches Umfeld, vorhandenes soziales Netzwerk).

Eine derartige Individualisierung und Maßschneidung von Gesundheitskompetenzförderung ergibt Sinn:

Programme können dadurch nachhaltiger wirken und auch von den Nutzenden selbst als positiver wahrgenommen werden. Darüber hinaus zeigte eine Studie zu individuellen Präferenzen von Älteren, dass diese Zielgruppe spezielle Wünsche hat: Die Programme sollen keinen großen Aufwand machen, verständlich und technisch unkompliziert sein (Lippke/Kuhlmann, 2013). Auch sollten Gesundheitskompetenzinterventionen *motivierend* sein (Faller/Reusch/Meng, 2011). Das Erleben von Verbesserungen und dass doch Veränderungen möglich sind, können diese nötige motivierende Wirkung haben (Lippke/Kuhlmann, 2013).

Eine Maßschneidung an das bisherige Verhalten kann erfolgen, indem das aktuelle Verhalten der älteren Erwachsenen erfasst wird und ihnen daraufhin aufgezeigt wird, was besser gemacht werden kann. Dies geschieht idealerweise mittels *individueller Rückmeldungen* (z. B. „Neben Ihrem Sport sind Sie täglich durchschnittlich dreimal zwei Minuten körperlich aktiv. Das sind insgesamt sechs Minuten an jeweils sieben Tagen pro Woche, also 42 Minuten. Die allgemeine Empfehlung liegt jedoch bei 150 Minuten pro Woche“; Lippke et al., 2015, S. e225ff; Meyer et al., 2016).

Darüber hinaus können *maßgeschneidert passende Interventionsbausteine* angeboten werden. Beispielweise können Personen unterschiedliche Empfehlungen oder Hilfestellungen erhalten, die abhängig davon sind, wie aktiv sie bereits vor Teilnahme an der Interventionsstudie waren. Älteren Erwachsenen, die zwar zu Sportkursen gehen, aber regelmäßige Aktivität noch nicht in ihren Alltag integrieren, könnte z. B. folgende Empfehlung ausgesprochen werden: „Sie nehmen regelmäßig an Ihren Sportkursen teil, das ist gut. Aber versuchen Sie auch,

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

in Ihrem Alltag aktiver zu sein und immer die Treppe zu nehmen oder mehrere Strecken zu Fuß zu gehen und das Auto stehen zu lassen“ (Lippke et al., 2015, S. e225ff). Solche bedürfnisorientierten, individuellen Ansprachen können nachweislich die Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen erhöhen und so eine Verhaltensänderung und in der Folge positive gesundheitliche Auswirkungen begünstigen (de Vries et al., 2017).

Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz und zielgruppenspezifischen Merkmalen: Erfahrungen aus der Durchführung der Fit im Nordwesten Intervention

Im Rahmen des „PROMOTE“-Projektes im Forschungsnetzwerk AE-QUIPA (vgl. Forberger et al., 2017; Lippke et al., 2018; Meyer et al., 2016; Muellmann et al., 2017) wurden zwei digitale Bewegungsinterventionen entwickelt und mit älteren Menschen im Alter von 65 bis 75 Jahren im Hinblick auf ihre Wirksamkeit getestet. Effekte auf Aktivitätsverhalten und Wohlbefinden sowie körperliche und kognitive Fitness wurden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht, welche zunächst auf der Warteliste stand und das Bewegungsprogramm zwölf Wochen später erhielt. Das heißt, es wurden drei Gruppen verglichen: Teilnehmende in der ersten Gruppe erhielten ein digitales Bewegungstagebuch über einen Link zu einer Webseite, mit dem sie ihre körperliche Aktivität über einen Zeitraum von zehn Wochen dokumentieren sollten (Interventionsgruppe 1). Teilnehmende der zweiten Gruppe erhielten zusätzlich zu dem digitalen Bewegungstagebuch einen Aktivitätstracker (Fitbit®), sodass das Bewegungsverhalten nicht nur von den Teilnehmenden selbst (subjek-

tiv), sondern auch objektiv durch das Zählen der Schritte mithilfe des Fitbits erfasst und dokumentiert wurde (Interventionsgruppe 2). Teilnehmende in Gruppe 3 erhielten die Intervention der Interventionsgruppe 1 nach Abschluss der Folgerhebung. Diese Gruppe wurde deshalb als Wartelistenkontrollgruppe bezeichnet (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Muellmann et al., 2017, S. 512ff). Der Zugang zum Portal war über einen pseudonymisierten Nutzernamen mit Passwort geschützt. Die Interventionen im Rahmen dieser Studie lassen sich als digitalisierte Gesundheitskompetenzförderungsmaßnahmen bezeichnen. Zentral bei der Intervention war, neben ausgedruckten Bewegungsempfehlungen und Übungskatalogen, das Internetportal, in dessen Nutzung die Teilnehmenden in einer Einführungssitzung durch ein Mitglied des Forschungsteams eingewiesen wurden. Zudem fanden praktische Bewegungsangebote in Form wöchentlicher Gruppentreffen statt, in denen Ausdauer-, Kraft- und Gleichgewichtsübungen gemeinsam unter Anleitung geschulter Studierender durchgeführt wurden. Teil dieser wöchentlichen Gruppentreffen war zusätzlich die Behandlung verschiedener Gesundheitsthemen sowie die Klärung technischer und programmbezogener Fragen, welche die digitale Gesundheitskompetenz verbessern sollten (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Muellmann et al., 2017, S. 512ff; Meyer et al., 2016).

Die primäre Funktion des Internetportals war das *Bewegungstagebuch*, in dem die Teilnehmenden die durchgeführten Übungen der jeweiligen Woche eintragen sollten (siehe Abbildung 1). In Anlehnung an die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und des American College of Sports Medicine (ACSM) sollten Teilnehmende wöchentlich körperliche Aktivitäten

in den Bereichen Ausdauer, Kraft und Gleichgewicht ausüben und in das Bewegungstagebuch eintragen. Anleitungen für diese Übungen waren in Form von Bildern von Männern und Frauen aus der Altersgruppe auf das jeweilige Geschlecht angepasst. In Interventionsgruppe 2 wurden die täglich zurückgelegten Schritte, die mit den eingesetzten *Aktivitätstrackern* (Fitbit®) gemessen wurden, automatisch mit der Webseite synchronisiert (siehe Abbildung 2). Die Leistungen der vergangenen Wochen konnten rückblickend angesehen und so der eigene Fortschritt über den Interventionszeitraum betrachtet werden. Damit erfolgte eine Selbstreflexion über die erzielten Erfolge (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Muellmann et al., 2017, S. 512ff; Meyer et al., 2016). Zu Beginn der Intervention erhielten die Teilnehmenden zusätzlich Empfehlungen und Hilfestellungen, wie sie ihr Bewegungsziel in Bezug auf Ausdauer- und Krafttraining erreichen konnten, welche an ihre Motivation, die jeweiligen Zielverhaltensweisen auszuüben, angepasst waren.

Erste Ergebnisse zeigen, dass die Motivation, das Bewegungsverhalten in dem empfohlenen Maße zu erreichen, in beiden Interventionsgruppen ähnlich stark, aber über unterschiedliche Mechanismen gestiegen ist. Eine positivere Einstellung, das Zielverhalten auszuüben, war in der zweiten Gruppe (Bewegungstagebuch plus Aktivitätstracker) teilweise darauf zurückzuführen, dass die Intervention direkt deren Zielsetzung hinsichtlich des empfohlenen Verhaltens beeinflusst hat. Die erste Gruppe (nur Bewegungstagebuch) hingegen profitierte von der Intervention in Form einer gestiegenen Selbstwirksamkeit, welche indirekt zu einer stärker ausgeprägten Zielsetzung und Motivation geführt hat (Ratz et al., 2019).

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Abbildung 1: Screenshots der Fit im Nordwesten Intervention – Wöchentliche körperliche Aktivität in den Bereichen Gleichgewicht, Kraft und Ausdauer (aus: Meyer et al., 2016, S. 264 und Ratz et al., 2019 mit Supplementary Material 3).

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Fazit

Digitale Gesundheitskompetenz und Maßnahmen, um diese zu fördern, bieten vielfältige Möglichkeiten. Sie können theorie- und evidenzbasiert Interventionsinhalte verschiedenen Bevölkerungsgruppen zugänglich machen. Wichtig ist, dass diese Inhalte auf die Gesundheitskompetenz (u. a. Motivation, Einstellungen und auf bisheriges individuelles Verhalten) zugeschnitten sind. Nur so können sich Personen verschiedener Zielgruppen und auch besonders ältere Personen passend angesprochen fühlen. Da es gilt, individuelle Barrieren in Bezug auf die Veränderung von Gesundheitsverhalten zu überwinden, sollten hier mehr Anstrengungen erfolgen. Dazu bieten sich insbesondere *partizipatorische Ansätze* an, also ein Vorgehen, bei der die Zielgruppe gleichberechtigt eingebunden und nicht nur als Nutzende, Konsumierende oder Forschungsobjekte betrachtet werden.

Vorteile des Einsatzes von digitalen Interventionen liegen in der Möglichkeit, sowohl subjektive als auch objektive Daten, z. B. zu Verhalten, zu erfassen. Auch bieten sich hier Chancen, Zugang zu bestimmten Bevölkerungsgruppen zu bekommen, die ansonsten nicht oder nur wenig an Gesundheitsthemen interessiert sind. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf Kosteneffektivität, d. h. wenn zahlreiche Menschen erreicht werden, dann haben digitale Lösungen mehr Potential als persönliche, analoge Ansätze.

Herausforderungen der Zukunft liegen darin, die genaue Bestimmung und *Feinadjustierung* bei digitalisierten Bewegungsprogrammen zu finden. Das heißt, es gilt auch weiterhin herauszufinden, wie die jeweilige Intervention auf die Bedürfnisse der spezifischen Zielgruppen angepasst werden kann – u. a. im Rahmen von Interventionsstudien, bei welchen die jeweilige Zielgruppe bei der Entwicklung der Angebote mit einbezogen wird. Ers-

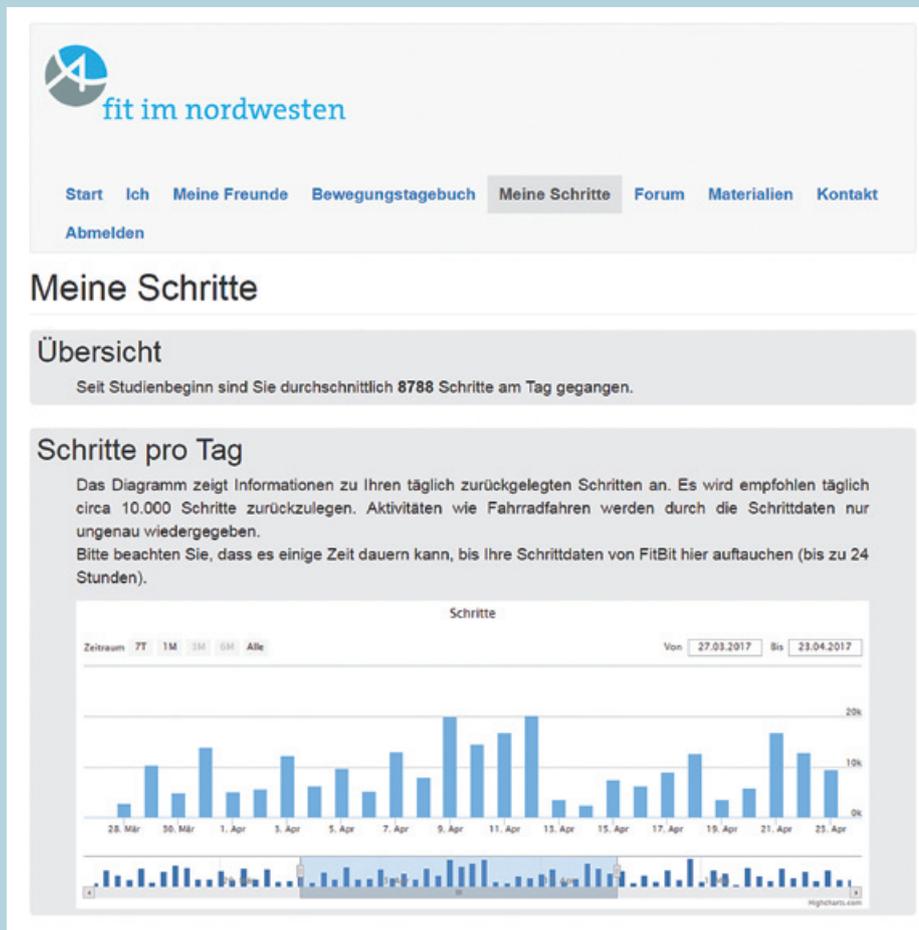


Abbildung 2: Screenshot der Fit im Nordwesten Intervention, Interventionsgruppe 2 – Körperliche Aktivität im Bereich Ausdauer/Schritte pro Tag (aus: Ratz et al., 2019, Supplementary Material 3).

Als weitere wesentliche Interventionskomponente wurde die *soziale Interaktion über ein bereitgestelltes Internetforum über die Webseite* angeboten. Dort konnten sich die Teilnehmenden untereinander austauschen, miteinander verabreden und gemeinsam diskutieren. Auch sollte damit eine Möglichkeit gegeben werden, die Zufriedenheit mit den Trainingserfolgen zu beschreiben und Feedback zu erhalten. Die Studienleitung konnte die Beiträge in dem Forum moderieren und darüber hinaus weitere Informationen für alle Teilnehmenden bereitstellen (z. B. zu Bewegungsmöglichkeiten in ihren jeweiligen Gemeinden). Dabei konnte individualisiert auf die Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppe eingegangen werden, ohne auf starre Kategorien wie Geschlecht oder

möglicherweise arbiträre Altersgruppen beschränkt zu sein (vgl. Forberger et al., 2017, S. E379; Meyer et al., 2016; Muellmann et al., 2017, S. 512ff). Jedoch zeigte sich, dass die älteren Erwachsenen von diesem Angebot nur geringfügig Gebrauch machten. Wahrscheinlich gilt es hier, in partizipatorischen Ansätzen ein Format zu entwickeln, das besser auf die *Lebenswelten der Nutzenden* abgestimmt ist. Denn in der angebotenen Form schien dieses Forum für diese Zielgruppe weniger attraktiv zu sein als für jüngere Gruppen (Lippke et al., 2018).

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

te Ansätze hierzu wurden in diesem Beitrag vorgestellt. Es ist zu erwarten, dass zusätzliche wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem sich rasant entwickelnden Themenfeld in naher Zukunft vorliegen werden.

Das Projekt AEQUIPA und die Arbeit an diesem Beitrag wurden mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter den Förderkennzeichen 01EL1422F und 01EL1822F gefördert. ■

Prof. Sonia Lippke, Tiara Ratz,
Christian Erik Preißner &
Prof. Claudia R. Pischke

Kontakt:

Prof. Dr. Sonia Lippke
Professor of Health Psychology and Behavioral Medicine;
Department of Psychology & Methods/Focus Area Diversity;
Jacobs University Bremen gGmbH
Campus Ring 1, 28759 Bremen
Tel.: +49 421 200-4730
Fax: +49 421 200-49-4730
s.lippke@jacobs-university.de
<http://slippke.user.jacobs-university.de>
<http://www.jacobs-university.de/jcill/slippke>

Literatur

- de Vries, H./ Kremers, S./Lippke, S. (2017): Health Education and Health Promotion. In: Fisher, E. F. et al. (Hrsg.), *Principles and Concepts of Behavioral Medicine: A Global Handbook*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Eakin, E. G. et al. (2007): Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. In: *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), S. 419-434.
- Faller, H./ Reusch, A./Meng, K. (2011): DGRW-update: Patientenschulung. *Die Rehabilitation*, 50(05), S. 284-291.
- Forberger, S. et al. (2017): How to tackle key challenges in the promotion of physical activity among older adults (65+): the AEQUIPA network approach. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), S. E379.
- Fuchs, R./Göhner, W./Seelig, H. (Hrsg.) (2007): *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hardeman, W. et al. (2019): A systematic review of just-in-time adaptive interventions (JITAs) to promote physical activity. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), S. 31.
- Hawkins, R. P. et al. (2008): Understanding tailoring in communicating about health. In: *Health Education Research*, 23(3), S. 454-466.
- Kickbusch, I. et al. (2017): *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, DK: World Health Organization, Regional Office for Europe. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Knittle, K. et al. (2018): How can interventions increase motivation for physical activity? A systematic review and meta-analysis. In: *Health Psychology Review*, 12(3), S. 211-230.
- Kreuter, M. W./ Strecher, V. J. (1996): Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. In: *Health Education Research*, 11(1), S. 97-105.
- Kwan, B./Frankish, J./Rootman, I. (2006): *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.
- Langener, S./Ratz, T./Lippke, S. (2018): User-centered digital health application development to promote healthy ageing. In: *MEDIENPRODUKTION – Online Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 12, S. 23-32. Verfügbar unter: <http://www.5.tu-ilmeneau.de/zeitschrift-medienproduktion/index.php/user-centered-digital-health-application-development-to-promote-healthy-ageing/>
- Larsen, R. T. et al. (2018): Physical activity monitors to enhance the daily amount of physical activity in elderly-a protocol for a systematic review and meta-analysis. In: *Systematic Reviews*, 7(1), S. 69.
- Lippke, S. et al. (2015): A computerized lifestyle application to promote multiple health behaviors at the workplace: testing its behavioral and psychological effects. In: *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), S. e225.
- Lippke, S./Kuhlmann, T. (2013): Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Ältere mittels neuer Medien: Befunde sowie Implikationen für Forschung und Interventionen [Health promotion programs for older individuals by means of modern technologies: Findings as well as implications for research and interventions]. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21, S. 34-44.
- Lustria, M. L. A. et al. (2013): A meta-analysis of web-delivered tailored health behavior change interventions. In: *Journal of Health Communication*, 18(9), S. 1039-1069.
- McEwan, D. et al. (2016): The effectiveness of multi-component goal setting interventions for changing physical activity behaviour: A systematic review and meta-analysis. In: *Health Psychology Review*, 10(1), S. 67-88.
- Meyer, J. (2016): Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen durch körpernahe Sensoren: Entwicklungen und erste Beobachtungen der PROMOTE-Studie. In: Weidner, R. (Hrsg.) *Technische Unterstützungssysteme, die die Menschen wirklich wollen. Band zur zweiten Transdisziplinären Konferenz*. Hamburg: Helmut-Schmidt-Universität, S. S. 259-267.
- Muellmann, S. et al. (Under review): Effects of two web-based interventions promoting physical activity among older adults compared to a delayed intervention control group in Northwestern Germany: results of the PROMOTE community-based intervention trial.
- Muellmann, S. et al. (2017): Development and evaluation of two web-based interventions for the promotion of physical activity in older adults: study protocol for a community-based controlled intervention trial. In: *BioMed Central Public Health*, 17(1), S. 512.
- Neville, L. M./O'Hara, B./Milat, A. (2009): Computer-tailored physical activity behavior change interventions targeting adults: a systematic review. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), S. 30.
- Noar, S. M./Benac, C. N./Harris, M. S. (2007): Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133(4), S. 673.
- Noar, S. M. (2011): Tailored health communication to change lifestyle behaviors. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(2), S. 112-122.
- Norman, C. D./ Skinner, H. A. (2006): eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. In: *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), S. e9.
- O'Brien, N. et al. (2015): The features of interventions associated with long-term effectiveness of physical activity interventions in adults aged 55-70 years: A systematic review and meta-analysis. In: *Health Psychology Review*, 9(4), S. 417-433.
- Ownby, R. L./Waldrop-Valverde, D./Taha, J. (2012): Why is health literacy related to health? An exploration among US National Assessment of Adult Literacy participants 40 years of age and older. In: *Educational Gerontology*, 38(11), S. 776-787.
- Paech, J./Lippke, S. (2015): Health literacy as a key to healthy ageing in Europe. In: *The European Health Psychologist*, 17(2), S. 67-71.
- Ratz, T. et al. (2019-in press): Effects and working mechanisms of two web-based interventions on stage of change regarding physical activity in older adults. In: *Applied Psychology: Health and Wellbeing*.
- Schwarzer, R. (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. In: *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), S. 1.
- Schwarzer, R./Lippke, S./Luszczynska, A. (2011): Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). In: *Rehabilitation Psychology*, 56(3), S. 161.
- Short, C. E. et al. (2011): Efficacy of tailored-print interventions to promote physical activity: a systematic review of randomised trials. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), S. 113.
- Vandelanotte, C. et al. (2016): Past, present, and future of eHealth and mHealth research to improve physical activity and dietary behaviors. In: *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(3), S. 219-228.

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Gesundheitskompetenzen älterer Menschen stärken – Das Forschungsprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung“

Hintergrund

Durch ein stetig komplexer werdendes Gesundheitssystem und die Einflüsse einer Marktwirtschaft, in der ungesunde Lebensweisen beworben werden, stehen die Menschen zunehmend vor der Herausforderung, selbstbestimmte Entscheidungen zu einer gesunden Lebensweise zu treffen und sich durch das Gesundheits- und Versorgungssystem zu navigieren. In diesem Zusammenhang sind Gesundheitskompetenzen, die dazu beitragen, Informationen im Gesundheitskontext besser verstehen, beurteilen und nutzen zu können, von Bedeutung. Diese wirken sich positiv auf die Gesundheit aus (Kickbusch/Pelikan/Haselbeck et al. 2016, S. 3).

Die Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland weisen darauf hin, dass mehr als die Hälfte der Deutschen Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen hat und eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweist. Demnach fällt es etwa jedem Zweiten schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag auf die eigene Lebenssituation anzuwenden (Schaeffer et al. 2018, S. 6)

Darüber hinaus zeigen sowohl internationale als auch nationale Studien große soziale Unterschiede im Bereich der Gesundheitskompetenz auf. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, ältere Menschen



GeWinn-Gruppe

und chronisch Kranke, weisen häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Jordan & Hoebel 2015, S. 942; Schaeffer et al. 2018, S. 23). Es bestehen z. B. große Schwierigkeiten, Gesundheitsinformation zu beurteilen, unterschiedliche Behandlungsoptionen einzuschätzen oder Packungsbeilagen für Medikamente zu verstehen und zu bewerten (Schaeffer 2016, S. 2). Auch die Einschätzung von Gesundheitsinformationen in den Medien bereitet Schwierigkeiten. Folglich erschwert es ein Mangel an Gesundheitskompetenz, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und alltäglich Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf den Erhalt und die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität auswirken (ebd.). Geringe Gesundheitskompetenz ist jedoch nicht nur auf unzureichendes Wissen oder mangelnde Fähigkeiten des Einzelnen zurückzuführen, sondern insbesondere auch abhängig von gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen sowie vielfältigen Anforderungen, die sich aus der eigenen Lebenssituation und dem Umfeld ergeben (Schaeffer et al. 2018, S. 6).

Die zuvor aufgeführten Erkenntnisse unterstreichen sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Relevanz des noch jungen Forschungsbereiches „Gesundheitskompetenz“. Vor diesem Hintergrund ist die Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz bedeutsam. Hierzu sind insbesondere die Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer und bedarfsgerechter Interventionen notwendig.

Basisdaten, Ziele und Inhalte des Projekts „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung“

Das dreijährige Forschungsprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung. Health Literacy für mehr Lebensqualität und soziale Integration“ (Laufzeit: Dezember 2015 bis November 2018) zielte darauf ab, die Gesundheitskompetenz von älteren Menschen ab 60 Jahren zu stärken. Dabei standen insbesondere die soziale Teilhabe in der Kommune, die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen im Umgang mit chronischen Erkrankungen und die Nutzung neuer Medien im Mittelpunkt (Killenberg 2016, S. 10).

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Das Projekt wurde im Forschungsverbund der Hochschule Coburg und der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und Partner*innen aus Wissenschaft und Praxis durchgeführt. Eine Projektförderung erfolgte im Rahmen der Förderrichtlinie „SILQUA – Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Das Projekt beinhaltete die Entwicklung und Umsetzung einer Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Die Entwicklung der Intervention erfolgte durch ein partizipatives Vorgehen – gemeinsam mit den Adressat*innen. Umgesetzt wurde das Projekt sowohl im ländlichen Raum (in vier bayerischen Landkreisen) als auch im städtischen Raum (in der Stadt Magdeburg). Das Vorhaben wurde in den vier Landkreisen Würzburg, Coburg, Ansbach und Passau sowie in Magdeburg durch sogenannte Wissenschafts-Praxis-Kooperationspartner*innen mit jeweils einzelnen Ansprechpartner*innen unterstützt.

Die Intervention besteht aus einem peer-moderierten Gruppenprogramm mit selbständig arbeitenden Seniorengruppen nach dem Prinzip „von Älteren für Ältere“. Dazu wurden ein zielgruppenspezifisches Konzepthandbuch, ein Methodenkoffer sowie ein Good-Practice-Leitfaden zur Erreichbarkeit von älteren Menschen sowie der Implementation von entsprechenden Angeboten auf kommunaler Ebene erarbeitet. Darüber hinaus erfolgte die Entwicklung und der Einsatz einer „GeWinn-App“ zur Stärkung digitaler Kompetenzen als Ergänzung zum Gruppenprogramm.

Im Rahmen der partizipativen Entwicklung des Gruppenprogramms

wurden an den Projektstandorten Fokusgruppendifkussionen (FGD) mit Adressat*innen und Multiplikator*innen durchgeführt. Auf der Basis eines mit der Zielgruppe entwickelten Schulungskonzeptes erfolgte im nächsten Schritt mittels des Peer-Education-Ansatzes eine mehrtägige Schulung älterer Menschen zu Gruppenleiter*innen. Diese begleiteten und moderierten im Tandem die Seniorengruppen in den jeweiligen Bundesländern und Kommunen.

Die Interventionsentwicklung

Zu Beginn fanden im Rahmen des Projektes an den fünf Standorten elf Fokusgruppendifkussionen (FGD) mit älteren Menschen und Multiplikator*innen statt. Zudem wurden zwei FGD mit Multiplikator*innen durchgeführt. Im Fokus stand die Identifikation von Ressourcen und Barrieren im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen (Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden), von relevanten Themen in den Bereichen Wohlbefinden und Gesundheitsförderung sowie von Selbstmanagement chronischer Erkrankungen (Killenberg, 2016, S.10; Killenberg et al. 2017, o. S.).

Die Auswertungen von Killenberg et al. 2017 zeigen, dass den Befragten z. B. das Finden von vertrauenswürdigen Quellen und das Beurteilen von Informationen aufgrund der Vielfalt an unterschiedlichen Aussagen besonders schwerfällt. Weiterhin werden soziale Kontakte von älteren

Menschen als die wichtigste Gesundheitsressource wahrgenommen.

Im Rahmen der Auswertung kristallisieren sich weitere relevante und häufig genannte Themen in den Themenbereichen „Selbstmanagement chronischer Erkrankungen“ sowie „Wohlbefinden und Gesundheitsförderung“ (Abbildung 1) (Killenberg, 2016, S. 10) heraus. Hierbei zeigt sich, dass im Themenfeld „Wohlbefinden und Gesundheitsförderung“ sowohl klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung als auch Stressregulation und Mitwirkung (auf kommunaler Ebene) für Senior*innen von Relevanz sind. Beim Thema „Selbstmanagement chronischer Erkrankungen“ spielen z. B. insbesondere die Generierung von Wissen, die Organisation von Selbsthilfe sowie eine positive Haltung für die Teilnehmenden eine wichtige Rolle.

Im Anschluss an die FGD wurden die Ergebnisse mit Multiplikator*innen diskutiert und gemeinsam Strategien zur Akquise von Interventionsteilnehmer*innen erarbeitet. Nach Killenberg et al. 2017 fungieren verschiedene Ansprechpartner*innen vor Ort als Türöffner und sind für den Zugang zur Zielgruppe von zentraler Bedeutung. Für die Umsetzung des GeWinn-Gruppenprogramms ist es ebenfalls hilfreich, an bereits bestehende Gruppen anzuknüpfen.

Wohlbefinden und Gesundheitsförderung		Selbstmanagement	
Ernährung	Bewegung	Wissen generieren	Digitale Medien
Stressregulation	Mitwirkung (Kommune)	Positive Haltung	Selbsthilfe organisieren

Abb. 1: Inhalte der GeWinn-Intervention (Killenberg 2016, S.10, eigene Darstellung)

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

Anhand der Ergebnisse aus den FGD wurden die Bausteine der Intervention entwickelt. Diesbezüglich wurden ein Modulhandbuch sowie ein Methodenkoffer erarbeitet, welche die Umsetzung und Anleitung des Gruppenprogramms unterstützen (Killenberg 2016, S. 10).

Qualifizierung von Gruppenleiter*innen und Akquise von Teilnehmer*innen

Die Gruppenleiter*innen wurden mithilfe der Kooperationspartner*innen und Schlüsselakteur*innen sowie durch lokale Medien wie z. B. Pressemitteilungen in der lokalen Tageszeitung akquiriert. Die Qualifizierung der Gruppenleiter*innen erfolgte im Rahmen einer Schulung mit insgesamt 16 Unterrichtsstunden. Die Schulung zielte darauf ab, die

Gruppenleiter*innen zu befähigen, die Treffen mithilfe des Modulhandbuchs zu moderieren.

Die Konzeption der Schulung lag federführend bei der Hochschule Magdeburg-Stendal. In die Entwicklung und Durchführung des Schulungskonzeptes wurden Studierende im Rahmen eines Studienprojekts aktiv eingebunden. Der Fokus der Schulung lag insbesondere auf der Handhabung des Interventionshandbuchs und der Simulation von Programmsequenzen. Inhaltlich standen Themen wie z. B. Lernen im Alter, Moderationsmethoden und gruppendynamische Prozesse im Mittelpunkt. Besonderheit in Magdeburg war zudem, dass die Studierenden als studentische Gruppenpaten zur organisatorischen Unterstützung der Gruppentreffen eingesetzt wurden. Während der gesamten Interventionsphase wurden

die Gruppenleiter*innen kontinuierlich vom Projektteam z. B. in Form von regelmäßigen Feedbacktreffen bzw. telefonischen Feedbackgesprächen betreut. Weiterhin fanden je nach Bedarf auch Zwischenschulungen zu verschiedenen Themen statt. Die Schulung erfolgte in den bayerischen Landkreisen im Rahmen von vier separaten Schulungen (jeweils zweitägig) und in Magdeburg an vier halben Tagen.

Zur Teilnehmerakquise wurden seitens der Hochschulen Coburg und Magdeburg folgende Zugangswege genutzt:

Informationsveranstaltungen (Landratsamt, Hochschule, Senioreneinrichtungen der beteiligten Kommunen)

- Vorstellung des Programms in bestehenden Seniorengruppen



GeWinn-Gruppentreffen

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

- Presseartikel (Tageszeitung, Gemeindeblätter)
- Flyer und Aushänge in Senioreneinrichtungen und Kirchen
- persönliche Ansprache durch Multiplikator*innen z. B. Seniorenbeauftragte
- örtliche AWO-Mehrgenerationenhäuser
- Informationen auf der Hochschulseite mit Internetanmeldung

In Magdeburg erfolgte die Umsetzung der GeWinn-Intervention auf kommunaler Ebene in Kooperation mit den Alten- und Servicezentren (ASZ) in verschiedenen Stadtteilen.

Aufbau und Ablauf der GeWinn-Intervention

Die Abbildung 2 zeigt einen Überblick zum Aufbau und zeitlichen Verlauf der Intervention und Evaluation. Das GeWinn-Gruppenprogramm setzt sich aus einer Basis- und einer Verstetigungsintervention zusammen und erstreckt sich über 53 Wochen mit insgesamt 19 Treffen von 90-120 Minuten. Zu jeder Phase der Intervention wurde ein entsprechendes Modulhandbuch erarbeitet. Das Modulhandbuch dient den Gruppenleiter*innen als Leitfaden zur Umsetzung des Gruppenprogramms und umfasst eine detaillierte Beschreibung der Inhalte in Form von Stundenbildern.

Im Rahmen der **Basisintervention** fanden ab Ende März 2017 elf Gruppentreffen im zweiwöchigen Abstand statt. Dabei erfolgt die Umsetzung der entwickelten Module der Fokusgruppendifkussionen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Selbstmanagementkompetenz. Diese Treffen verliefen nach folgendem Schema:

- Einstieg
- Rückblick auf vorheriges Thema

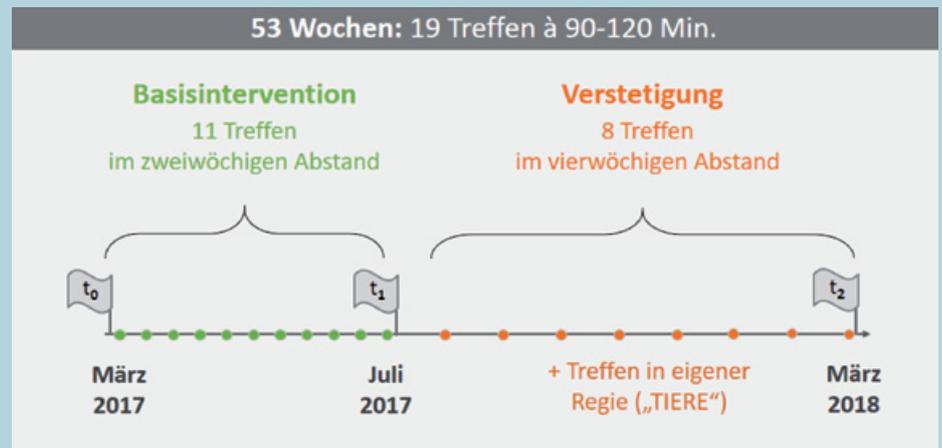


Abb. 2 Übersicht und Ablaufplan der GeWinn-Intervention

- Eisbrecher (Einstieg ins aktuelle Thema)
- Aufzeigen der Agenda
- Hauptteil (Förderung von Gesundheitskompetenz durch angeleitete Übungen; Erfahrungsaustausch in der Gruppe)
- Abschluss (Feedback)

Die **Verstetigungsphase** umfasste acht Treffen im vierwöchigen Abstand, wobei die Vertiefung und Anwendung der Themen aus der Basisintervention im Fokus stand. Hierzu erfolgte eine erneute Schulung der Gruppenleiter*innen vor Beginn. Zusätzlich wurden sogenannte „Treffen in eigener Regie – TIERE“ von den Gruppen (in unterschiedlicher Häufigkeit) organisiert und durchgeführt, um insbesondere die Selbstorganisation und die Akzeptanz des Programms zu fördern.

Die GeWinn-App

In Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und einer Softwareentwicklungsfirma wurde auf Grundlage von zwei Fokusgruppendifkussionen mit älteren Menschen die „GeWinn-App“ entwickelt. Diese beinhaltet folgende Funktionen:

- Informieren: Bereitstellung von weiterführenden Informationen

zu den Interventionsinhalten (z. B. Entspannung, positive Haltung usw.)

- Orientieren: Kennzeichnung und Beschreibung von seniorenrelevanten Orten in der Gemeinde
- Engagieren: Recherche von Möglichkeiten, die zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Kommune (insbesondere im Bereich Ehrenamt) relevant sind
- Vernetzen (Suche-Biete-Funktion): Anbieten und Suche von gezielten Hilfe- und Unterstützungsleistungen für ältere Menschen (z. B. Mitfahrgelegenheit)

Da sich die App während der Interventionsphase in der stetigen Entwicklung befand, konnten einzelne Funktionen teilweise erst später bzw. nur eingeschränkt genutzt werden.

Die Evaluation

Die Intervention wurde im Hinblick auf ihre Akzeptanz und Wirkung u. a. in den Bereichen Lebensqualität, Health Literacy (Publikation wurde eingereicht), generische Selbstmanagementkompetenzen von chronischen Erkrankungen und Nutzung mobiler Endgeräte evaluiert. Die Evaluation erfolgte zu drei Messzeitpunkten mittels einer schriftlichen Befragung der Teilnehmenden zu

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen

t0 (vor Beginn der Intervention), t1 (nach Abschluss der Basisintervention) und t2 (acht Monate nach t1). Zu den Messzeitpunkten t1 und t2 wurde zusätzlich ein Akzeptanzfragebogen für die Teilnehmer*innen, die Gruppenleiter*innen und die Multiplikator*innen eingesetzt. Der Fragebogen wurde auf der Basis standardisierter Fragebögen sowie neu adaptierten Fragen entwickelt.

Bilanz der GeWinn-Intervention

Im Rahmen der GeWinn-Intervention konnten insgesamt 25 Gruppen an den fünf Standorten implementiert werden. Die Intervention umfasste zum Projektstart insgesamt 209 Teilnehmer*innen (TN) und 26 Gruppenleiter*innen (GL). Im weiteren Verlauf der Intervention reduzierte sich die Anzahl der Teilnehmenden auf 181 Personen (TN=155, GL=26). Die Abbruch-Rate lag somit bei ca. 23 % – ein Wert, der für diesen Interventionstyp erwartet wurde.

Soziodemografische Angaben der Programmteilnehmer*innen

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer*innen ist mit ca. 70 Jahren etwas höher als das Alter der Gruppenleiter*innen mit ca. 65 Jahren. Von den Teilnehmer*innen und Gruppenleiter*innen (n=235 t0) ist die Mehrheit weiblich. Dies betrifft ca. 80 % der Teilnehmer*innen und ca. 72 % der Gruppenleiter*innen. Die Mehrheit der Senior*innen (45 %) lebt mit einer weiteren Person im Haushalt und ca. 40 % leben allein. 70 % aller Teilnehmer*innen geben an, an einer oder mehr chronischen Erkrankungen zu leiden. Dabei werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen (44 %) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (24 %) am häufigsten genannt. Trotz gesundheitlicher Einschränkungen

schätzen die meisten Befragten mit chronischer Erkrankung ihren Gesundheitszustand als gut ein, nur rund 16 % gaben einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an.

Überblick zur Wirksamkeit des Programms

Die GeWinn-Intervention verfolgte in Bezug auf die Mediennutzung nicht primär das Ziel, Kenntnisse im Umgang mit digitalen Medien zu vermitteln, sondern vorrangig Berührungspunkte abzubauen und zum Ausprobieren anzuregen. Hierbei konnten die zunehmende Nutzung von Smartphones und eine gesteigerte Sicherheit im Umgang mit digitalen Medien im Verlauf des Gruppenprogramms beobachtet werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse zum Mediennutzungsverhalten ist in Vorbereitung.

Die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden wurde mit dem deutschen Kurzinstrument (HLS-EU-Q16) des European Health Literacy Survey erhoben. Die Auswertungen im Rahmen des GeWinn-Programms zeigen, dass sich die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden signifikant verbessert hat. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wurde eingereicht.

Akzeptanz der GeWinn-Intervention

Neben Fragen zum Mediennutzungsverhalten und zur Gesundheitskompetenz stand die Akzeptanz des Gruppenprogramms im Fokus der Evaluation. Fragen diesbezüglich wurden überwiegend positiv beantwortet.

Die Teilnehmenden gaben an, durch das Gruppenprogramm neue soziale Kontakte gewonnen zu haben und wünschen sich die Fortführung von Gruppenaktivitäten. Die deutliche Mehrheit der bestehenden Gruppen wollte sich nach dem Projektabschluss

weiterhin treffen. Die Publikation zur Akzeptanz ist in Vorbereitung.

Zusammenfassung und Fazit

Studien zur Gesundheitskompetenz verdeutlichen, dass insbesondere ältere Menschen auf eine ausreichende bzw. gute Gesundheitskompetenz zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit angewiesen sind. Die Verbesserung bzw. Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels besonders wichtig, um ein gesundes Älterwerden zu ermöglichen. Daher erlangen kontinuierliche, zielgruppenspezifische Analysen zur Gesundheitskompetenz sowie die Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen und Angebote besondere Bedeutung.

Anhand der Evaluationsergebnisse, insbesondere zur Gesundheitskompetenz (Veröffentlichung in Vorbereitung), kann geschlussfolgert werden, dass das vorgestellte Programm zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen älterer Menschen geeignet ist.

Da die Intervention von den Teilnehmenden sehr gut akzeptiert wurde, ist es wünschenswert, dass das Konzept multipliziert und in weiteren Bundesländern, Landkreisen und Städten bzw. Einrichtungen im kommunalen Kontext etabliert werden kann. Interessierte Personen, Akteur*innen und Einrichtungen erhalten auf der GeWinn-Homepage (<https://www.gesund-aelter-werden-mit-wirkung.de/>) weiterführende Informationen und können auf entsprechende Materialien zugreifen. ■

Maria Schimmelpfennig¹, Elisabeth Foitzik², Nadine Ladebeck¹, Katrin Neher², Tina Zeiler¹, Holger Hassel², Kerstin Baumgarten¹

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen Förderung der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen



Gruppenleiterschulung

¹ Hochschule Magdeburg-Stendal,
² Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg

Kontakt:
Hochschule Magdeburg-Stendal
Maria Schimmelpfennig
Breitscheidstr. 2
39114 Magdeburg
maria.schimmelpfennig@h2.de

Literatur

Jordan, S./Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenzen von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58 (9): Online publiziert: 31. Juli 2015, S. 942-950.

Kickbusch, I. et al. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. WHO.

Killenberg, Alvia (2016): „GeWinn - Gesundheitskompetenz im Alter fördern“. In: StadtpunkteThema Ausgabe 02/November, S. 10-11.

Killenberg, Alvia et al. (2017): „Gesundheitskompetenz im Alter fördern – Partizipative Interventionsentwicklung im Projekt „GeWinn““. In: Public Health Forum 25(1), S. 90-93.

Pelz, C./Schmitt, A./Meis, M. (2004): Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 5(2), Art. 35, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402351>.

Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

Schaeffer, D. (2016): Statement Pressekonferenz. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Abgerufen am 09.04.2019 unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/04_statement_schaeffer_pk_gesundheitskompetenz_2016web.pdf



Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

Förderung der Gesundheitskompetenz in der REWE Group

Die 1927 in Köln gegründete genossenschaftliche REWE Group ist einer der führenden Handels- und Touristikkonzerne in Deutschland und Europa. Sie ist mit ihren mehr als 360.000 Beschäftigten in 22 europäischen Ländern präsent. Zu den Vertriebslinien zählen Super- und Verbrauchermärkte der Marken REWE, REWE CENTER und BILLA sowie MERKUR, der Discounter PENNY und die Baumärkte von toom. Hinzu kommen Convenience-Märkte, E-Commerce-Aktivitäten sowie die DER Touristik Group.

Gesunde, motivierte und leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren für Unternehmen. Entsprechend ist für die REWE Group das betriebliche Gesundheitsmanagement ein wichtiger Bestandteil der Unternehmensphilosophie. Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten der Mitarbeiter stehen hierbei im Mittelpunkt, um sich nachhaltig als gesundes und wettbewerbsstarkes Unternehmen auf dem Markt durchsetzen zu können. In einem Konzern mit einer Vielfalt von Geschäftseinheiten wie der REWE Group (Einzelhandel, Logistik, Touristik, Produktion, Verwaltung usw.) und somit auch unterschiedlichen Belastungen steht das betriebliche Gesundheitsmanagement vor großen Herausforderungen. Die Spannweite reicht von stark körperlich beanspruchenden Tätigkeiten im Bereich der Logistik oder der Märkte bis hin zu Berufsbildern, die eher mentalen Belastungen ausgesetzt sind, beispielsweise in der Verwaltung und im Management. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es wichtig, dass

das Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Prozess gelebt wird und geeignete Maßnahmen gewählt werden.

Für die Erarbeitung und Erprobung von modellhaften Konzepten zur Gestaltung der Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen wurde von 2007 bis 2010 mit dem Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) das Projekt „naprima“ umgesetzt. Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen seit vielen Jahren eine der großen Volkskrankheiten dar. Trotz vieler Bemühungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, arbeitsbedingte Belastungen des Muskel-Skelettsapparates zu reduzieren und Erkrankungen des Bewegungsapparates zu vermeiden, sind diese Angebote insbesondere für Unternehmen mit dezentraler Struktur und mit geringen innerbetrieblichen Möglichkeiten, Präventionsleistungen anbieten zu können, nur selten um- bzw. einsetzbar. Genau diese Situation sollte durch das Projekt naprima näher beleuchtet werden. Dabei sollten nicht schon bestehende Präventionsleistungen Anwendung finden, sondern Instrumente, Produkte und Maßnahmen mit innovativem Charakter praxisnah und alltagsrelevant entwickelt und konzipiert werden. Anhand von rund 16 REWE Märkten innerhalb der REWE Group konnte aufgezeigt werden, welche Vorgehensmodelle in dezentralen, kleinbetrieblichen Strukturen, bei unterschiedlichen Organisationsformen und insbesondere in Bereichen mit hoher Öffentlichkeit und starker Serviceorientierung praxistauglich sind. Die erarbeiteten Ergebnisse zeichnen sich durch eine hohe Übertragbarkeit für andere Filialisten und unabhängige Einzelhändler aus. Im Rahmen des naprima-Projektes wurden viele Produkte, unter anderem Infoposter, Coaching-Ausbildungen und ein Gesundheitsfilm entwickelt. Um vermehrt die Ausbildung der

Gesundheitskompetenz zu fördern und eine stärkere Einbindung der Führungskräfte in die Gesundheitsförderung zu erzielen, wurde von 2010 bis 2012 ebenfalls zusammen mit dem IFGP die Toolbox „Gesundheitskompetenz im Markt“ (GesiMa) entwickelt. Menschen mit einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz haben die Fähigkeit, bei Fragen rund um die eigene Gesundheit seriöse Informationsquellen zu finden, zu verstehen und die Inhalte durch aktives Handeln auch umzusetzen (vgl. Sørensen et al. 2012, S.1). Das Projekt GesiMa verfolgte das Ziel, für Führungskräfte und Personalverantwortliche Instrumente und Medien zu entwickeln, die dazu dienen, die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zu fördern und zu unterstützen. Im Projekt ist ein unternehmensspezifischer, medialer Gesundheitsinformationsdienst entstanden, der die verschiedenen Aspekte von Gesundheitskompetenz bei Beschäftigten und Führungskräften anspricht. Die entstandenen Medien stellen Informationen zur Förderung und zum Erhalt von Gesundheit bereit, trugen zum Verständnis von Gesundheitsinformationen bei und unterstützten bei der konkreten Anwendung. Die Medien der Toolbox bestanden unter anderem aus Informationsbriefen, einem Onlinetraining zum Thema „Gesundes Führen“, Gesundheitskarten zur Bewegungsförderung, Informationsflyern und einer DVD, in der über ergonomisches Arbeiten in den Märkten informiert wurde.

Auch nach den Projekten naprima und GesiMa fanden in der REWE Group verschiedene Maßnahmen und Initiativen statt. Die Digitalisierung der Arbeitswelt und die dezentralen Strukturen der REWE Group gaben Anlass, über die Einführung einer digitalen Plattform zur Förderung der Gesundheitskompetenz nachzudenken. Umgesetzt wurde dieser Gedanke nun mit dem Projekt

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen Gesundheitsförderung in der REWE-Group

Gemeinsam.topfit. Im März 2019 fiel der Startschuss des von der DAK Gesundheit unterstützten und von der Dr. Holiday AG als Tochterfirma der REWE Group umgesetzten Gesundheitsprojekts.

Die dezentralen Strukturen sowie die vielfältigen Tätigkeitsfelder stellen in der Vergangenheit eine große Herausforderung dar, individuelle und zielgruppenspezifische Konzepte im betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) zu realisieren. Die Digitalisierung ermöglicht eine „tragbare Gesundheitsförderung“, die das Bewusstsein von gesundheitlichen Verhaltensweisen verändert (WHO 2014). Die Ergänzung von analogen Maßnahmen durch digitale Instrumente lässt neue Möglichkeiten entstehen, die individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter zu stärken und das Thema Gesundheit in der Unternehmenskultur zu verankern. Ziel des Projektes Gemeinsam.topfit ist es, allen Mitarbeitern der REWE Group einen Zugang zu individueller Gesundheitsförderung unabhängig von Zeit und Ort zu bieten. Die zentralen Bestandteile des Projekts stellen das Onlineportal (verfügbar als App sowie auch als Web-Version) sowie die persönliche Ausbildung von Multiplikatoren („die Topfit-Macher“) als Gesundheitsbotschafter innerhalb des Unternehmens dar.

Die Gemeinsam.topfit-App

Das speziell für die REWE Group entwickelte Onlineportal „Gemeinsam.topfit“ bringt Gesundheitswissen in digitaler Form zu den Beschäftigten. Die Gemeinsam.topfit-App ist auf mobilen Endgeräten wie Smartphones oder Tablets abrufbar. Des Weiteren ist das Onlineportal als Web-Version für Laptops bzw. Computer verfügbar. Der Zugang erfolgt über einen anonymisierten Web-

Code, der postalisch an die Mitarbeiter versendet oder im Rahmen von Gesundheitstagen oder durch die Führungskraft persönlich verteilt wird. Eine Eingabe von persönlichen Daten im Onlineportal obliegt dem Mitarbeiter und ist freiwillig. Je spezifischer Angaben zur eigenen Person und gesundheitlichen Interessen eingetragen werden, umso exakter werden die Portalinhalte auf die Nutzer abgestimmt (s. Abb. 1).

Das Onlineportal bietet eine schnelle und einfache zeit- bzw. ortsunabhängige Verfügbarkeit von Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen. Diese gliedern sich in die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Entspannung sowie tätigkeitsspezifische Inhalte. Im Bereich Bewegung stehen angeleitete Übungsvideos zur Verbesserung der körperlichen Fitness und Gesundheit sowie Übungen zur Behandlung bestimmter Beschwerdebilder zur Verfügung, z. B. bei Rückenschmerzen. Die Dauer und Intensität der Übungen sind variabel gestaltet, sodass eine Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Schwierigkeits- und Anforderungsstufen besteht. Die Rubrik Ernährung beinhaltet Kurssequenzen in Text- und Videoformat zu Mikro- und Makronährstoffen.

Des Weiteren erhalten die Nutzer wertvolle praxisnahe Tipps, eine gesündere Ernährung in den Alltag zu integrieren. Der Bereich Entspannung enthält angeleitete Audio- und Videodateien zu einer Vielzahl an Entspannungs- und Stressbewältigungsverfahren (z. B. Meditationen, Autogenes Training [AT], Progressive Muskelrelaxation [PMR], Augenentspannung etc.). So lernen die Nutzer gelassen mit persönlichen Stresssituationen umzugehen und einen Ausgleich im Alltag zu schaffen. Vor dem Hintergrund der Zielgruppenerreichung nimmt der tätigkeitsspezifische Themenbereich eine wichtige Rolle im Gemeinsam.topfit-Projekt ein. In dieser Rubrik erhalten die Mitarbeiter gesundheitsförderliche Informationen, die auf individuelle Herausforderungen bei ihrer Tätigkeit abgestimmt sind. Hier stehen den Mitarbeitern im REWE Markt beispielsweise hilfreiche Lehrvideos zum rückenfreundlichen Heben und Tragen von schweren Gegenständen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der DER Touristik hingegen erhalten Tipps zum ergonomischen Arbeiten am Schreibtisch. Dadurch gelingt es, am individuellen Bedarf anzusetzen und Herausforderungen am Arbeitsplatz zu berücksichtigen. Eine attraktive Möglichkeit, Pausen

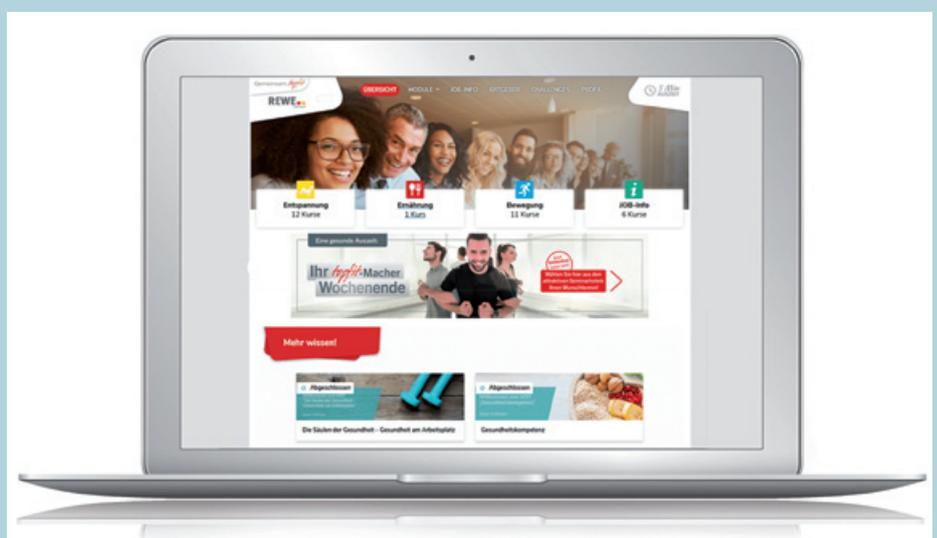


Abb. 1: Gemeinsam.topfit-Portal

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

im Arbeitsalltag sinnvoll zu nutzen, stellt die Umsetzung muskulärer Ausgleichs- oder Atemübungen dar. In der Rubrik „5-Minuten-Auszeit“ vermitteln kurze Lehrvideos einfache Übungen, die leicht und schnell im Arbeitsalltag durchgeführt werden können. Dadurch gelingt es, einen Ausgleich zur körperlichen Haltung am Arbeitsplatz zu schaffen und die geistige Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Um die Motivation der Mitarbeiter und die Nachhaltigkeit des Projektes zu steigern, können im Gemeinsam.topfit-Portal sogenannte „Challenges“ initiiert werden (vgl. Abb. 2). In spielerisch gestalteten virtuellen Wettbewerben haben die Portal-Nutzer die Möglichkeit, in Teams oder als Einzelperson gegeneinander anzutreten. So motiviert beispielsweise eine Fahrrad-Challenge dazu, Wege zur Arbeit und in der Freizeit gesundheits- und umweltfreundlich mit dem Rad zurückzulegen (vgl. Abb. 3). Durch die Eingabe der zurückgelegten Kilometer entsteht hierbei ein Wettbewerbscharakter, welcher die Nutzer zur Teilnahme motiviert. Zusätzlich werden Verbesserungen des Teamgeistes sowie der Unternehmensidentifikation ermöglicht.

Die Mitarbeiter können so aus einer Vielfalt an Themenbereichen auswählen und ihre Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Handlungsfeldern (Ernährung, Bewegung, Entspannung, tätigkeitsbezogen) verbessern. Eine einfache und ansprechende Gestaltung der App-Inhalte trägt dazu bei, die gelernten Inhalte im Alltag umzusetzen.

Digitale Instrumente im BGM ermöglichen Unternehmen, die Verbindung von privater und beruflicher Gesundheitsförderung der Arbeitnehmer zu gewährleisten (Matusiewicz/Kaiser 2017, S. 2). Gesundheitsbezogene Angebote und Regelungen innerhalb der REWE Group wie Sabbatical oder Pflege sind in der App ebenfalls verfügbar. Zudem sind vielfältige Angebote der DAK Gesundheit als Partner-Krankenkasse integriert. Somit wird der Bekanntheits- und Nutzungsgrad bereits bestehender Maßnahmen erhöht und eine Verknüpfung aller internen gesundheitsfördernden Programme geschaffen.

Die Ausbildung von „Machern“ als Botschafter innerhalb der REWE Group

Im Rahmen des Projekts „Gemeinsam.topfit“ werden Multiplikatoren („Macher“) als Botschafter für eine gesunde Lebensweise geschult. Dabei handelt es sich um Kollegen, die freiwillig an einer kostenlosen „Macher“-Schulung zu gesundheitsrelevanten Themen und der Nutzung des Gemeinsam.topfit-Portals teilnehmen. Sie kommunizieren das Projekt innerhalb der REWE Group und haben die Möglichkeit, als Ansprechpartner für Kollegen zu gesundheitsbezogenen Themen am Arbeitsplatz zur Verfügung zu stehen. In der Gemeinsam.topfit-App besteht ein eigener Bereich bzw. eine Chatfunktion für „Macher“, so dass die Kommunikation untereinander sowie ein Erfahrungsaustausch möglich sind.

Rollout und interne Kommunikation des Projektes

Im ersten Halbjahr 2019 erhielten nach und nach alle Mitarbeiter der REWE Group Zugang zum Onlineportal bzw. der App. Bereits im Oktober 2018 durften die ersten Pilotgruppen – Kollegen, die am Köln Marathon teilnahmen, sowie Mitarbeiter aus der Touristikeinheit Business Travel – das Portal auf Herz und Nieren testen. Ziel des Pilot-Rollouts war es, fundiertes Feedback von gesundheitsaffinen Portal-Nutzern zu erhalten und Optimierungspotenziale aufzudecken. Der Testlauf verlief äußerst erfolgreich: Rund 45 Prozent der Personen, die einen Portalzugang erhalten haben, meldeten sich an und besuchten das Portal in den ersten Wochen im Schnitt dreimal. Im Rahmen eines Gesundheitstages folgte im Januar 2019 der Rollout für die Mitarbeiter der Verwaltung

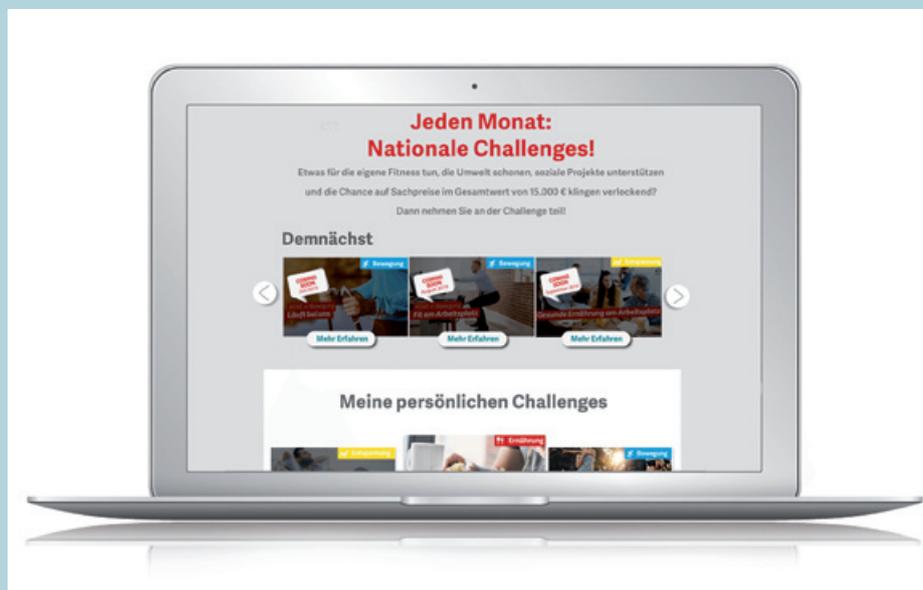


Abb. 2: Challenges im Gemeinsam.topfit-Portal

Interventionsstrategien: Vermittlungsansätze für spezifische Zielgruppen

Gesundheitsförderung in der REWE-Group

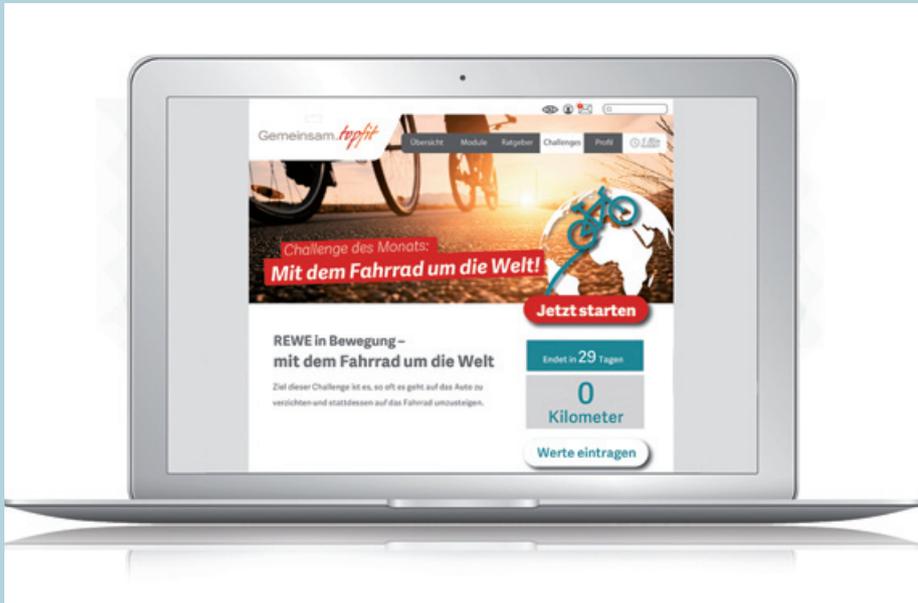


Abb. 3: Fahrradchallenge im Gemeinsam.topfit-Portal

an den REWE Group Zentralstandorten in Köln. Dabei konnten über 4.000 Zugänge zum Portal vergeben und die Beschäftigten für Entspannungsübungen, einen Stresstest und Vorträge zur Work-Life-Balance begeistert werden. Im Februar 2019 erhielten die Touristik-Mitarbeiter in Frankfurt über ein ähnliches Eventformat einen Zugang zum Portal. Schon im Anschluss an diese erste Rollout-Phase gab es auf Anhieb über 100 Anmeldungen für die eineinhalbtägigen „Macher“-Ausbildungsgänge. Somit zeigte sich ein großes Interesse an dem neuen BGM-Projekt. Seit März 2019 ermöglicht der Gesamt-Rollout jedem REWE Group-Beschäftigten, von dem BGM-Projekt zu profitieren. Je nach Geschäftseinheit erhalten die Mitarbeiter die Zugangscodes auf unterschiedliche Weise, beispielsweise als Gehaltsbeileger oder per Paketversand an die jeweilige Führungskraft. Die Anzahl der Mitarbeiter, die das Portal nutzen und sich zu Gesundheitsthemen weiterbilden, steigt also fortlaufend an.

Aufgrund der vielen Standorte und verschiedenen Strukturen von Märkten, Baumärkten und Reisebüros

besteht eine Herausforderung darin, den Bekanntheitsgrad des Projekts und die Motivation der Beschäftigten zu steigern. Das Projektteam setzt daher besonders auf vorhandene Kommunikationswege, zum Beispiel über Führungskräfte und Betriebsräte. Um alle Beschäftigten zu erreichen, ist es bedeutend, dass jeder das Portal per App von zu Hause aus nutzen kann.

Für die Zukunft zielt das Gemeinsam.topfit-Projekt auf positive Ergebnisse für Beschäftigte sowie das Unternehmen ab. Durch die praxisnahe Wissensvermittlung profitieren Mitarbeiter von einer Steigerung der persönlichen Gesundheitskompetenz sowie der Verbesserung der individuellen körperlichen und psychischen Gesundheit. Auf Unternehmensseite stehen Ergebnisfaktoren wie eine Verbesserung des Arbeitsklimas und der Zufriedenheit der Mitarbeiter, eine höhere Mitarbeiterbindung und Arbeitgeberattraktivität sowie ein Beitrag zu einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur in Aussicht. Die Verknüpfung persönlicher und digitaler Komponenten im BGM ist dabei ein effizienter und nachhaltiger Ansatz, die Herausforderungen

der Vergangenheit (z. B. dezentrale Strukturen und vielfältige Tätigkeitsfelder) zu überwinden und Mitarbeiter der REWE Group bei der Förderung ihrer persönlichen Gesundheit zu unterstützen. ■

Isa Göbel – Dr. Holiday AG
Anna Peck – REWE Deutscher Supermarkt AG & Co. KGaA
Nils Meixner – REWE Deutscher Supermarkt AG & Co. KGaA

Literatur

- Matusiewicz, David/Kaiser, Linda (2018): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Sørensen, Kristine et al. (2015): Health literacy in Europe. Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: European Journal of Public Health 25, H. 6, S. 1053-1058.
- Weltgesundheitsorganisation (2011): mHealth – New horizons for health through mobile technologies (= Global Observatory for eHealth series – Volume 3), online unter: https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.

Eisenach

Dem Eisenacher Seniorenbeirat liegt das Thema Gesundheitskompetenz sehr am Herzen. Das bedeutet, wir unternehmen viel, damit ältere Bürgerinnen und Bürger unserer Stadt diese Kompetenz erwerben. Seit vielen Jahren ist ein Mitglied unseres Beirates (nun aus Altersgründen ausgeschieden) Beauftragter der Deutschen Herzstiftung. Unentwegt organisiert er Aufklärungsveranstaltungen. Wöchentlich hält er im St. Georg-Klinikum Sprechstunden ab. In diesem Jahr kann die Dt. Herzstiftung auf 40 Jahre erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Von den mehr als 100 Selbsthilfegruppen für Herz- und Kreislauf-Erkrankte arbeiten auch einige in unserem Raum. Die Selbstbestimmung eines jeden Patienten wird dadurch gestärkt – und das ist der Beginn einer wertvollen Alternative zu herkömmlichen Therapien.

In dem Veranstaltungskalender, den der Seniorenbeirat monatlich herausgibt, wird zu unterschiedlichen Selbsthilfegruppen eingeladen: Dt. Rheuma-Liga, Schwerhörigen-Verein, Gesprächskreis Herz/Defi, Initiative „Gib niemals auf“, Lymphselbsthilfe, SHG für Pflegende Angehörige, Blinden- und Sehbehindertenverband mit Beratungsstelle „Blickpunkt Auge“, SHG Zöliakie, SHG Agoraphobie... Um die Gesundheit zu erhalten, gibt es viele kleine und größere Angebote wie z. B. Reha- und Wirbelsäulengymnastik, Osteoporose-Vorbeugung, Senioren-Tanz. Und seit Neuem Gesundheitswandern für Menschen, die langsam wieder an Bewegung in freier Natur herangeführt werden wollen.

Seit Jahren bieten wir Hilfen an, Gesundheitsinformationen zu finden. So gibt es innerhalb unserer Senioren-Woche eine Gesundheitsmesse. Auch in diesem Jahr haben wieder mehr als 20 Aussteller ihre Angebote präsentiert.

Die diesjährige Senioren-Woche stand unter dem Thema „Gemeinsam statt einsam“. Das Thema bot sich an, wird doch unser Nachbarschaftszentrum im September 5 Jahre alt.

Von Montag bis Freitag wird es nachmittags von Ehrenamtlichen offengehalten, teils als offener Treff, teils als Raum für Interessengruppen wie Singen, Basteln, Tanzen, Häkeln und Stricken, Flüchtlingen Hilfestellung geben zum täglichen Leben im Gastland, Sprechstunden mehrerer Organisationen. Mittwochs wird Kaffee und selbstgebackener Kuchen gereicht, oft auch Vorträgen zu ausgesuchten Themen gelauscht. In größeren Abständen gibt es auch Bus-Ausfahrten.

Dass Lachen zur Gesundheit gehört, haben viele internalisiert. Jedes Fest im Kalender wird zum Anlass genommen, fröhlich zu feiern. So erwarteten wir freudig die 26. Seniorenwoche mit der großen Auftaktveranstaltung am 7. September und den Feierlichkeiten zum 5. Jahrestag des Nachbarschaftszentrums.

Gudrun Weber aus Eisenach

Weimar

Gesundheitskompetenz – nicht nur im Alter

Der Mensch ist Zeit seines Lebens anfällig für viele Krankheiten. Umwelteinflüsse und gesellschaftliche Herausforderungen sowie persönliche Probleme können gesundheitsschädigend sein. Das Thema Gesundheit (nicht nur im Alter) ist in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung auch in unserer Seniorenvertretung regelmäßig im Gespräch. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ sowie die „15 Regeln für gesundes Älterwerden“ von Prof. Dr. Andreas Kruse sind Leitlinien für unsere persönliche Gesundheitskompetenz. Die unübersehbaren Informationsquellen zum Thema Gesundheit in den Massenmedien sind

oft unwissenschaftlich, widersprüchlich, irritierend und unverständlich. Wir sollten den Ärzten verraten, was wir wann und wo gelesen und geglaubt haben. Nicht immer sind wir in der Lage, beispielsweise aus den vielfältigen Ernährungsangeboten richtige Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise für uns und die Familie zu treffen. Selbst für „aufgeklärte“ Patienten sollte mit einer gründlichen Vorbereitung der Hausarzt der erste „Ansprecharzt“ sein. Gesundheitskompetenz bezieht sich auch auf unser lebenslanges Lernen und auf den Umgang mit unserer Lebenszeit. Wir begrüßen die Initiative des Thüringer Landesseniorenrates, mit dieser Ausgabe des Seniorenreports eine rege Diskussion dieser so bedeutsamen gesamtgesellschaftlichen Problematik aus Thüringer Sicht anzuregen.

Sehr oft wünschen mir Verwandte, Kollegen und Freunde Gesundheit und ein langes Leben. Ich nehme ihre Wünsche gern entgegen und versuche, sie mit eigener Kraft und mit Unterstützung meiner Familie, meiner Freunde und meiner Ärzte zu erfüllen – ich bin mir meiner Verantwortung mir und meiner Umwelt gegenüber wohl bewusst. In meiner Brieftasche befindet sich meine persönliche Gesundheitsdokumentation mit einer Liste von Behandlungsdaten und der damit zusammenhängenden Medikation. Als Diabetiker plane ich meine Lebensmitteleinkäufe mit Hilfe einer Diabetes-Ernährungsampel. Meinen Blutdruck messe und dokumentiere ich regelmäßig. Auf meine Arztbesuche bereite ich mich gründlich vor. Vor einer Operation werde ich mich um ein ärztliches Zweitgutachten bemühen. In einem kleinen Koffer ist das nötige Gepäck für eine plötzliche Krankenhauseinweisung enthalten. Mein Freund Friedrich Gracht erinnert mich daran, dass altersbedingte, gesundheitliche und gesellschaftliche Faktoren auch auf die Mitglieder unserer Seniorenvertretung gewirkt ha-

Aus den kommunalen Seniorenvertretungen und -beiräten

ben. Immerhin erfreuen wir uns noch entsprechend unserer Lebensweise und dank einer guten medizinischen Versorgung einer relativ zufriedenstellenden Gesundheit. Gesund ist man nicht nur, gesund bleibt, beziehungsweise wird man wieder. Krank ist man nicht, krank wird man – in jedem Lebensalter. Dieser Erkenntnis sollten sich die Menschen nicht erst im Hochaltrigkeitsalter bewusst werden. Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass Gesundheit und Wohlbefinden im zunehmenden Alter auch durch Multimorbidität gekennzeichnet ist. Das relative gesundheitliche Wohlbefinden betrachten wir als eine wesentliche Bedingung und Voraussetzung auch für unsere gesellschaftliche Teilhabe. Wir appellieren immer wieder an die Eigenverantwortung unserer Mitglieder, durch einen gesunden Lebensstil selbst zu ihrer Gesunderhaltung beizutragen. Friedrich machte auf die Bedeutung der Digitalisierung für das Gesundheitssystem aufmerksam. Mit Interesse verfolgen auch ältere Menschen die Diskussion zu weiteren Formen der Kommunikation zwischen Patient und Arzt. „Telemedizin“, „Fernbehandlung“, „Telearzt“, „Online-Behandlung“ sind nur einige in Medien gebrauchte Begriffe, die interessierte Patienten verwirren. Mein Freund Friedrich fragt mich: Beherrschen wir die Technik noch oder beherrscht die Technik schon uns? Zwischenruf: Konrad Zuse* schrieb: „Die Gefahr, dass der Computer so wird wie der Mensch, ist nicht so groß wie die Gefahr, dass der Mensch so wird wie der Computer“. Werden wir künftig von Robotern im Pflegeheim betreut, von Robotern operiert, von Robotern beim Einkaufen begleitet, von einem „Roboter-Arzt“ behandelt, wird der Mensch als biologisches und gesellschaftliches Wesen zunehmend von künstlicher Intelligenz im Rahmen der Digitalisierung begleitet? Und weiter: Da ist das Unbehagen, die Angst, dass unsere Daten nicht „geschützt“ bleiben. Wer

überwacht mit Interesse unsere Gesundheit, aus welchen Gründen, mit welchen Absichten? Unser Interesse, unsere Begeisterung, aber auch ein Gefühl des Misstrauens gegenüber „Künstlicher Intelligenz“ hat Grenzen. Die Technologie der „Gesichtserkennung“ wird bereits gegenwärtig als Eingriff in unsere Privatsphäre als totale Überwachung der Menschen kritisiert. Künstliche Intelligenz und Gedankenlesen – wer ist in der Lage, die Gedanken seines Gesprächspartners in der Arztpraxis beziehungsweise im Krankenhaus zu lesen? Sicher wird man dann auch noch die Gedanken eines gerade Verstorbenen lesen können oder müssen. Für die Gerichtsmedizin eine erwartungsvolle Perspektive. Roboter können und dürfen alles, was Menschen können und ihnen beibringen sowie kontrollieren, wenn ihre Anwendungen rechtlichen und ethischen Normen entsprechen. Daten, Algorithmen und Rechnerleistungen befähigen Programme, selbst zu lernen und sich zu entwickeln. Im Mittelpunkt der globalen Digitalisierung stehen immer noch die gesellschaftlichen Herausforderungen an uns Menschen und an unsere Beziehungen untereinander. Unser Standpunkt ist und bleibt: Im Gesundheitswesen ist und bleibt der Arzt die erste und wichtigste Vertrauensperson jedes Patienten. Das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient in der Arztpraxis beziehungsweise am Krankenbett zu Hause oder im Krankenhaus ist und bleibt unentbehrlich. Nur der Arzt verfügt über die medizinische, psychologische und gesellschaftliche Fähigkeit, auch die Gefühlswelt seines Patienten zu verstehen, um auf der Grundlage der Kenntnis von Ursachen und Auslösern der Symptome notwendige und mögliche Folgerungen für eine optimale Therapie einzuleiten und deren Ergebnisse zu analysieren. Beispiele und Maßnahmen zur weiteren Unterstützung und Weiterentwicklung eines erfolgreichen Arzt-

Patienten-Verhältnisses wurden auch auf dem 21. Ärztekongress 2019 in Erfurt diskutiert. Mit Interesse verfolgen auch viele ältere Menschen die Diskussion zur Problematik „Fernbehandlung“. Mein Freund Friedrich nutzte schon vor vielen Jahren dankbar die „Telefon-Sprechstunde“ seines Hausarztes. Andere bewährte Formen der Beziehungen zwischen Patient und Arzt sollten aus der Sicht von Gesundheitskompetenz diskutiert werden. Eine „Fernberatung“ (keine „Fernbehandlung“) sollte unseres Erachtens im Notfall vorwiegend zur Beantwortung von Fragen in Anspruch genommen werden. Grundlage einer jeden medizinischen Betreuung ist und bleibt das persönliche vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient, auch am Telefon.

Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ beinhaltet umfangreiche Schwerpunkte für eine gesunde Lebensqualität, er enthält viele Anregungen auch für spezifische Aktionen in den Bundesländern, in Kommunen und gesellschaftlichen Organisationen. Gesundheitskompetenz bezieht sich auf alle Menschen, nicht erst im hohen Alter. Dabei geht es um Bildung und Erziehung, um Verbraucherverhalten und Ernährung, um Wohnen und Erholung, um den Umgang mit den Medien, um gesellschaftliche Teilhabe.

Mein Freund Friedrich meint, ein gesunder Mensch hat tausend Wünsche – ein kranker nur einen. CARPE DIEM.

Konrad Zuse (22.06.1910 – 18.12.1995) entwickelte den ersten funktionsfähigen vollautomatischen und frei programmgesteuerten Computer der Welt.

Dr. Hans-Jürgen Paul

„Die vorbeugenden Diskurse und Praktiken konstituieren eine Anthropologie im Gerundivum und bestimmen den Menschen als ein durch Techniken des Selbstmanagements auf der einen, durch pädagogische, medizinische, eugenische, militärische, rechtliche, sozialpolitisch usw. Maßnahmen auf der anderen Seite zu schützendes Wesen. Sie suchen weder nach Universalien menschlicher Existenz, noch verwerfen sie deren Möglichkeit, sondern übersetzen die Frage nach der condition humaine in die praktische Aufgabe risikominimierender Selbst- und Fremdführung.“

Ulrich Bröckling (2017): *Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste.* Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 85.

Landesseniorenrat Thüringen

Alter ist Kompetenz

Impressum

2/3
2017



22. Jahrgang
September 2017

SENIORENREPORT

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen

II: Prävention und Gesundheitsförderung

III: Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

IV: Ambulante ärztliche Versorgung

V: Krankenhausversorgung

VI: Geriatrische Versorgung

VII: Zur Kritik am Gesundheitssystem in Deutschland

Erfahrungsberichte Aus den Seniorenbeiräten und -vertretungen

Impressum

Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Thüringen



Auflage 2100

Herausgeber:
Landesseniorenrat Thüringen,
Jan Steinhaußen (Geschäftsführer) in
Kooperation mit der Landesgesundheitskonferenz Thüringen

Schillerstraße 36, 99096 Erfurt
Telefon: 0361/562 16 49
Mobil: 0152 55353013
Fax: 0361/601 37 46
info@landesseniorenrat-thueringen.de
www.landesseniorenrat-thueringen.de
Vorsitzende: Hannelore Hauschild

Redaktion:
Andrea Priebe, Dr. Jan Steinhaußen

Wenn Sie Fragen, Anregungen oder Kritik haben, freuen wir uns auf Ihre Post, E-Mail oder Ihren Anruf. Bitte nehmen Sie mit unserer Redaktion in Erfurt (Landesseniorenrat) Kontakt auf.

Layout und Satz: Dr. Kerstin Ramm,
Grafik und Werbung, Dorfstr. 15,
07646 Albersdorf,
Tel.: 036692/213 82,
Fax: 036692/355 77,
www.grafikundwerbung-ramm.de

Produktion: Förster & Borries GmbH & Co. KG, Zwickau

Fotoverzeichnis auf S. 2



Verlag Barbara Budrich
Stauffenbergstraße 7
51379 Leverkusen
Tel. +49 (0)2171 344 594
Fax +49 (0)2171 344 693
www.budrich-verlag.de
info@budrich.de

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autoren wieder und sind keine Stellungnahmen der Redaktion. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Beiträge zu kürzen und zu überarbeiten.
Die Nutzung von Texten und Bildern ist nur nach Rücksprache mit dem Landesseniorenrat Thüringen möglich.
Personenbezogene Substantive gelten gleichermaßen für die Geschlechter männlich/weiblich/divers.

Bei Interesse senden wir Ihnen gern gegen Übernahme der Portokosten ein Exemplar des oben abgebildeten Seniorenreports zu. Alternativ finden Sie das Heft im Internet: <https://www.landesseniorenrat-thueringen.de/eigene-publikationen.html>



 Gefördert durch den Freistaat Thüringen.