

AUSGABE 02 | November 2015

Stadtpunkte **THEMA**



Informationen zur Gesundheitsförderung



Thema

Gesundheits- kompetenz

Aus dem Inhalt

Klaus Zok
Unterschiede bei der
Gesundheitskompetenz
– ein kurzer Überblick

Bernard Braun
Gesundheitskompetenz
– eine kritische
Einschätzung

Beate Proll
Was darf ich essen? Was
möchte ich essen?



Liebe Leserinnen und Leser!



Gesundheitskompetenz – englisch: Health Literacy – meint die Fähigkeit, sinnvolle Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit zu treffen. Im Vergleich zur EU-Stichprobe mit Bürger_innen aus acht europäischen Ländern schneiden die GKV-Versicherten in Deutsch-

land unterdurchschnittlich ab (S. 3). Wie aber eignet der Mensch sich Gesundheitskompetenzen an, und geht es dabei nur um das eigene Verhalten, oder auch um soziale oder strukturelle Verhältnisse (S. 4). Was ich essen darf, kann sich unterscheiden von dem, was ich essen möchte. Schulische Lernarrangements können den Aufbau eines gesundheitsförderlichen und kompetenten Ernährungs- und Verbraucherverhaltens unterstützen (S.6). Was Patientensouveränität und Gesundheitskompetenz mit „eingebauter Nächstenliebe“ zu tun haben, erfahren Sie ab Seite 9.

Alle Akteure des Systems können auf allen Ebenen etwas tun – und organisationale Gesundheitskompetenz entwickeln! Das ist ein Ergebnis der BVPG-Statuskonferenz Health Literacy (S. 10). Derzeit arbeiten Gesundheitsförderungs- und Prä-

ventionsakteure auf der Bundesebene intensiv an den Rahmenempfehlungen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes. Auch in Hamburg hat die „Arbeitsgemeinschaft zur Landesrahmenvereinbarung“ ihre Arbeit aufgenommen. Ein Ziel, das mit dem neuen Gesetz verfolgt wird: Gesundheitskompetenz erhöhen (S.12). Die Nationale Präventionskonferenz ist ein geeigneter Ort, die Gesundheitskompetenz in Deutschland weiterzuentwickeln, denn es müssen das Bildungssystem, die Politik und weitere relevante Lebenswelten in eine gesamtgesellschaftliche Strategie eingebunden werden. Die HAG setzt sich dafür ein, solche Verhältnisse zu schaffen, dass Menschen gesund leben können. Dazu gehört auch, dass diese so gestaltet sind, dass alle Menschen befähigt sind, selbstbestimmt ihre eigene Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherstellen zu können.

Eine interessante Lektüre wünschen
Susanne Wehowsky und Team

Entschuldigung: In der Ausgabe 01-2015 ist uns ein Fehler unterlaufen. Den Beitrag „Seelische Gesundheit von Migrant-Innen“ hat nicht Iris Jäger, sondern Melek Korkmaz geschrieben.

Inhalt

- 2 Editorial
- 3 Thema
- 3 Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz – ein kurzer Überblick | Klaus Zok
- 4 Gesundheitskompetenz – Eine kritische Einschätzung | Dr. Bernard Braun
- 6 Was darf ich essen? Was möchte ich essen? | Beate Proll
- 9 Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität – Wege und Umwege | Christoph Kranich
- 10 Förderung von Gesundheitskompetenz | Ann-Cathrin Hellwig
- 12 Das Präventionsgesetz – so kommt es in die Lebenswelten | Susanne Wehowsky
- 14 Mediothek
- 15 Impressum

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtunkte Aktuell“: newsletter@hag-gesundheit.de oder unter www.hag-gesundheit.de. Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz – ein kurzer Überblick

Gesundheitskompetenz (engl.: Health Literacy) ist die „Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft allgemein.“ (Kickbusch et al. 2005, S.10). Während das Thema in Deutschland erst seit kurzem verstärkt ins wissenschaftliche und politische Bewusstsein rückt, existieren international bereits zahlreiche politische Bemühungen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Im Gesundheitswesen der USA und Kanadas ist das Thema heute schon fest verankert: Zahlreiche Handlungshilfen und Curricula für Ausbildungszwecke in der Schul- und Erwachsenenbildung sind entwickelt worden und im Einsatz. Sowohl die USA (2010) als auch China (2014) haben bereits nationale Aktionspläne zur Steigerung der „Health Literacy“ verabschiedet. Im deutschsprachigen Ausland haben sich bereits Österreich und die Schweiz aktiv aufgestellt.

Warum ist Gesundheitskompetenz wichtig?

Internationale Studien weisen darauf hin, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz mit u.a. folgenden gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen im Zusammenhang steht:

- risikoreicheres Gesundheitsverhalten
- geringere Inanspruchnahme von Angeboten zur Prävention und Früherkennung
- spätere Diagnosestellung
- geringere Therapietreue (Compliance/Adherence)
- schlechtere Selbstmanagement-Fähigkeiten
- erhöhtes Risiko einer Krankenhausaufnahme
- schlechtere physische und psychische Gesundheit
- höheres Risiko, frühzeitig zu sterben
- höhere Behandlungs- und Gesundheitskosten

Nach Schätzungen der WHO beläuft sich der Anteil der Gesundheitsausgaben durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf drei bis fünf Prozent. Schweizerische und kanadische Untersuchungen kommen auf einen ähnlichen Wert.

Wie wird Gesundheitskompetenz gemessen?

Erste Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz erfolgten in den 1990er Jahren über Erhebungen der Lese- und Schreibfähigkeit von Personen und deren Abgleich mit den erforderlichen Fähigkeiten, die sich aus vorhandenen Gesundheitsinformationen ergeben. Im Rahmen des von der Europäischen Kommission initiierten Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU, 2009-2012) wurde zur Messung der Gesundheitskompetenz erstmals ein spezifisches Instrument eingesetzt, dem eine umfassende Definition und ein integriertes konzeptuelles Modell von Gesundheitskompetenz zugrunde liegen. Der entwickelte Fragebogen (HLS-EU-47) ist untergliedert in die Bereiche Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung und misst die selbsteingeschätzte Fähigkeit

„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, sie sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“ (Ilona Kickbusch)



von Personen, bestimmte gesundheitsrelevante Informationen in den drei Bereichen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Aus den Antworten auf die insgesamt 47 Fragen wird ein auf einer Skala von 0-50 standardisierter Gesundheitskompetenz-Index mit folgenden Levels berechnet: 0-25 = unzureichende Gesundheitskompetenz; >25-33 = problematische Gesundheitskompetenz; >33-42 = ausreichende Gesundheitskompetenz; >42-50 = ausgezeichnete Gesundheitskompetenz.

Der Europäische Survey ergab, dass rund 12 Prozent der Befragten EU-Bürger über eine unzureichende und weitere 35 Prozent über eine problematische Fähigkeit verfügen, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und adäquat umzusetzen. Eine ausreichende Gesundheitskompetenz zeigten knapp 37 Prozent, eine ausgezeichnete nur 17 Prozent. Der Fragebogen wurde in acht europäischen Ländern eingesetzt: in Bulgarien, Griechenland, Irland, den Niederlanden, Österreich, Polen, Spanien und Deutschland, hier allerdings nur in Nordrhein-Westfalen.

Wie hoch ist die Gesundheitskompetenz in Deutschland?

Die Forschung zum Thema Gesundheitskompetenz steht in Deutschland noch am Anfang. Die erste bundesweit repräsentative Untersuchung zur Gesundheitskompetenz fand 2014 statt. Auf Basis der Kurzform des o. g. standardisierten europäischen Fragebogens (HLS-EU 16) hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) 2.010 gesetzlich Krankenversicherte telefonisch befragt. Die Befragung bestätigt in ihren Kernergebnissen die 2011 auf europäischer Ebene veröffentlichten Zahlen. Nach der standardisierten HLS-EU-Skala weisen in der bundesweiten Repräsentativ-Umfrage 14,5 Prozent der GKV-Versicherten eine unzureichende, 45 Prozent eine problematische, 33,5 Prozent eine ausreichende und sieben Prozent eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf.

Tabelle 2: Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich

Angaben in Prozent

Gesundheitskompetenz	GKV 2014	Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich 2009 - 2012								
		EU gesamt	Öster- reich	Bulgarien	NRW	Griechen- land	Spanien	Irland	Nieder- lande	Polen
Anzahl Befragte	1.959	7.794	979	925	1.045	998	974	959	993	921
unzureichend (0-25)	14,5	11,8	16,7	26,3	10,8	13,9	7,3	9,3	1,6	9,5
problematisch (>25 bis 33)	45,0	34,5	38,1	35,1	35,1	30,4	49,8	29,5	25,7	31,8
ausreichend (>33 bis 42)	33,4	36,7	34,8	26,7	34,4	39,9	33,4	39,0	47,9	36,6
ausgezeichnet (>42 bis 50)	7,0	17,0	10,4	11,9	19,7	15,8	9,5	22,3	24,8	22,1
Mittelwerte	31,9	33,8	32,2	30,7	34,5	33,6	33,0	35,4	37,1	35,0

Im Vergleich zur EU-Stichprobe mit Bürgern aus acht europäischen Ländern schneiden die GKV-Versicherten in Deutschland unterdurchschnittlich ab: Lediglich 40,5 Prozent verfügen über eine ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. (Quelle: WIdO-monitor 2014)

Hatten im Rahmen der EU-weiten Studie rund 47 Prozent der in Nordrhein-Westfalen Befragten eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz, sind es in der GKV-Stichprobe 2014 knapp 60 Prozent. Ebenso wie auf EU-Ebene unterscheidet sich die Gesundheitskompetenz in der deutschen Stichprobe signifikant nach Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen. Weitere Ergebnisse sind: Mehr als ein Viertel der Versicherten findet es schwierig, Informationen über Krankheitssymptome zu finden. Fast ein Drittel hat Schwierigkeiten, Medieninformationen zu verstehen. 37 Prozent der Befragten können nur schwer beurteilen, ob eine Zweitmeinung einzuholen ist oder nicht. Gut verständliche und verlässliche Informationen sind für viele Menschen das A und O, um die richtigen Entscheidungen für ihre Gesundheit zu fällen. Dass viele Menschen Schwierigkeiten haben, Unterstützungsangebote zu finden, ist ein Alarmsignal. Die Informationen müssen verständlich, nutzerorientiert und qualitätsgesichert sein und vor allem müssen sie bei den Menschen auch ankommen. Um die Gesundheitskompetenz zu verbessern, ist jedoch nicht nur das Gesundheitswesen gefordert, sondern auch in der Bildung muss Gesundheit einen festen Platz bekommen.

Ein Mangel an Wissen über Gesundheit kann zu gesundheitlichen

und finanziellen Schäden führen, wie andere internationale Studien zeigen. Weniger kompetente Menschen verhalten sich risikoreicher, nehmen Angebote zur Prävention und Früherkennung zu wenig in Anspruch, sie verhalten sich weniger oft therapietreu und gefährden den Heilungserfolg, haben ein höheres Risiko, frühzeitig zu sterben und verursachen höhere Behandlungskosten. Nach Schätzungen belaufen sich die höheren Ausgaben für das Gesundheitssystem allein für Deutschland auf bis zu 15 Milliarden Euro.

Faktenboxen

Informationen zur Erweiterung der Gesundheitskompetenz bietet der AOK-Bundesverband auf seiner Internetseite an. Unter http://www.aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index_13694.html finden Interessierte Faktenboxen zu unterschiedlichen Themen, beispielsweise zu Impfungen, Nahrungsergänzungsmitteln oder Röntgenuntersuchungen. Die grafisch aufbereiteten Informationen geben einen schnellen Überblick.

Autor: Klaus Zok, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
klaus.zok@wido.bv.aok.de

Gesundheitskompetenz – Eine kritische Einschätzung

Gesundheitskompetenz wird als Wissen, Motivation und Kompetenz definiert, Gesundheits- und Krankheitsinformationen zu finden, verstehen, beurteilen und umsetzen zu können. So ist sie zum Beispiel eine Determinante von Gesundheitsverhalten, bestimmt die Fähigkeit Krankheit zu bewältigen und Gesundheit zu erhalten, ist eine der Verhaltensdeterminanten für den Erhalt notwendiger gesundheitsbezogener Leistungen und wirkt auch als ein die soziale Ungleichheit verstärkender Faktor.

In US-amerikanischen Studien wird mangelnde Gesundheitskompetenz (GK) sogar zu einem eigenständigen Krankheitsrisiko, der „ge-

sundheitlichen Legasthenie“ (Marstedt 2010: 43). Konkret bedeutet dies: „Von Ärzten oder Apothekern ausgegebene Informationen wer-

den nicht richtig interpretiert und umgesetzt, Beipackzettel für Medikamente missverstanden oder gar nicht gelesen, körperliche Symptome und Krankheitsvorboten falsch gedeutet oder Botschaften der Pharmawerbung allzu wörtlich genommen.“ (ebd.)

Wie verbreitet ist „Gesundheitskompetenz“ bzw. deren Mangel?

Die Ergebnisse aus Umfragen mit verschiedenen im Rahmen des European Health Literacy Surveys (HLS-EU) entwickelten und validierten Instrumenten zeichnen folgendes Bild der Gesundheitskompetenz in Deutschland:

- In einer Befragung von GKV-Versicherten (Zok 2014) hatten 7% der Befragten eine ausgezeichnete, 33,5% eine ausreichende Gesundheitskompetenz, aber 45% einen problematischen oder unzureichenden Kenntnisstand.
- Im Vergleich mit mehreren europäischen Ländern ist die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung unterdurchschnittlich.
- In mehreren Studien zeigt sich, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufig eine niedrige Gesundheitskompetenz haben: In der bereits erwähnten Studie in NRW traf dies beispielsweise auf 81,6% der 65- bis 80-jährigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu (zit. nach Quenzel et al. 2014). In Gesamtdeutschland war 2013 in der Befragung „Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)“ des Robert Koch Instituts (RKI) die Gesundheitskompetenz von 50,8% der Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss problematisch oder unzulänglich. Dieser Anteil war bei den Frauen mit hohem Bildungsabschluss geringer, betrug aber immer noch 35,5% (zit. nach Jordan/Hoebel 2014).

Welche Folgen hat mangelnde „Gesundheitskompetenz“?

Die internationalen und nationalen Studien, die untersuchten, welche Wirkungen die Gesundheitskompetenz zum Beispiel auf den Gesundheitszustand hat, liefern keine eindeutigen Ergebnisse:

- Studien in den USA stellten bei Bürger_innen mit Defiziten bei der Gesundheitskompetenz ein erhöhtes Risiko fest, z.B. an Diabetes, Bluthochdruck oder Arthritis zu erkranken (Wolf, Gazmartarian, Baker 2005) oder sogar für ältere Menschen frühzeitig zu sterben (Baker et al. 2007).
- Ein Versuch, einen Zusammenhang von überwiegend wissensbasierter niedriger Gesundheitskompetenz und chronischen Erkrankungen oder einer lang andauernden Krankheit, Behinderung oder körperlicher Gebrechlichkeit in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung nachzuweisen (Kickbusch, Marstedt 2008) scheiterte. Nach einer multivariaten Analyse mit einer Vielzahl von soziodemografischen, Verhaltens- und Kompetenzfaktoren war der Alterseinfluss und die Höhe des Body Mass Index am stärksten. Der generelle Einfluss von Gesundheitswissen war deutlich schwächer. Nur beim emotionalen Befinden sieht es bei chronisch Kranken mit hoher Gesundheitskompetenz deutlich besser aus.
- Deutlich mehr signifikante Zusammenhänge findet dagegen die GEDA-Studie: Hier war die Achtsamkeit auf die eigene Gesundheit 2013 bei Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz um

165% höher als bei den Bürger_innen mit unzulänglicher. Ähnlich war es, wenngleich auf niedrigerem Niveau, bei körperlichen Aktivitäten in der Freizeit. Zusammenhänge mit dem Rauchverhalten waren aber nicht zu finden. Ferner existieren positive Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz und Krankheiten oder gesundheitlichen Beschwerden. Die Chancen für schwere körperliche Schmerzen oder Depressionen waren bei Personen mit hoher Gesundheitskompetenz um rund 60% oder 80% geringer als bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz.

- Es verwundert schließlich nicht, wenn die Chance für einen guten oder sehr guten selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand bei den Bundesbürger_innen mit hoher Gesundheitskompetenz 2013 rund dreimal so häufig war wie bei ihren Mitbürger_innen mit unzulänglicher Gesundheitskompetenz (zit. nach Jordan/Hoebel 2014)

Health Literacy = Gesundheitskompetenz

Der Begriff Health Literacy kommt aus dem englischen Sprachraum und wird im Deutschen meist mit Gesundheitskompetenz übersetzt. Es gibt zwei Hauptrichtungen: Die eine kommt aus dem klinischen Umfeld, bekannt auch unter dem Begriff Patientenkompetenz (medical literacy oder patient health literacy). Health Literacy beschreibt hier die Fähigkeiten, die ein/e Patient_in haben muss, um Gesundheitsinformationen zu lesen, zu verstehen und beurteilen zu können. Die andere Richtung ist die Public Health-orientierte Gesundheitskompetenz. Sie soll Menschen befähigen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken (Quint-essenz, 2010).

Wie kann „Gesundheitskompetenz“ verbessert werden?

Angesichts der großen Anzahl von Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz und dem Problem, einen Teil der gesundheits- und gesundheitssystembezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten ohne unmittelbaren Anlass, d.h. als gesunde Personen aneignen zu müssen, ist klar, dass dies nicht mit einer bunten Broschüre der Krankenkassen oder der regelmäßigen Lektüre von Gesundheitsspalten in Tageszeitungen, dem Mitgliedermagazin einer Krankenkasse oder der Apothekenumschau allein zu leisten ist.

Vielmehr geht es um eine Fülle miteinander verknüpfter Aktivitäten und Maßnahmen. Dazu gehört vor allem,

- die Gesundheitsorganisationen und -einrichtungen aber auch Arbeitgeber und den Gesetzgeber für das Problem zu sensibilisieren,
- die Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe und auch deren eigene Gesundheitskompetenz zu verbessern,
- die Eltern-Gesundheitsbildung in Bezug auf die Entwicklung von Kindern zu fördern,
- die Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen in der Vorschul-, Schul- und Erwachsenenbildung sowie in der außerschulischen Jugendarbeit zu fördern und
- verlässliche und laienverständliche Gesundheitsinformationen zu erstellen und zu verbreiten



– und überall die Reduzierung von sozialer Ungleichheit anzustreben.

Dazu gehören aber auch wirksame bildungspolitische Bemühungen, den Anteil von rund 15% strukturellen Analphabeten in der Bevölkerung zu reduzieren, verbraucherpolitische Initiativen, die Korrektheit und Verständlichkeit von gesundheitsbezogenen Informationen auf Lebensmittelverpackungen zu sichern, die obligatorische Überprüfung der Gesundheitsverträglichkeit von Gesetzen und Verordnungen („health in all policies“) oder eine von Krankenkassen und ärztlich-medizinischen Leistungsanbietern zu entwickelnde und zu fördernde Alltagskultur der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient_in und Arzt oder Ärztin.

Realistischer Weise muss man sagen, dass die bisherigen praktischen Fortschritte bei diesen Maßnahmen bescheiden sind.

So richtig und auch empirisch belegt die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für das Verhalten und die Verhältnisse im Gesundheitswesen ist, so problematisch ist es allerdings, dies allein oder vorrangig durch die Vermittlung und Aneignung von korrektem Wissen und partizipative oder kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten auf Seiten der Versicherten oder

Patient_innen erreichen zu wollen und in bester Absicht aus der Verbesserung der Gesundheitskompetenz eine normative und auch sanktionierte Pflicht zur Gesundheitskompetenz werden zu lassen. Dies vernachlässigt, dass ein Teil der Schwachstellen und Dysfunktionen nicht Folge von Kompetenzmängeln, sondern von Macht- und Herrschaftsstrukturen und -verhalten ist. Eine allzu starke Konzentration auf die Gesundheitskompetenz von Versicherten oder Patient_innen vernachlässigt außerdem, dass auch professionelle Akteure wie Ärzte/Ärztinnen oder Krankenkassenmitarbeiter_innen enorme Kompetenzlücken haben oder desinformiert sind. So warnt beispielsweise eine Studie vor den Wissensdefiziten der Ärzte über das Mammographiescreening: „Verlässt sich der Patient in seiner Unwissenheit ganz auf den Arzt, kann er ebenfalls schnell verlassen sein“ (Gigerenzer, Wegwarth 2008: 513).

Autor und Literatur: Dr. Bernard Braun, Gesundheitswissenschaftler im SOCIUM der Universität Bremen, bbraun@zes.uni-bremen.de, bernard.jm.braun@googlemail.com, www.forum-gesundheitspolitik.de

Was darf ich essen? – Was möchte ich essen?

Gestaltung von schulischen Lernarrangements zum gesundheitsförderlichen und nachhaltigem Ernährungs- und Verbraucherverhalten

Die in der Überschrift aufgeworfenen Fragen können in der pädagogischen Praxis miteinander verknüpft oder als Gegensatzpaare verstanden werden. Im ersten Fall werden persönliche Präferenzen bzw. der individuelle bzw. familiäre Lebensstil und ernährungsphysiologische sowie werteorientierte Leitlinien aufeinander bezogen. Im zweiten Fall wird eine Hierarchisierung vorgenommen, d.h. es gibt wissenschaftliche Argumente für eine bestimmte Ernährungsweise, und darauf wird das individuelle Ernährungs- und Verbraucherverhalten abgestimmt.

Bei schulischen Projekten sind beide Herangehensweisen zu finden. Mit Hilfe der Konzepte zur Kompetenzorientierung – sowohl übergeordnet, losgelöst von spezifischen Fachdomänen als auch an der Gesundheitskompetenz ausgerichtet – wird im Folgenden beleuchtet, was bei einer wirksamen Ernährungs- und Verbraucherbildung berücksichtigt werden sollte.

Ein zeitgemäßer Lernbegriff

Auch in der Ernährungs- und Verbraucherbildung kann der konstruktivistische Lernbegriff zu Grunde gelegt werden. Es geht heutzutage nicht mehr – wie beim Modell des „Nürnberger Trichters“ – darum, isolierte Wissensbestände zu bestimmten Schwerpunkten, wie z.B. zu Nährstoffen, Stoffwechselerkrankungen oder Verfahren der Lebensmittelherstellung als so genanntes „träges“ Wissen anzuhäufen. Vielmehr stehen beim „intelligenten“ Wissen die Übertragung und Anwendung in unterschiedlichen Kontexten, wie z.B. in theoretischen und praktischen Anwendungssituationen, im Vordergrund. Wissensbestände einer Person erweitern sich dann, wenn beim Aneignungsprozess von neuen Wissens-elementen „Ankerplätze“ in der bestehenden Wissensstruktur genutzt werden. Lernen ist somit ein individueller, eigenständiger Prozess, der von außen nicht direkt gesteuert, wohl aber



angeregt, gefördert und organisiert werden kann. In Lernprozessen konstruiert der Lernende aktiv sein Wissen, während ihm die Pädagoginnen und Pädagogen Problemsituationen und Methoden zur Problembearbeitung zur Verfügung stellen (Hamburger Bildungs- und Rahmenpläne). Daraus ergibt sich für die Gestaltung von Lernsituationen, dass Möglichkeiten zum individualisierten und selbstgesteuerten Lernen geschaffen werden müssen. Eng mit diesem Konzept verbunden ist

der Kompetenzbegriff. Dabei handelt es sich orientiert an Weinert um erlernbare, kognitiv verankerte, wissensbasierte Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine erfolgreiche Bewältigung bestimmter Alltagssituationen ermöglichen. Der Begriff umfasst auch Interessen, Motivation, Werthaltungen und soziale Bereitschaften der Lernenden (Rainer Lersch, Pädagogik 12/2007).

Lehrkräfte beschreiben laut Johannes Bastian, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Fachzeitschrift Pädagogik, mit dem Ausdruck „Lernarrangement“ eine Form des Handelns, die über das „Stunden-Geben“ hinausgeht; sie suchen einen Begriff, der etwas mit der Gestaltung von Lernumgebungen und -prozessen zu tun hat und der Selbstständigkeit der Schülerinnen und Schüler besondere Aufmerksamkeit schenkt. Lernarrangements sind dabei immer Lehr-Lernarrangements, d.h. die Verantwortung für die Gestaltung von geeigneten Lernumgebungen und zielführenden Lernsituationen bleibt unter zunehmend stärkerer Einbeziehung der Lernenden in der Verantwortung der schulischen Pädagog_innen (Pädagogik 10/2014). Lehrkräfte berücksichtigen dabei Konzepte des individualisierten und selbstgesteuertes Lernens und sind in der Lage, unterschiedliche methodische Zugänge (z. B. Instruktionen der Lehrkraft, Gruppenarbeitsphasen, Feed-Back, Auswertung) je nach Lerngegenstand und Zielsetzung miteinander zu verknüpfen. Dieses gilt es auch bei der Ausgestaltung der Ernährungs- und Verbraucherbildung zu berücksichtigen: Inzwischen hat sich eine handlungsorientierte Herangehensweise jenseits von geschlechterstereotypen Zuschreibungen, d.h. gemeinsames Einkaufen, Zubereiten und Verzehren von Gerichten, unter bestimmten Fragestellungen, etabliert. Die Weiterentwicklung von Unterrichtsmaterialien in der Ernährungs- und Verbraucherbildung geht weg von einer „Kultur des Abarbeitens von Arbeitsblättern“ hin zu Materialien, die unterschiedliche Lernniveaus und die Vielfalt der Lebenswelten sowohl hinsichtlich des Kontextes sowie der Abbildungen aufgreifen. Dabei werden auch Informationen in so genannter leichter Sprache angeboten.

Gesundheitsförderung und Prävention im Handlungsfeld Schule

Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat im November 2012 Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule und im September 2013 zur Verbraucherbildung an Schulen veröffentlicht. Dabei wird betont, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nur wirksam sind, wenn sie im Rahmen der Schulentwicklung im Sinne einer guten und gesunden Schule umgesetzt werden. Erfahrungen zeigen, dass einzelne, isoliert angebotene Module zur Ernährungs- und Verbraucherbildung wenig Wirkung entfalten. Beispielhaft können aus der Verbraucherbildung folgende Themen und Handlungsfelder genannt werden:

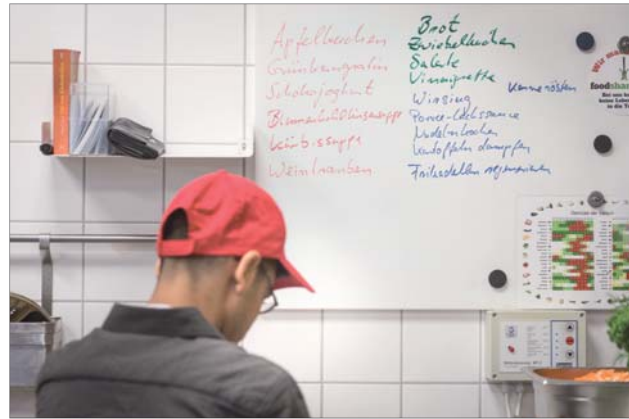
Ernährung und Gesundheit, z.B.

- gesunde Lebensführung
- Nahrungsmittelkette vom Anbau bis zum Konsum
- Qualität von Lebensmitteln und ihre Kennzeichnung
- Wertschätzung von Lebensmitteln/Vermeidung von Lebensmittelverschwendung

Nachhaltiger Konsum, z.B.

- fairer Handel und Produktkennzeichnungen
- Klima, Energie und Ressourcen
- Mobilität und Wohnen
- Lebensstile
- Ressourcen

Jedes Bundesland entscheidet im Rahmen der föderalen Bildungsstruktur, wie diese Empfehlungen umgesetzt werden.



In Hamburg ist Gesundheitsförderung laut Hamburgischem Schulgesetz schon lange ein verpflichtend zu unterrichtendes Aufgabengebiet; dieses wird auf der Grundlage der entsprechenden Bildungs- und Rahmenpläne fächerübergreifend umgesetzt. Im Rahmen der selbstverantworteten Schule können unterschiedliche Schwerpunkte gewählt werden. Lernanlässe berücksichtigen dabei die drei Kategorien „Erkennen“, „Bewerten“ und „Handeln“, die jedoch immer zusammen und nicht hierarchisch gedacht werden sollten.

Beispielhaft werden hier die Vorgaben für die Ernährungsbildung in der Grundschule dargestellt:

Anforderungen am Ende der Jahrgangsstufe 2

Schülerinnen und Schüler

- kennen gesunde und wohlschmeckende Lebensmittel,
- kennen einige regionale Nahrungsmittel und beschreiben, woher diese kommen,
- stellen dar, in welchen Situationen ihnen etwas besonders gut schmeckt,
- bereiten aus Obst und Gemüse kleine Mahlzeiten zu,
- decken einen Tisch und halten sich an vereinbarte Regeln beim gemeinsamen Essen.

Anforderungen am Ende der Jahrgangsstufe 4

Schülerinnen und Schüler

- stellen den Weg der Nahrung durch den Körper dar,
- erklären, wie und warum man sich gesund ernährt,
- zählen gesunde regionale Nahrungsmittel auf und beschreiben, was man daraus zubereiten kann,
- nehmen bewusst wahr, wann und warum sie Süßigkeiten essen,
- vergleichen ihre Bewegungs- und Essgewohnheiten mit denen anderer,
- wählen gezielt Lebensmittel aus und bereiten daraus gemeinsam kleinere gesunde Mahlzeiten zu,
- gestalten selbstständig eine Tischgemeinschaft und sorgen beim Verzehr auf das Einhalten der Tischregeln.



Health Literacy – Gesundheitskompetenzen in der Schule fördern

Laut Sørensen ist Gesundheitskompetenz mit Bildung verknüpft (Journal Gesundheitsförderung 1/2015). Es geht dabei um die Fähigkeit und Motivation der Einzelnen bzw. des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen für die Gesundheit zu treffen und entsprechend zu handeln (Kickbusch 2005). Dafür können in der Schule altersgemäße Lernanlässe und Erprobungsfelder geschaffen werden. So sollen Schülerinnen und Schüler lernen, auf gesundheitsrelevante Informationen zuzugreifen, diese zu verstehen, zu interpretieren und zu beurteilen.

In ihrem Alltag werden Kinder und Jugendliche befähigt und darin gestärkt, sich auf der Grundlage von solidem Wissen gesundheitsförderlich zu verhalten. Sie erfahren, dass es dabei nicht nur um die Verbesserung der individuellen Lebensqualität geht, sondern dass sie sich als einzelne und in der Gruppe für die Schaffung gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen einsetzen können (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2015). Dabei wird davon ausgegangen, dass im Sinne einer Empowermentstrategie Kinder und Jugendliche durch entsprechendes Wissen auch ihr Verhalten ändern. Studien zu anderen pädagogischen Fragestellungen machen jedoch deutlich, dass Verhaltensänderungen komplexe multifaktorielle Geschehnisse zu Grunde liegen und dass nicht von einfachen linearen Wirkungsketten auszugehen ist.

Es gibt verschiedene Definitionen von Gesundheitskompetenz und noch keinen allgemeinen Konsens, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten diese Kompetenz konstituieren (Soellner 2010). So ist beispielsweise die Unterscheidung zwischen „skills“ und „Kompetenzen“ für die pädagogische Praxis nicht unbedingt zielführend; Begriffe wie „Life-skills“ und „Lebenskompetenzen“ werden daher häufig synonym benutzt. Inwieweit zur Gesundheitskompetenz vorliegende Strukturmodelle sowie konzeptionelle Rahmen als Kompetenzmodelle fürs Lernen geeignet sind, muss noch geprüft werden.

Die in den Hamburger Bildungs- und Rahmenplänen benannten übergeordneten/-fachlichen Kompetenzen können für den Aufbau von Gesundheitskompetenzen genutzt werden. Dazu gehören kommunikative und kritisch-analytische

Kompetenzen. Im Bereich Selbstkonzept und Motivation stehen die Wahrnehmung der eigenen Person und die motivationale Einstellung im Mittelpunkt. So sollen Schülerinnen und Schüler insbesondere Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickeln, aber auch lernen, selbstkritisch zu sein. Ebenso sollen sie lernen, eigene Meinungen zu vertreten sowie sich eigene Ziele zu setzen und zu verfolgen. Bei den sozialen Kompetenzen steht der angemessene Umgang mit anderen im Mittelpunkt, darunter die Fähigkeiten, zu kommunizieren, zu kooperieren, Rücksicht zu nehmen und Hilfe zu leisten sowie sich in Konflikten angemessen zu verhalten. Bei den lernmethodischen Kompetenzen stehen die Fähigkeit zum systematischen, zielgerichteten Lernen sowie die Nutzung von Strategien und Medien zur Beschaffung und Darstellung von Informationen im Mittelpunkt (Hamburger Bildungs- und Rahmenpläne). Dabei sind Wissen und die Reflexion über gesundheitsförderliche Lebensstile eine wichtige Grundlage. In unserer Wissensgesellschaft kommt dabei das Beschaffen und Beurteilen gesundheitsrelevanter Informationen eine hohe Bedeutung zu.



Wie schon oben dargestellt, geht es nicht nur um individuelle Verhaltensweisen. Gerade im Schulalltag der Ganztagschulen können Kinder und Jugendliche gesundheitsförderliches Verhalten erproben und üben; sie können gemeinsam mit schulischen Pädagog_innen und Eltern die Lebenswelt Schule aktiv gestalten. Beispielsweise sollten sich die Inhalte der Ernährungs- und Verbraucherbildung auch im Schulalltag bzw. Schulleben abbilden. So wird im Unterricht Gelerntes zur Ernährung nur dann in konkretes Alltagshandeln umgesetzt, wenn sich dieses auch in dem Verpflegungsangebot der Schule widerspiegelt. Durch die Diskussion und gegebenenfalls Entscheidung zur Verwendung von regionalen, saisonalen, biologischen und fairen Produkten in der Schule, lernen Schülerinnen und Schüler, sich zu positionieren und wie Verbraucher_innen Einfluss nehmen können.

Autorin und Literatur: Beate Proll, Abteilungsleiterin LIB
Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
Behörde für Schulentwicklung und Berufsbildung, Hamburg
beate.proll@li-hamburg.de

Gesundheitskompetenz und Patientenouveränität – Wege und Umwege

In der Demokratie soll das Volk herrschen. Sowohl Jede_r über sich selbst als auch alle gemeinsam über die Organisation unserer Gesellschaft. Übertragen auf Gesundheitsfragen könnte das heißen: Menschen sollen sich selbst darum kümmern, gesund zu bleiben.

Und wenn diese Bemühung an Grenzen kommt, sollen sie über den Umgang mit Krankheit und Therapie so weitgehend wie möglich selbst bestimmen: durch „Gesundheitskompetenz“, durch partnerschaftliches Entscheiden von Arzt oder Ärztin und Patient_in; mittels Patientenverfügung und Organspendeausweis sogar noch dann, wenn sie ihre Bedürfnisse gar nicht mehr selbst artikulieren können.

Patientenorganisationen reden mit

Seit gut zehn Jahren dürfen Patientenorganisationen außerdem auch bei der Gestaltung des Gesundheitsversorgungssystems (das eigentlich eher ein Krankheiten-Behandlungssystem ist), mitreden, wenn auch erst einmal nur beratend. Patientinnen und Patienten werden damit, ganz im Sinne des demokratischen Gedankens, immer mehr von passiv Leidenden und Erduldenden zu aktiv Handelnden – und (wenigstens in Ansätzen) auch zu einem gesellschaftlichen Akteur.

Was heißt das? Einerseits für mich als Individuum: Was muss ich lernen, womit mich auseinandersetzen? Und andererseits auch für die Gesellschaft (uns alle): Welche Strukturen müssen wir schaffen, damit ich als Einzelne_r das alles auch kann?

Querschnittsaufgabe Gesundheitsbildung

Häufig wird gefordert, Gesundheitserziehung schon in der Schule als Pflichtfach anzubieten, damit schon Kinder wissen, was gut für sie ist und was nicht. Allerdings erreichen Programme der individuellen Prävention doch eher die, die sie weniger nötig haben. Ich würde das Fach anders nennen. So wie in der WHO-Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe aller Politiksektoren bezeichnet wird, ist Gesundheitsbildung eine Querschnittsaufgabe aller Schulfächer. Sie gehört nicht nur in die Biologie, sondern beispielsweise auch in die Sozial- und Wirtschaftskunde.

Ich würde in möglichst vielen Fächern vermitteln: Dass wir Menschen grundsätzlich soziale Wesen sind und gar nicht ohne die Anderen leben können; dass Wirtschaften immer heißt, einerseits für Andere Waren oder Dienstleistungen zu produzieren und andererseits solche von Anderen zu beziehen. Und dass dieses Prinzip der gegenseitigen Abhängigkeit und Hilfe, das im Wirtschaften als Tauschverhältnis organisiert ist, in Fragen von Gesundheit und Krankheit noch in eine weitere Dimension gesteigert auftritt, die meist als Solidarität bezeichnet wird, die aber genauso auch Brüderlichkeit oder Nächstenliebe heißen könnte. Unsere Krankenversicherung – die gesetzliche noch deutlicher als die private – leistet für jedes ihrer Mitglieder das Notwendige, egal wie viel er oder sie bisher in diesen Solidarfonds einbezahlt hat.

Eingebaute Nächstenliebe

In einem Beitrag für ein Medizinökonomie-Lehrbuch habe ich das einmal „eingebaute Nächstenliebe“ genannt: In un-

serem sogenannten Gesundheitssystem ist die Solidarität in ausgeprägteste Form implementiert. Das muss auch so sein, schließlich entstehen Krankheiten nie nur durch eigene Schuld. Auch wenn eigenes Verhalten oft mitwirkt – etwa Extremsport, Rauchen, Bewegungsmangel, zu fettes und süßes Essen usw. – lässt sich niemals isolieren, wie stark sein Anteil ist gegenüber den Einflüssen der sozialen Welt (z.B. Zigaretten- und Zucker-Werbung), der Umwelt (z.B. Luftverschmutzung), der Erbsubstanz und anderer Faktoren.

Gesundheitskompetenz-Modell

Es gibt unterschiedliche Modelle zum Thema Gesundheitskompetenz. Das bekannteste Modell ist das von Don Nutbeam (2000), das drei Ebenen beschreibt:

1. Mit funktionaler Gesundheitskompetenz ist das Lesen und Verstehen von Gesundheitsinformationen oder die Nutzung von Angeboten gemeint.
2. Unter der kommunikativen, interaktiven Gesundheitskompetenz versteht man soziale und kommunikative Fähigkeiten, welche es ermöglichen, eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einzunehmen.
3. Die kritische Gesundheitskompetenz umfasst die kritische Analyse und den kritischen Umgang von Gesundheitsinformationen und Institutionen.

Mit diesem Schulfach – ich nenne es einmal „Solidarkunde“ – würde ich versuchen, schon früh in jungen Menschen ein Gefühl und später auch ein Bewusstsein dafür zu verankern, dass das Streben nach dem eigenen Glück, das wir als Sozialdarwinismus seit mehr als hundert Jahren immer mehr zur Lebensmaxime erhoben haben und selten hinterfragen, die Menschheit in immer größere Spaltung führt: in Arme und Reiche, Kranke und Gesunde, Glückliche und Unglückliche. Dieses Gefühl und Bewusstsein könnte, so hoffe ich, frühzeitig zu einem wertschätzenderen Umgang der Menschen miteinander beitragen: Es ist für die Welt und die Mitmenschen nicht egal, wie egoistisch ich mich benehme; sie müssen die Folgen (mit)tragen. Der jugendliche Komasäufer, der nachts in der Krankenhausambulanz versorgt werden muss, soll nicht primär eine Strafe oder Standpauke bekommen, sondern seine Einbettung in Systeme, die ihm in einer solchen Situation helfen, konkret erleben und würdigen können.

Vielleicht komme ich auf dieses Beispiel, weil ich selbst in der Pubertät einmal erlebt habe, wie ein guter Freund nach einem nächtlichen Exzess völlig derangiert nach Hause gebracht wurde und ich die nicht sehr ästhetische Aufgabe der Reinigung und Versorgung übernehmen musste. Ich habe mich danach nie mehr so betrunken, dass ich selbst solche Hilfe gebraucht hätte. Es wäre mir zu peinlich gewesen.



„Solidarkunde“

Ich habe keine Ahnung, wie ein solches Schulfach aussehen könnte. Vielleicht muss es ja auch Grundprinzip jeden Unterrichts werden, nicht mehr die Besten zu küren, wie im Sport auf dem Siebertreppchen, sondern Jeden und Jede nach seinen und ihren jeweiligen Leistungen anzuerkennen und zu würdigen. Das klingt wie der Gedanke der Inklusion: Auch wer eine Einschränkung mitbringt, kann den Anderen etwas ganz Besonderes geben. Wir müssen nur organisieren, dass die Menschen sich anders wahrnehmen lernen. Dass sie sich nicht nach schwarz-weißen Skalen beurteilen und bewerten (gut – schlecht, begabt – unbegabt usw.), sondern differenzierter schauen lernen. Das Feld des Lebens ist vielfältig und bunt.



Christoph Kranich: Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe als Kennzeichen eines modernen Gesundheitswesens. In: Thielscher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. 2. Auflage, Wiesbaden 2015: Springer Gabler, 762 S., S. 707–717

Motivation macht kompetent

Gesundheitskompetenz kann nicht antrainiert werden. Viel wichtiger ist die Motivation, einerseits selbst gesund zu sein und andererseits Anderen dabei zu helfen. „Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer“, soll Antoine de Saint-Exupéry gesagt haben. Die Übersetzung könnte so lauten: Wenn Du gesundheits- und krankheitskompetente Menschen ausbilden willst, dann sage ihnen nicht, wie der Körper funktioniert, wie viele Zigaretten am Tag wie schnell Lungenkrebs erzeugen und wie gefährlich Stickoxyde von Dieselmotoren in der Atemluft sind, sondern hilf ihnen, ein Gefühl zu entwickeln für die Wichtigkeit von Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe im Umgang miteinander – für eine menschliche Gesellschaft!

Autor und Literatur: Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg, Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
kranich@vzhh.de

Förderung von Gesundheitskompetenz

Nachlese zur BVPG-Statuskonferenz „Health Literacy“

Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – so stellten es sowohl Dr. Ute Teichert, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, als auch Dr. Beate Grossmann, stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), zu Beginn der Statuskonferenz „Health Literacy“ heraus.

Doch welche Ansätze werden dazu in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt? Und welche Weiterentwicklungen sind notwendig? Unter anderem diesen Fragen gingen 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer am 8. Oktober 2015 im Rahmen der BVPG-Statuskonferenz „Health Literacy“ in Düsseldorf nach.

Health Literacy-Konzept

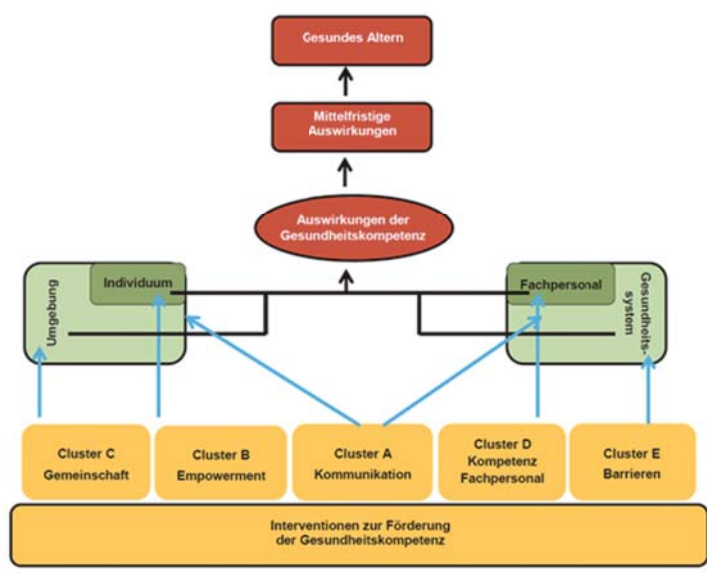
Eine Einführung in das Themenfeld gab Marie-Luise Dierks, Professorin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie stellte das Health Literacy-Konzept vor und zeigte auf, dass sich Gesundheitskompetenz in einem sozialen bzw. gesellschaftlichen Kontext entwickelt. Dabei stellen sowohl der persönliche Zugang zu als auch der Umgang mit Gesundheit, die individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheit, das soziale Umfeld, der Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem sowie auch die Politik Bereiche dar, die den Aufbau von Gesundheitskompetenz beeinflussen. Entsprechend sind die Chancen der Menschen auf eine gute Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft unterschiedlich verteilt. Frau Prof. Dierks betonte auch, dass es noch Entwick-

lungsbedarf in Bezug auf adäquate Erhebungsinstrumente zur Erfassung der individuellen Gesundheitskompetenz gibt: So bleibt bei den aktuell eingesetzten standardisierten Fragebögen unklar, ob tatsächlich die Kompetenz der Befragten oder nicht vielmehr die „Responsiveness“, also die Fähigkeit eines Gesundheitssystems die Erwartungen der Nutzer_innen zu erfüllen, erfasst wird.

Ausmaß von Gesundheitskompetenz

Einen Überblick über das Ausmaß der Gesundheitskompetenz in Deutschland gab Dr. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband, anhand aktueller Studiendaten. In Übereinstimmung mit seiner Vorrednerin zeigte er auf, dass die Höhe der Gesundheitskompetenz auch von sozioökonomischen Faktoren abhängt. Einen Beleg dafür lieferte der Experte unter anderem mit der Studie zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen in Nordrhein-Westfalen. Demnach zählt in der Gruppe der bildungsfernen Jugendlichen weniger die eigene Schulbildung zu den prägenden sozioökonomischen Faktoren, sondern vielmehr die Bildung der Eltern und der Wohlstand der Familie.

IROHLA-Modell zur Klassifizierung von Interventionen



Gesundheitskompetenz älterer Menschen

Mit der Vorstellung des Projekts IROHLA (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population) lenkte Theresia Rohde, wissenschaftliche Referentin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Blick der Teilnehmenden auf europäische Aktivitäten zur Steigerung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Die BZgA beteiligt sich an dem EU-Projekt IROHLA, dessen Ziel es ist, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis zu erarbeiten. Dazu wurden im Rahmen des Projektes u.a. ein Modell zur Gesundheitskompetenz sowie ein Leitfaden für die Datensammlung und Analyse von Interventionen entwickelt. Einblicke in die Praxis und Raum für Diskussionen boten insbesondere die Vorträge am Nachmittag.

Selbstmanagementfähigkeiten verbessern

Mit dem INSEA-Programm (INitiative für SELbstmanagement und Aktives Leben) stellte Prof. Marie-Luise Dierks die deutsche Version des amerikanischen „Chronic Disease Self-Management Programs“ (CDSMP) vor. Im Rahmen dieses Programms lernen chronisch erkrankte Menschen Wege und Methoden kennen, die ihre Selbstmanagementfähigkeiten verbessern – und dies mit Erfolg: Wie die Evaluationsergebnisse zeigen, steigerten sich u.a. die Energie, das Gefühl der Selbstwirksamkeit und das psychische Wohlbefinden der Teilnehmenden durch das Programm.

Niedrigschwellige Angebote

Dem Handlungsfeld „Gesundheitskompetenz in Unternehmen“ widmete sich schließlich Dr. Peter Krauss-Hoffmann,

Vertreter der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Im Rahmen seines Vortrags stellte er das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) vor und zeigte auf, dass zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz im Betrieb sowohl die personale Ebene (Beschäftigte) als auch die organisationale Ebene (Betriebe) berücksichtigt werden müssen. Dazu hält das Projekt psyGA über die Website www.psyga.info qualitätsgesicherte und niedrighschwellige Angebote wie Broschüren, Handlungshilfen und E-Learning-Tools für Führungskräfte, Beschäftigte und Fachakteure in Unternehmen bereit.

Gesundheitskompetenz ist ausbaufähig

Wie die Vorträge und Statements der Referentinnen und Referenten sowie die Wortbeiträge aus dem Plenum veranschaulichten, ist das Handlungsfeld „Health Literacy“ noch ausbaufähig und wohl auch ausbaubedürftig, dennoch liegen bereits heute vielversprechende Ansatzpunkte vor. Deutlich machte

Publikationen 2015 (Auswahl)

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9 – 2015. Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag
Journal Gesundheitsförderung 1|2015. Schwerpunkt Gesundheitskompetenz. Konzept, Daten, Umsetzung. Gamburg: Conrad Verlag



die abschließende Diskussion, dass die Steigerung von Gesundheitskompetenz eine Aufgabe aller ist. Hierbei ist es nicht ausreichend, lediglich Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht zu nehmen; ebenso müssen das Bildungssystem, die Politik und weitere relevante Lebenswelten in eine gesamtgesellschaftliche Strategie eingebunden werden. Ebenso spiegelt die Diskussion die Notwendigkeit wider, Gesundheitskompetenz nicht nur als individuelle Eigenschaft zu verstehen, die bspw. durch Beratungen oder Schulungen verbessert werden kann. Nicht vernachlässigt werden dürfe,

dass Health Literacy auch auf der Ebene von Systemen unterstützt werden kann, indem Anforderungen an die Nutzerinnen und Nutzer verringert werden. Hier gilt es, auf institutioneller Ebene adäquate Ansatzpunkte zu identifizieren, die zur Verbesserung der „organisationalen Gesundheitskompetenz“ beitragen können.

Autorin: Ann-Cathrin Hellwig, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg), info@bvpraevention.de, www.bvpg.de

Das Präventionsgesetz – so kommt es in die Lebenswelten

Überblick über die Rahmenbedingungen und Einschätzung für die Umsetzung auf Landesebene

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) trat am 25. Juli 2015 in Kraft und wird ab 1. Januar 2016 wirksam. Es stärkt die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Im Fokus steht unter anderem, gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten Kita, Schule, Betrieb, Pflegesituationen und im Dachsetting Stadtteil zu stärken. Ziel ist es, die Gesundheitschancen für alle Menschen zu erhöhen, Krankheiten zu vermeiden, den geänderten Arbeitsanforderungen zu begegnen und den demografischen Wandel zu gestalten. Auch sollen die Gesundheitskompetenz und die Patient_innensouveränität erhöht werden.

Das Gesetz besteht im Wesentlichen aus einer Ergänzung des § 20, SGB V – und nimmt damit vorrangig die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in die Pflicht. Gemeinsam mit der Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie den Ländern und Kommunen, der Arbeitsagentur und anderen relevanten Stellen sollen auf Bundesebene eine Nationale Präventionsstrategie erarbeitet und auf Länderebene Landesrahmenvereinbarungen (LRV) geschlossen werden. Zusätzlich können auch die private Kranken- und Pflegeversicherung oder die Träger der Grundsicherung hinzugezogen werden. Die LRV soll sich an der nationalen Präventionsstrategie orientieren. Sie regelt gemeinsame und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder, Zuständigkeitsfragen, die Koordinierung von Leistungen der Beteiligten, die Mitwirkung weiterer Einrichtungen sowie die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Jugendhilfe.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind qua Gesetz aufgefordert, sich gemeinsam in Lebenswelten zu engagieren. Dabei soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unterstützen – zum Beispiel durch die Entwicklung und Qualitäts-



Informationsveranstaltung „Da ist es: das Präventionsgesetz“ am 9.9.15 in Hamburg mit (v.l.n.r.) Olaf Liebzig (BMG), Dr. Volker Wanek (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert (HAG), Dr. Heidrun Thaiss (BZgA)

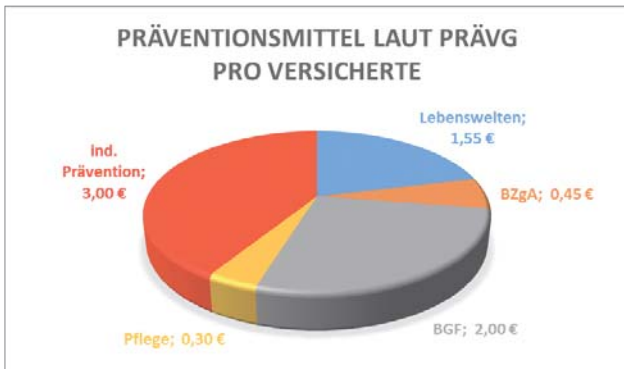
sicherung kassenübergreifender Leistungen. Diese sollen auf den jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen basieren. Um das zu gewährleisten, sollen Kooperationspartner auf Länderebene eingebunden werden.

Finanzierung

Ab 2016 werden die gesetzlichen Krankenkassen 7,00 Euro pro Versicherten und Jahr in Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Davon fließen 2,00 Euro in die Lebenswelten Kita, Schule und Stadtteil. Weitere 2,00 Euro stehen für die Lebenswelt Betrieb zur Verfügung. Mit 3,00 Euro steht nach wie vor die individuelle Prävention im Vordergrund, zum Beispiel Rückenurse oder Rauchentwöhnung. Hinzukommen dann noch 0,30 Euro pro Versicherten/Jahr für das Setting Pflege. Insgesamt werden somit die bisherigen Leistungen der Krankenkassen verdoppelt und bundesweit ca. 490 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stehen. In Hamburg sind das bei 1,5 Mio. gesetzlich Versicherten theoretisch 2,325 Mio. Euro in Lebenswelten, 3 Mio. Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und 0,45 Mio. Euro für Pflege. Die Private Krankenversicherung (PKV) plant, im

Rahmen des Präventionsgesetzes ihre Zusammenarbeit mit der BZgA in den bewährten Themenfeldern Alkohol- und AIDS-Prävention und „gesund alt werden“ fortzusetzen und gegebenenfalls auszubauen.

Wer sich also „das große Geld“ erhofft, wird enttäuscht werden. Denn außer den Krankenkassen werden voraussichtlich die anderen Sozialversicherungsträger kein zusätzliches Geld in das System einspeisen. Deren Aufgabe ist es vielmehr, ihre bestehenden Angebote künftig gemäß der LRV abzustimmen.



Die Rolle der BVPG und der Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung)

Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) und die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVGs) bilden wichtige Schnittstellen bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes: mit ihrer Vermittlungs- und Plattformfunktion, ihren Vernetzungsstrukturen, ihren Koordinationserfahrungen sowie ihrer Kompetenz in Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. So wird die BVPG künftig das Nationale Präventionsforum, ein beratendes Gremium, organisieren. Die LVGs können bei der Koordination und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen und als Kooperationspartner der BZgA die gemeinschaftliche strukturelle Förderung in Lebenswelten sowie die Qualitätssicherung und Kompetenzförderung unterstützen.

Weiterentwicklung bestehender Strukturen

Bei einer Informationsveranstaltung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) am 9. September berichteten das Bundesgesundheitsministerium, der GKV-Spitzenverband und die BZgA, dass bis Jahresende eine nationale Präventionsstrategie erarbeitet wird. Diese soll allgemeine Empfehlungen enthalten – ohne dabei die Einzelziele der jeweiligen Länder zu behindern. Dr. Volker Wanek vom GKV-Spitzenverband und Dr. Heidrun Thaiss, Direktorin der BZgA, sehen im Präventionsgesetz die Chance, eine systematische Gesundheitsförderung in Lebenswelten aufzubauen. So gibt es Überlegungen, die bestehende Struktur der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit weiterzuentwickeln. Diese bieten aufgrund ihrer Expertise im kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ und im Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ sowohl den Anknüpfungspunkt für die Entwicklung und Sicherung von Qualität als auch für den Ausbau kommunaler Strategien.

Wie wird das Präventionsgesetz auf Landesebene umgesetzt? Das Beispiel Hamburg

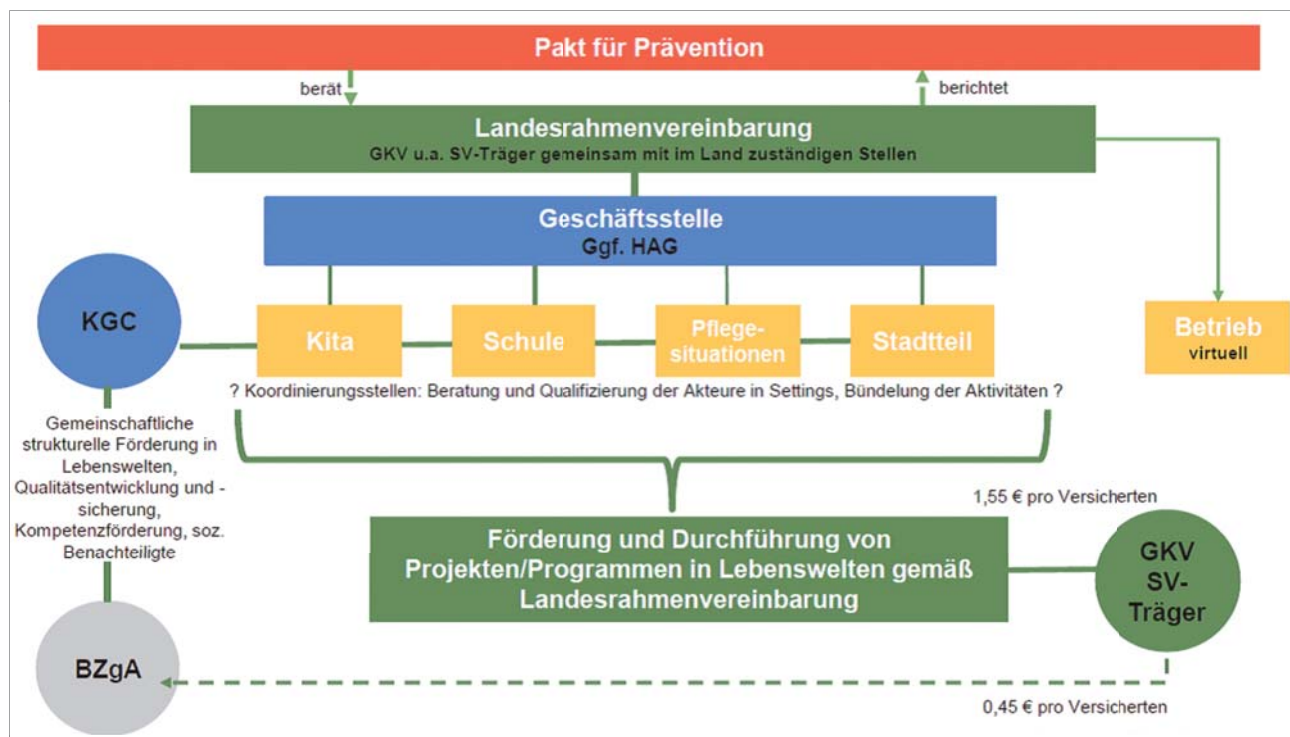
In Hamburg gibt es bereits seit Jahren bewährte Strukturen der Zusammenarbeit im Rahmen der HAG und des „Pakts für Prävention“. Das Hamburger Modell hat quasi Pate gestanden für die nun im PrävG geforderte Zusammenarbeit und die verbindliche Regelung der Ziele sowie die gemeinsame Förderung von Settingprojekten. Darum können die Hamburger Strukturen nun weiterentwickelt und gegebenenfalls sogar innovative, richtungsweisende Akzente gesetzt werden. Die Landesvertretung Hamburg des Verbandes der Ersatzkassen koordiniert die Erarbeitung der Landesrahmenvereinbarung. Dazu wurde eine Arbeitsgemeinschaft gegründet. In ihr arbeiten mit:

- alle Hamburger gesetzlichen Krankenkassen bzw.-verbände,
- die Unfallkasse Nord,
- die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung – Landesverband Nordwest,
- die Deutsche Rentenversicherung Nord,
- die Deutsche Rentenversicherung Bund,
- die Agentur für Arbeit,
- die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
- die PKV und
- die HAG.

Die LRV wird sich an den Vorgaben auf Bundesebene orientieren und soll möglichst bis Februar 2016 fertig gestellt werden. Einzelmaßnahmen der Kassen sollen in Lebenswelten weiterhin möglich sein, genauso wie gemeinschaftliche Aktivitäten (Modellprojekte unter dem Dach der HAG). Auch die kassenübergreifende Projektförderung (HAG-Projektfördertopf) wird fortgesetzt und gegebenenfalls ausgebaut. Zur Umsetzung der LRV soll eine Arbeitsgruppe eingesetzt werden. Der jährlich im Rahmen der bisherigen Landespräventionsstrategie „Pakt für Prävention“ stattfindende Kongress soll als beratendes Forum zur Umsetzung der LRV fungieren und die Anbindung an die Akteursebene gewährleisten. Für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen eine – voraussichtlich digitale – Koordinierungsstelle einrichten. Betriebe erhalten so Zugang zu den Angeboten der einzelnen Krankenkassen, die sich wiederum Kooperationspartner zur Umsetzung suchen.

Was bedeutet das für die Akteure in den Lebenswelten?

Zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten sollen die Qualifizierungs- und Beratungsangebote der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit ausgebaut werden. Als Trägerstruktur der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg könnte die HAG die operative Einheit auf Landesebene für den BZgA-Auftrag bilden. So kann die Verbindung zwischen Bundes- und Landesaktivitäten gewährleistet werden. Das wäre aus Sicht der HAG ein optimales Zusammenspiel der Länder- und Bundesprozesse im Rahmen des Präventionsgesetzes. Akteure profitieren von den Angeboten, indem sie künftig z. B. ihre Zielgruppe noch besser erreichen oder dabei unterstützt werden, partizipative Qualitätsentwicklung umzusetzen. Durch die Kompetenzsteigerung der Akteure wird sich schließlich auch die Gesundheitskompetenz der Menschen erhöhen. Idealerweise werden die Leistungen in Lebenswelten künftig



Strukturen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hamburg

koordiniert, so dass Akteuren ein zielgerichteter Zugang zu den gesundheitsförderlichen Angeboten ermöglicht wird. Für präventive Maßnahmen in Lebenswelten besteht die Möglichkeit der Projektförderung durch die HAG. Auch wäre es denkbar, gemeinsam mit einer Einzelkasse ein Settingprojekt durchzuführen. Im Gespräch ist auch eine Art Verfügungsfonds, der über die BZgA

für gesundheitsförderliche Aktivitäten in Kommunen implementiert werden könnte. Konkrete Informationen dazu wird es voraussichtlich Anfang 2016 geben.

Autorin: Susanne Wehowsky, HAG
susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de



Die Gesundheitsgesellschaft

Gesundheit ist ein Megatrend. Gesundheit ist ein entscheidender Teil unserer Lebensqualität. In der zweiten vollständig überarbeiteten Auflage des Buches „Die Gesundheitsgesellschaft“ schreiben Ilona Kickbusch und Susanne Hartung über die rasanten Veränderungen, die mit der dritten Gesundheitsrevolution einhergehen. Das Buch beleuchtet die zentrale Rolle, die der Gesundheit in modernen Gesellschaften zukommt. Es beschreibt das neue aktive Gesundheitsverständnis und erläutert die radikale Umorientierung und Neugestaltung, die dadurch erforderlich wird. Und es spricht die Paradoxien, Ambivalenzen und Ungleichheiten an, die uns im Gesundheitsalltag begegnen. Gesundheit wird allgegenwärtig, und das derzeitige Gesundheitswesen wird zum Nebenschauplatz, wenn es um die Gesunderhaltung geht. Es braucht von daher eine neue Gesundheitspolitik. Aber es geht nicht nur um eine Strategie, sondern auch um eine Diskussion über die Werte und ethischen Grundlagen der Gesundheitsgesellschaft. Bürgerinnen und Bürger, Politik und Markt müssen auf neue Weise zusammenwirken, um nachhaltige Gesundheit zu ermöglichen.

Ilona Kickbusch, Susanne Hartung. (2014). Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. 248 S. EUR 24,95. ISBN: 978-3-456-84675-0

Frieden schließen mit Demenz

Menschen mit Demenz sind keine alten Kinder, die man bemitleiden muss. Sabine Bode plädiert für ein Umdenken und vollzieht einen Perspektivwechsel: Sie bringt festgefahrene Ängste zum Einsturz und zeigt viele gute Ansätze und Mut machende Erfahrungen. Denn sie findet, dass es Zeit sei, den Horrorszenarien im Zusammenhang mit Demenz eine positive Vision entgegenzusetzen. So besuchte sie Alten- und Pflegeheime, sprach mit Pflegepersonal, Wissenschaftler_innen und portraitierte Angehörige und Helfer_innen, die unermüdlich Demenzerkrankten helfen, in Würde zu altern. Sie beschreibt eine gute Zukunft, die vielerorts schon begonnen hat. Die Autorin kritisiert, dass die Betroffenen zu oft allein gelassen und auf die Krankheit verengt werden. Ihrer Meinung nach brauchen wir eine intensivere öffentliche Debatte darüber, wie wir als Gesellschaft mit Demenzerkrankten umgehen wollen. Statt immer mehr Geld in die Alzheimerforschung zu stecken, sollten die Verantwortlichen in eine bessere Pflege investieren. Das Fazit des Buchs: Die in unserer Gesellschaft verbreitete Angst vor Demenz ist vielfach unnötig. Die Probleme, die heute da sind, und jene, die auf uns zukommen werden, sind lösbar. Wir alle müssen uns darum kümmern.

Sabine Bode (2014). Frieden schließen mit Demenz. Stuttgart: Klett-Cotta. 300 S. EUR 19,95. ISBN: 978-3-608-94806-6

Gesundheitskompetenz und Selbstregulation

Im Jahr 1998 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff Gesundheitskompetenz grundlegend neu. Seitdem erfährt der Begriff eine permanente Entwicklung. Ob im Arbeitsleben, in der Politik oder Forschung sowie in den Bereichen, in denen Gesundheit im Fokus steht, wird Gesundheitskompetenz als Begrifflichkeit oft verwendet. Wie kann ein wissenschaftliches Modell der Gesundheitskompetenz aussehen? Der Diplom-Psychologe Norbert Lenartz stellt ein empirisch untersuchtes Modell vor, das Auskunft darüber gibt, welche Fähigkeiten und Kenntnisse „Gesundheitskompetenz“ umfasst und welche Rolle Fähigkeiten zur Selbststeuerung und Selbstkontrolle spielen. Es ist ein strukturiertes Konzept mit konkreten Handlungsansätze für die Praxis. Interessant ist das Modell für Akteure etwa im Gesundheitswesen oder der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Norbert Lenartz (2012). Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Bonn: Verlag V&R unipress GmbH. 210 S. EUR 44,99. ISBN: 978-3-8471-0015-7

Impressum

Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Repsoldstr. 4 | 20097 Hamburg

Telefon: 040 2880364 0 | Fax: 040 2880364 29

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de

V.i.S.d.P.: Susanne Wehowsky



Redaktion: Dörte Frevel | Petra Hofrichter | Christine Orlt | Susanne Wehowsky

Beiträge: Dr. Bernard Braun | Ann-Cathrin Hellwig | Christoph Kranich | Beate Proll | Susanne Wehowsky | Camilath Yessoufou | Klaus Zok

Koordination: Dörte Frevel

Satzerstellung: Christine Orlt

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2500

ISSN: 1860-7276

Erscheinungsweise: 2 x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des/der Autor_in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos: S. 2, 6, 7, 8, 12: Heike Günther | S. 10: chris13/photocase.de

Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.

Mythos Vorbeugung

Der Medizinjournalist Becker entlarvt die Ansätze der gesundheitlichen Prävention als zu kurz greifende Kuration an oberflächlichen Symptomen auf der Grundlage interessengeleiteter Diagnostik. Die vorherrschende Medizin hat die Ursachen der Entstehung von Gesundheit zu lange und systematisch ignoriert, weil sie sich auf die Bekämpfung von Krankheiten konzentriert und die gesellschaftlichen Bedingungen weitgehend ausgeklammert hat. In dem medizinhistorisch fundierten, faktenreichen Buch wird der Zusammenhang von Krankheit/Gesundheit und sozialen Verhältnissen anschaulich herausgearbeitet. Ungleichheit in Wohn- und Einkommensverhältnissen, der „Gesundheitsverbrauch in Betrieben“ (S. 184), die unterschiedlichen Möglichkeiten von Zugängen zu Gesundheit erhaltenden und förderlichen Bedingungen machen krank. Und ebenso bedeutsam: „Die schlimmsten Noxen sind Ablehnung und Abwertung durch andere Menschen, Einsamkeit und Isolation“ (S. 178). Umgekehrt formuliert heißt das: Soziale Netzwerke, regelmäßige und vielgestaltige Bezüge und Anerkennung fördern das Kohärenzgefühl und erhalten gesund, respektive fördern die Gesundheit (siehe S. 179 f.). Die Lektüre dieses Buches vereint Erkenntnisgewinn und Leselust. Komplexe Sachverhalte werden nachvollziehbar hergeleitet und erläutert, ohne die Zusammenhänge von Gesundheit mit sozialen, kulturellen und ökonomischen Einflussgrößen zu vernachlässigen. Spätestens mit der erforderlichen Reform des Präventionsgesetzes ist das eine Pflichtlektüre für Politik und Verbände. Bis dahin ist es ein lohnenswertes Buch für alle, die an funktionierender Prävention interessiert sind.

Matthias Martin Becker (2014). Mythos Vorbeugung. Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht. Wien: Promedia Druck- und Verlagsgesellschaft mbH. 224 S. EUR 17,90. ISBN: 978-3-85371-374-7

Gesundheitskompetenz für Führungskräfte

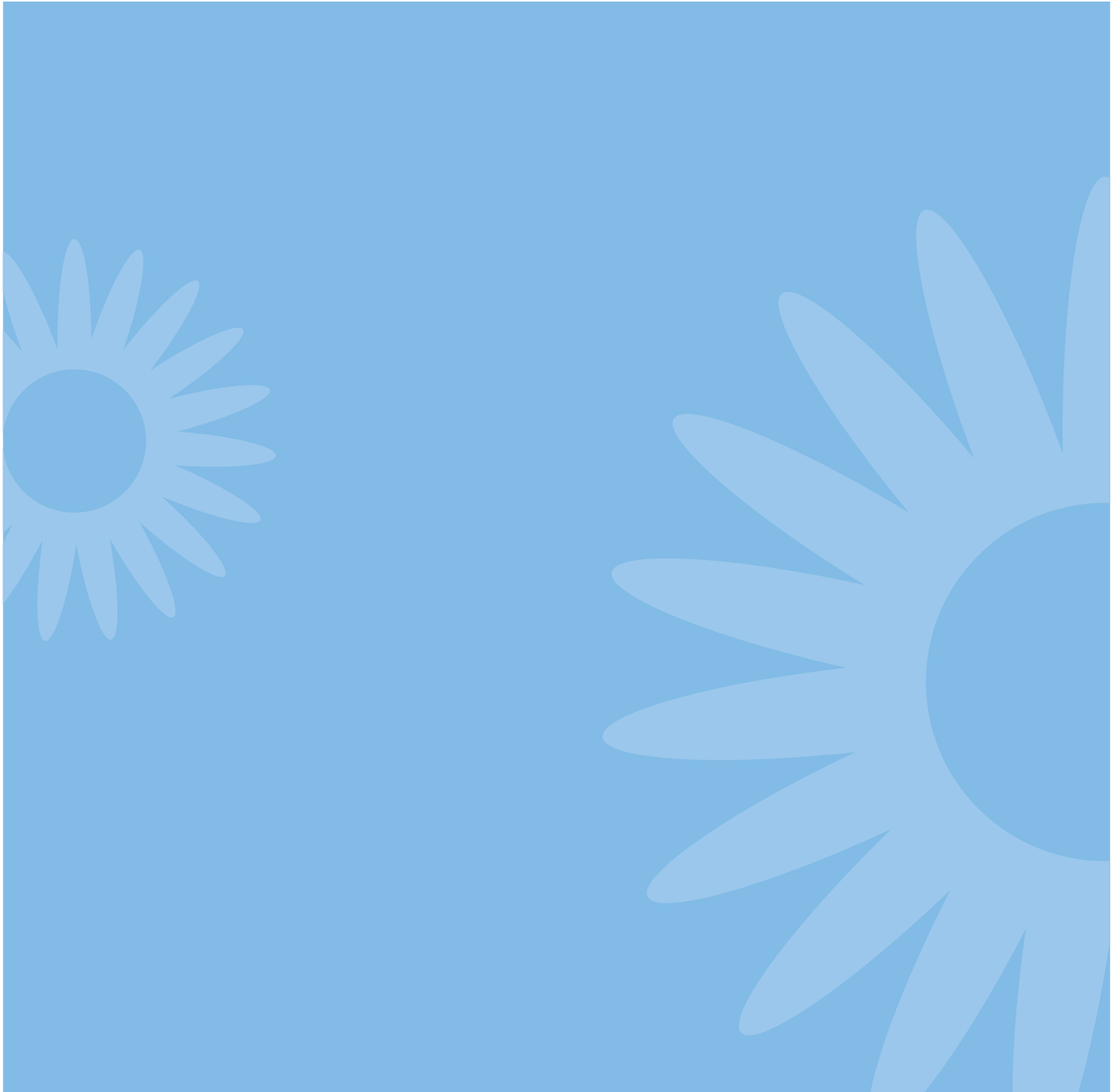
Aufgrund veränderter Arbeitsanforderungen, Arbeitsmodelle und Kommunikationsmöglichkeiten sowie steigender Krankheitskosten und nicht zuletzt durch gesetzliche Bestimmungen rückt die betriebliche Gesundheitsförderung immer mehr in den Fokus von Führungskräften: Gesundheitsmanagement ist zur Führungsaufgabe geworden. Der Leitfaden behandelt das betriebliche/behördliche Gesundheitsmanagement als ganzheitlichen Entwicklungsprozess für Organisationen. Dabei ist das Wechselspiel zwischen persönlichem Gesundheitsverhalten und gesundheitsförderlichen Arbeitsprozessen und Strukturen entscheidend. Zur Bewältigung dieser Aufgabe vermittelt das Buch Gesundheitswissen. Es wird dargestellt, wie Organisations- und Gesundheitswissen mit der Führungskultur zusammenspielen. Zu den Handlungsfeldern für Führungskräfte zählen z.B. die Themen Stress und Stressbewältigung, Umgang mit älteren Mitarbeiter_innen, psychische Auffälligkeiten, Burnout und Mobbing. Weitere Kapitel befassen sich mit „Führungskompetenz und Gesundheit“ und dem „Gesundheitscoaching“. Nützliche Checklisten unterstützen die Führungskräfte bei der gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung im Alltag.

Dr. Elke Berninger-Schäfer (2013). Gesundheitskompetenz für Führungskräfte. Schriftenreihe der Führungsakademie Baden-Württemberg. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag. 176 S. EUR 19,90. ISBN: 978-3-415-05139-3



Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.

In Hamburg aktiv und gesund



Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) macht sich für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa Charta und ist das landesweite Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Hamburg. Zentrale Aufgaben sind: vernetzen, koordinieren,

qualifizieren, beraten, informieren und Projekte fördern. Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.

www.hag-gesundheit.de