

Regionalkonferenz Niedersachsen
»Gesund und aktiv älter werden«

Im Fokus: Gesundheitskompetenz in der zweiten Lebenshälfte

Dokumentation

Regionalkonferenz „Gesund und aktiv älter werden“
am 24. Mai 2017 in Hannover



Impressum



Redaktion

Sandra Exner
Martin Schumacher

Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
www.gesundheit-nds.de

Gefördert

von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA)
Postfach 910152
51071 Köln
www.bzga.de

Gestaltung

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

Fotos

Titelbild: © Syda Productions / Fotolia.com

Inhalt

Grußwort	4
Grußwort	6
Fachvorträge	8

Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter	8
Der Weg zu guten Gesundheitsinformationen: Herausforderungen und Perspektiven“	9
Forschungsprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mit Wirkung. Health Literacy für mehr Lebensqualität und soziale Integration	11
Älteren den Einstieg in die digitale Welt erleichtern	13
Intergenerationelles Lernen. Impulse für die Gesundheitskompetenz?	14
Impulse für teilhabeorientierte Gesundheitsbildung: 10 Jahre Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover	16

Sehr geehrte Frau Rohde,

sehr geehrte Frau Prof. Schaeffer,

sehr geehrter Herr Altgeld,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie auf der diesjährigen Regionalkonferenz Niedersachsen „Gesund und aktiv älter werden“ begrüßen zu dürfen. Das zentrale Thema, das uns heute beschäftigen wird, ist die „Gesundheitskompetenz in der zweiten Lebenshälfte“.

Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens. Das ist nun wirklich nicht mehr neu, doch einige Zahlen sind immer wieder beeindruckend: Die Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen beträgt in Deutschland aktuell ca. 78 Jahre, die Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens ca. 83 Jahre. Die Modellrechnungen der Statistik für 2060 kommen bei Annahme günstigster Rahmenbedingungen auf eine Lebenserwartung von 86,7 Jahren für Männer und 90,4 Jahren bei Frauen. Das ist ein gewaltiger Anstieg von 7 - 8 Jahren! Neben Japan hat Deutschland weltweit die älteste Bevölkerung.

Nach einer aktuellen Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes lag die Geburtenrate in Deutschland im Jahr 2015 bei 1,50 Kindern je Frau. Das war zwar der höchste Wert seit der Wiedervereinigung, aber weiterhin weniger als der EU-Durchschnitt, der bei 1,58 Kindern je Frau lag.

Im Jahr 2060 wird mehr als ein Drittel der Menschen in Deutschland 65 Jahre oder älter sein¹, und die Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, wird sich auf rund 9 Millionen Menschen verdoppelt haben.

Tatsache ist, dass uns heute eine erheblich längere Lebenszeit zur Verfügung steht. Wer heute mit 65 in Rente geht, hat noch 20 bis 30 gute, oft gesunde und auch produktive Jahre vor sich. Man muss nur wenige Jahrzehnte zurückblicken, um festzustellen, dass hier ein voller Lebensabschnitt hinzugekommen ist.

Der gesellschaftliche Blick auf das Altern ist seit einiger Zeit im Wandel begriffen. Es ist heute zum Glück viel weniger von Defiziten, von Abbau und Rückzug die Rede, dafür mehr von vorhandenen Kompetenzen und dem Erfahrungswissen der Älteren.

Trotzdem dürfen wir nicht unkritisch und zu optimistisch sein. Es gibt viele Gesichter des Alterns, und deshalb ist es mir

wichtig, dass sich differenzierte Altersbilder entwickeln.

Älterwerden stellt keineswegs das Ende der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben dar. Vielmehr ist es oftmals der Beginn einer neuen Form des Aktivseins.

Der Generali Altersstudie 2017 zufolge fühlt sich eine deutliche Mehrheit der Älteren jünger, als es ihrem tatsächlichen Alter entspricht – und zwar um rund 7,5 Jahre. Die Volksweisheit „Man ist so alt, wie man sich fühlt“ findet dementsprechend seine deutliche Bestätigung.

Nach dieser Studie blickt die Mehrheit der 65- bis 85-Jährigen in Deutschland zufrieden auf das eigene Leben. Die materielle Situation dieser Generation hat sich in den vergangenen Jahren nochmals verbessert und der Gesundheitszustand ist stabil positiv. Statt passiv und zurückgezogen, sind ältere Menschen hierzulande mehrheitlich optimistisch, aktiv und motiviert.

Das bestätigen auch aktuelle Studien. Nach dem Freiwilligen-survey 2014 engagieren sich 34 % der über 64-Jährigen, nach der Generali-Altersstudie 2017 sind es sogar 42 %.

Viele ältere Menschen engagieren sich heutzutage ehrenamtlich, weil es ihnen Freude bereitet, weil sie dadurch neue Kontakte knüpfen und weil sie das Gefühl haben, gebraucht zu werden. Ein wichtiges Motiv für ehrenamtliches Engagement ist auch die Verbesserung des eigenen Lebensumfeldes.

Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht lässt sich sagen, dass Ältere zunehmend bereit sind, ihre eigenen, persönlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und sich gesellschaftlich einzubringen. Zum einen, weil sie Verantwortung übernehmen wollen, zum anderen weil Tätigkeit bis ins hohe Alter die individuelle Zufriedenheit mehren kann.

Bezogen auf das Thema Gesundheit und Alter ist weithin bekannt, dass „Älter werden“ ein lebenslanger Prozess ist und der Gesundheitszustand im Alter stark von der Biografie eines Menschen beeinflusst wird. Das Ziel, gesund zu altern, stellt eine lebenslange Aufgabe dar und die Weichen werden schon in jüngeren Jahren gestellt.

Gesundheit im Alter bedeutet mehr als nur das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen. Wichtig sind die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, der Grad an Lebenszufriedenheit sowie das Ausmaß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in der Lebensführung.

¹ Datenmaterial LSN:

2017 sind in Niedersachsen ca. 22 % 65 Jahre oder älter

Selbstständigkeit, Selbstverantwortlichkeit, Unabhängigkeit, Teilhabe, persönliche Sinnerfüllung und eine aktive Lebensgestaltung sind hohe Güter. Sie sind wichtige und positive Faktoren für ein gesundes Älterwerden. Ich komme somit auf das Thema Gesundheit zu sprechen.

Im Alter nimmt die Bedeutung der Gesundheit deutlich zu.

Wir alle müssen fast täglich Entscheidungen für unsere Gesundheit treffen, und zwar Entscheidungen ganz unterschiedlichster Art. Mal muss eine Information zu einem Krankheitsbild verstanden werden, mal geht es um die Entscheidung für oder gegen eine Impfung. Außerdem wägen wir bei gesundheitlichen Einschränkungen ab, ob ein Arztbesuch erforderlich ist oder nicht. Aber auch Entscheidungen, die unsere Ernährung und unser Bewegungsverhalten betreffen, wirken sich auf die Gesundheit aus: trinke ich noch ein Glas Wein, mache ich heute mal keinen Sport; weil es im Fernsehen ... – na, Sport zu sehen gibt? ...

Die überwältigende Mehrheit der 65- bis 85-Jährigen fühlt sich durchaus gut informiert, was im Interesse der eigenen Gesunderhaltung getan werden kann und müsste. Dabei ziehen sie diese Erkenntnisse aus verschiedenen Quellen. Gespräche mit dem Hausarzt stehen dabei an erster Stelle, aber es gibt weitere Quellen; auch hier nicht zuletzt wieder das Fernsehen mit seinen Gesundheitssendungen.

Ich möchte das Thema Medikamenteneinnahme ansprechen. Vor kurzem wurde in den Medien berichtet, dass ältere Menschen zu viele Medikamente einnehmen bzw. die Medikamente oft nicht gut genug aufeinander abgestimmt sind. Chronisch kranke ältere Patientinnen und Patienten nehmen oft zu viele Mittel ein, deren Wirkstoffe sich nicht immer vertragen. Einige Medikamente sind auch für Seniorinnen und Senioren gar nicht geeignet, weil sie zum Beispiel die Sturzanfälligkeit begünstigen. Auch der Zukauf von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten kann in Kombination mit anderen Pillen und Tabletten gefährlich werden.

Und die Gefahr, dass sich eine Sucht ausbildet, ist ebenfalls im Alter gegeben.

Wir brauchen deshalb auch gute Beratungsstrukturen für die anwachsende Gruppe der älteren Menschen. Seit 2014 haben wir in Niedersachsen die Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN). Es gibt zurzeit 45 dieser Stützpunkte, die das Land Niedersachsen jeweils mit bis zu 40.000 Euro jährlich fördert. Die Stützpunkte sind auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte angesiedelt.

Bei der Wahrnehmung des Alters spielt der Gesundheitszustand eine große Rolle. Seniorinnen und Senioren, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, empfinden das Alter als einen Lebensabschnitt, der viele neue Chancen bietet.

Seniorinnen und Senioren mit schlechtem Gesundheitszustand dagegen assoziieren mit dem Alter vor allem Mühen und Beschwerden. Neben der Gesundheit haben aber auch andere Faktoren einen Einfluss auf die Wahrnehmung des Alters. Die Höhe des Einkommens und auch die sozialen Kontakte beeinflussen die Sicht auf das Alter. Und sie beeinflussen vielfach auch den gesundheitlichen Status.

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, und zwar in allen Altersgruppen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das bestehende Informationsangebot, seine Nutzbarkeit und die Kommunikation seitens der Leistungserbringerinnen und -erbringer kann immer verbessert werden. Für Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten und die Versicherten sollte es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partnerin bzw. verantwortlicher Partner im System wahrzunehmen.

Und hier stellen sich ganz konkret die heute behandelten Fragen nach der Gesundheitskompetenz!

Die heutige Veranstaltung trägt dazu bei, für das Thema zu sensibilisieren, neue Impulse zu geben und Informationen zu transportieren. Also eine Basis für eine verbesserte Gesundheitskompetenz zu geben! Ich wünsche Ihnen einen erfolgreichen Tag und hoffe, dass Sie aus dieser Veranstaltung weitere Motivation für Ihre weitere Arbeit in Sachen Gesundheitskompetenz mitnehmen.

Vielen Dank!

Grußwort

Theresia Rohde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sehr geehrter Herr Kemeter,
sehr geehrter Herr Altgeld,
meine sehr geehrten Damen und Herren,
im Namen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begrüße ich Sie ganz herzlich zu unserer gemeinsamen Regionalkonferenz. Ich freue mich sehr, hier bei Ihnen in Hannover zu sein. Unsere heutige Konferenz findet im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ statt. Wir fördern diese Tagungen, weil es uns sehr wichtig ist, dass wir hier an einem Strang ziehen und auf diese Weise die Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene stärken sowie auch die sektorübergreifende Vernetzung intensivieren.

Gleich zu Beginn möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich sehr herzlich bei allen bedanken, die bei der Vorbereitung und Organisation der heutigen Veranstaltung aktiv waren:

- Ein herzlicher Dank geht an das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung für die sehr gute Zusammenarbeit.
- Ganz besonders möchte ich an dieser Stelle auch die sehr gute Arbeit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen hervorheben und den Kolleginnen und Kollegen für die hervorragende Vorbereitung der heutigen Konferenz danken.
- Ein besonderer Dank geht natürlich auch an die Mitwirkenden des heutigen Tages und an Sie alle für Ihre Beteiligung.

Im Fokus unserer Tagung steht die Gesundheitskompetenz in der zweiten Lebenshälfte. Was verstehen wir eigentlich unter dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ oder der englischen Bezeichnung „Health Literacy“? Der Begriff beschreibt die Fähigkeit jeder und jedes Einzelnen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um auf dieser Grundlage Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit treffen zu können. Gesundheitskompetenz ist eine zentrale Voraussetzung dafür, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Jeder Mensch trifft im alltäglichen Leben vielfältige Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit. Diese Entscheidungen haben einen großen Einfluss auf die individuelle Gesundheit und Lebensqualität. Ob die Entscheidungen gesundheitsförderlich oder -hinderlich sind,

hängt unter anderem davon ab, wie ausgeprägt die individuelle Gesundheitskompetenz ist. Das Thema Gesundheitskompetenz gewinnt daher zunehmend an Bedeutung und ist verstärkt in das wissenschaftliche sowie politische Bewusstsein gerückt.

So hat die Europäische Union Gesundheitskompetenz als einen der Bereiche identifiziert, in dem Fortschritte erforderlich sind, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und die Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Eine 2011 in acht europäischen Ländern durchgeführte Studie zur Gesundheitskompetenz (European Health Literacy Survey, HLS-EU) ergab, dass 12% der Befragten eine ‚unzureichende‘ und weitere 35% eine ‚problematische‘ Fähigkeit besitzen, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und adäquat umzusetzen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ältere Menschen vermehrt von diesem Problem betroffen sind. Dies bestätigen auch aktuelle Daten bezüglich der Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Deutschland, die uns Frau Professor Schaeffer von der Universität Bielefeld vorstellen wird.

Ansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen standen auch im Mittelpunkt des EU-Projekts IROHLA (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population), an dem sich die BZgA beteiligte. Das Projekt wurde im November 2015 abgeschlossen. Im Rahmen des Projektes wurden vielversprechende Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen ein umfassender Ansatz erforderlich ist, der mehrere Zielgruppen einbezieht (Individuum und seine Umgebung, Gesundheitsfachpersonal, Gesundheitssystem) und unterschiedliche Aktivitäten kombiniert.

Meine Damen und Herren,

vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des zunehmend höheren Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung hat das Thema der Gesundheitsförderung im Alter für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) besondere Priorität. Hier sind insbesondere die Programme „Gesund und aktiv älter werden“ und seit 2014 das durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. geförderte Programm „Älter werden in Balance“ zu nennen. Ziel der beiden Programme ist es, die Gesundheit älterer Menschen in den Lebenswelten zu fördern.

Die Programme bieten gezielte Informationsangebote, um das individuelle Gesundheitswissen und die Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu verbessern und eine informierte Entscheidung in einer Vielzahl von Gesundheitsfragen zu unterstützen. Dies ist ein zentrales Ziel der BZgA auch über den Bereich Alter hinaus.

Ich freue mich deshalb sehr, dass wir uns heute intensiv mit dem Thema Gesundheitskompetenz beschäftigen und die zentralen Fragen gemeinsam erörtern können. Ich bin gespannt auf die folgenden Vorträge und wünsche uns allen eine spannende Tagung, einen guten fachlichen Austausch und viele umsetzungsbezogene Anregungen für unsere Arbeit.

Vielen Dank.

Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld

Gesundheitskompetenz (international als ‚Health Literacy‘ bezeichnet) wird zusehends als wichtige Voraussetzung erachtet, um die eigene Gesundheit erhalten und stärken zu können – dies auch im höheren Alter.

Verstanden wird unter Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um sich bei Gesundheitseinbußen und Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Versorgungssystem sichern und sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung beteiligen zu können, ebenso um sich präventiv gesundheitsförderlich zu verhalten und die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können. International ist das Thema Gesundheitskompetenz seit langem Gegenstand der Forschung, in Deutschland ist die Zahl an entsprechenden Studien noch gering. Erste repräsentative Daten liefert die Studie ‚Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland‘ (HLS-GER), mit der ein wichtiger erster Schritt erfolgte, um die hier bestehende Datenlücke schließen zu können und mit der zugleich eine Grundlage für die Entwicklung von empirisch fundierten Interventionen geschaffen wurde.

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wurde in dieser Studie mit dem international erprobten Fragebogen HLS-EU-Q47 erfasst. Dazu wurden insgesamt 2.000 Personen im Alter ab 15 Jahren persönlich befragt.

Die Studienergebnisse zeigen, dass sich mehr als die Hälfte der Deutschen (54,3 %) vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt sieht mit gesundheitsrelevanten Information umzugehen – diese zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu verwenden, um im Alltag erforderliche Entscheidungen zur Gesundheitserhaltung, -versorgung und -förderung treffen zu können. Zugleich weisen die Ergebnisse auf erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen. Vor allem Menschen mit geringem Bildungsniveau, mit niedrigem Sozialstatus, mit Migrationshintergrund und Menschen mit chronischer Krankheit und im höheren Alter weisen eine vergleichsweise niedrige Gesundheitskompetenz auf. Bemerkenswert ist, dass die Prävalenz niedriger Gesundheitskompetenz mit zunehmendem Alter steigt. Während der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz bei den 65-70-Jährigen und den 71-75-Jährigen bei etwa 60 Prozent liegt, verfügen bereits 75,5 Prozent der ab 76-Jährigen über eine niedrige Gesundheitskompetenz. Hochaltrige können somit zu den besonders vulnerablen Gruppen gezählt werden. Ihnen fällt

es besonders schwer, sich im Gesundheitswesen zu orientieren, mit den Herausforderungen der Krankheitsbewältigung und Gesundheitserhaltung umzugehen und dazu erforderliche gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen.

Dabei sind finanzielle Ressourcen maßgeblich für die Höhe/ das Ausmaß der Gesundheitskompetenz verantwortlich. So ist finanzielle Deprivation – wie die Ergebnisse des HLS-GER ebenfalls zeigen – bei Menschen im höheren Lebensalter der stärkste Prädiktor für eine niedrige Gesundheitskompetenz. Die Chance eine niedrige Gesundheitskompetenz zu haben, ist bei finanziell deprivierten älteren Menschen 3.05-mal höher (95% KI: 1.99-4.65) als bei Älteren, die nicht finanziell depriviert sind.

Insgesamt unterstreichen die Studienergebnisse damit, wie wichtig die Förderung der Gesundheitskompetenz ist und liefern wichtige Hinweise für die Entwicklung von Interventionen. Ziel sollte es dabei sein einerseits die persönliche Gesundheitskompetenz zu stärken und den sozialen Kontext einzubeziehen. Angesichts der Vulnerabilität der Gruppe der Hochaltrigen ist andererseits zugleich erforderlich, sehr viel stärker auf Strukturinterventionen und die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen und -organisationen zu setzen und zugleich das Versorgungssystem informations- und nutzerfreundlicher zu gestalten.

Literatur bei der Verfasserin

Der Weg zu guten Gesundheitsinformationen: Herausforderungen und Perspektiven“

Dr. Andreas Waltering, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

In der gar nicht so fernen Vergangenheit basierten Gesundheitsinformationen auf der Prämisse der bzw. des unwissenden, passiven Patientin bzw. Patienten und der Gesundheitsexpertin Ärztin bzw. dem Gesundheitsexperten Arzt. Die weitergegebenen Informationen verfolgten vorrangig das Ziel, die Compliance zu verbessern – anders gesagt: Die Patientin oder der Patient sollte sich an die vorgegebenen Behandlungsvorschriften halten, in der Annahme damit die Gesundheit zu verbessern. Außerhalb der rein medizinisch-pathophysiologischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit spielte die Patientenperspektive, insbesondere im Hinblick auf psychosoziale Dimensionen, eine allenfalls nachgeordnete Rolle. Schadensaspekte von Gesundheitsinformationen wie beispielsweise Auslösen von Angst und Schuldgefühlen, Perpetuierung von Vorurteilen oder Medikalisierung wurden kaum berücksichtigt.

Gesellschaftliche Entwicklung, zunehmendes Selbstbewusstsein von Patientinnen und Patienten, Demokratisierung von Wissen und dessen Bereitstellung durch das Internet (inklusive der innewohnenden Probleme), evidenzbasierte Medizin und nicht zuletzt das Patientenrechtegesetz haben hier einen Wandel in Gang gesetzt. Zudem deuteten auch Studien darauf hin, dass der paternalistische Ansatz von Gesundheitsinformation nicht funktionierte.

Patientenzentrierte und evidenzbasierte Gesundheitsinformation wollen über die medizinischen und psychosozialen Aspekte einer Erkrankung informieren und bei Entscheidungen unterstützen. Das Ziel ist Empowerment – das meint im Wesentlichen, die Ressourcen und Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, damit sie ihren Präferenzen und Bedürfnissen entsprechend aktiv Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung nehmen können. Dazu gehören auch Entscheidungen zu Prävention und Früherkennung von Erkrankungen sowie Diagnose- und Behandlungsfragen.

Die zentralen Merkmale nutzerzentrierter und evidenzbasierter Gesundheitsinformationen sind (IQWiG 2017):

- eine systematische Literaturrecherche entsprechend der für die Zielgruppe relevanten Fragestellung.
- die begründete Auswahl der für die Fragestellung geeigneten Evidenz.
- die transparente und damit nachvollziehbare möglichst unbeeinflusste Darstellung der für Betroffene relevanten Ergebnisse. Dazu gehören vor allem Mortalität, Morbidität und gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

- die angemessene inhaltliche und sprachliche Darstellung qualitativer und quantitativer Unsicherheiten und ungeklärter Fragen.
- der Verzicht auf direktive Empfehlungen.
- die Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Risikokommunikation.

Für die Ersteller von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen in Deutschland gibt es mit der mittlerweile in der Version 2.0 vorliegenden Guten Praxis Gesundheitsinformation ein Positionspapier, welches die Mindestanforderungen an solche Informationen formuliert.

Aber auch wenn auf diesem Gebiet gute und ermutigende Fortschritte zu verzeichnen sind, gibt es noch viele offene Herausforderungen. Die Bereitstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen allein reicht nicht aus, wenn es auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer an der ausreichenden Gesundheitskompetenz (Health Literacy) mangelt. Damit sind die kognitiven und sozialen Fähigkeiten gemeint, die den Einzelnen motivieren und ihm ermöglichen, sich Zugang zum Verständnis und zur Nutzung von Informationen zu verschaffen, um zur Erhaltung der Gesundheit beizutragen. Nur eine ausreichende Gesundheitskompetenz versetzt Bürgerinnen und Bürger in die Lage, gute von schlechten Informationen zu unterscheiden, die Inhalte ausreichend zu verstehen und in adäquate Handlungen umzusetzen. Die aktuelle Forschung zeigt, dass es diesbezüglich in Deutschland noch viel zu tun gibt. Denkbare wäre beispielsweise ein obligate frühe Verankerung entsprechender Inhalte in den Schulcurricula, in den Ausbildungscurricula von Gesundheitsberufen und nicht zuletzt auch im Medizinstudium.

Die informierte Bürgerin / der informierte Bürger sind zudem oft eine Herausforderung für die Ärztin oder den Arzt. Patientinnen und Patienten zu selbstbestimmtem Entscheiden und Handeln zu befähigen, setzt voraus, dass die Expertinnen und Experten ihre Kontrolle ein Stück weit aus der Hand geben. Nicht selten wird die damit einhergehende „Machtverschiebung“ von Letzteren als Bedrohung des eigenen Status und der Kompetenz sowie als Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses wahrgenommen. Einige Ärztinnen und Ärzte empfinden das Gespräch über die von der Patientin / dem Patienten beigebrachten Information auch als Zeitverschwendung. Aber die Eigeninitiative zur Informationsbeschaffung wurde von einem kleinen Teil der Ärztinnen und Ärzte auch zum Anlass genommen, die eigene Informationspolitik zu

reflektieren und etwa 30 % der Befragten nahmen sie als Anlass, die Betroffenen stärker in die Behandlungsentscheidung einzubeziehen.

Die Studie machte aber auch klar, dass die Auffindbarkeit qualitativ hochwertiger, evidenzbasierter Gesundheitsinformationen nicht nur für Betroffene ein großes Problem darstellt. Bei der Frage nach bekannten Portalen nannten Ärztinnen und Ärzte am häufigsten wikipedia.de, gefolgt vom Arztsuche- und Bewertungsportal jameda.de. Auch bei der Vertrauenswürdigkeit stand wikipedia.de auf Platz 1. Hier besteht die Hoffnung, dass zukünftig sowohl für Betroffene, als auch für Gesundheitsexpertinnen und -experten das zurzeit in Konzeption befindliche nationale Gesundheitsportal (https://www.igwig.de/download/Hintergrundinformationen_Entwicklung_eines_Konzepts_fuer_ein_Nationales_Gesundheitsportal.pdf) eine valide zentrale Quelle darstellen wird.

Literatur beim Verfasser

Forschungsprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mit Wirkung. Health Literacy für mehr Lebensqualität und soziale Integration

Alvia Killenberg, Hochschule Coburg

Das Verbundprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mit Wirkung. Health Literacy für mehr Lebensqualität und soziale Integration“ der Hochschule Coburg und der Hochschule Magdeburg-Stendal hat zum Ziel, die Gesundheitskompetenz von Männern und Frauen ab 60 Jahren zu stärken. Ein besonderer Fokus liegt auf der sozialen Teilhabe in der Kommune, der Förderung von Selbstmanagementkompetenzen chronischer Erkrankungen sowie der Nutzung mobiler Medien. GeWinn wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderrichtlinie „SILQUA – Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ mit einer Laufzeit von drei Jahren gefördert und in den vier bayerischen Landkreisen Ansbach, Coburg, Passau und Würzburg sowie der Stadt Magdeburg umgesetzt. Projektstart war im Dezember 2015.

Nationale und internationale Studien zeigen: besonders ältere Menschen haben eine unzureichende Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012; Zok, 2014). Beispielsweise fällt es dieser Personengruppe besonders schwer, zu beurteilen, ob Informationen aus den Medien vertrauenswürdig sind, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen, einen Beipackzettel zu verstehen sowie einzuschätzen, wann eine zweite Meinung eingeholt werden sollte (Quenzel & Schaeffer, 2016; Zok, 2014).

Des Weiteren nimmt die Häufigkeit chronischer Erkrankungen mit steigendem Alter zu. Bei den über 65-Jährigen geben mehr als die Hälfte an, mindestens eine chronische Erkrankung zu haben (Robert Koch-Institut, 2014). Die Förderung generischer Selbstmanagementkompetenzen soll die älteren Menschen dabei unterstützen, Strategien und Wege zu finden, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und den Herausforderungen einer chronischen Erkrankung zu begegnen (Lorig et al., 2013).

Mithilfe eines partizipativen Vorgehens wurde eine Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen mit den Adressaten entwickelt. Von Mai bis August 2016 fanden neun Fokusgruppendifkussionen mit Seniorinnen und zwei Fokusgruppendifkussionen mit MultiplikatorInnen statt. Ziel war es, in den Bereichen Gesundheitsförderung und Selbstmanagementkompetenzen chronischer Erkrankungen relevante Themen zu identifizieren sowie Ressourcen und Barrieren im Prozess der Informationsfindung, -beurteilung und -anwendung zu erfassen, um eine den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechende Intervention zu entwickeln. Mithilfe einer Fallvignette wurden

sensible Themen, wie beispielsweise persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen, in den Gruppendiskussionen angesprochen. Mittels eines Beobachtungsprotokolls wurden die Aussagen der Teilnehmenden festgehalten und in Anlehnung an das qualitative Verfahren des „Knowledge Mapping“ (Pelz, Schmitt & Meis, 2004) ausgewertet. Insgesamt nahmen 82 Seniorinnen und Senioren im Alter von 59 bis 88 Jahren an den Fokusgruppen teil.

Im Bereich der Gesundheitskompetenz der Befragten konnte festgestellt werden, dass zum einen Wissen zum Finden von vertrauenswürdigen Quellen nur teilweise vorhanden ist und dass das Beurteilen von Informationen aufgrund der Fülle an unterschiedlichen Aussagen besonders schwer fällt. Des Weiteren sind soziale Kontakte die wichtigste Ressource älterer Menschen, da diese entscheidend zum Wohlbefinden als auch zur Hilfestellung im Umgang mit (Langzeit-) Erkrankungen beitragen. Zusätzlich wurden die für SeniorInnen relevanten und häufig genannten Themen in den Bereichen Selbstmanagement chronischer Erkrankung sowie Wohlbefinden und Gesundheitsförderung geclustert. Im Bereich des Wohlbefindens und der Gesundheitsförderung standen vor allem die sozialen Kontakte, sich bewegen, bewusst genießen sowie erfüllende und sinnstiftende Tätigkeiten im Mittelpunkt. Die Fähigkeiten Hilfe anzunehmen und über die Erkrankung (mit Gleichgesinnten) sprechen zu können, die Generierung von Wissen zur Erkrankung sowie eine positive Haltung wurden im Bereich des Selbstmanagements als zentrale Punkte genannt.

Mithilfe der Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen wurden von August bis November 2016 die Interventionsbausteine (siehe Abbildung 1) entwickelt und diese zu einem Modulhandbuch mit Methodenkoffer zur Anleitung der Gruppenintervention zusammengeführt.



Abbildung 1: Interventionsinhalte

Die GeWinn-Intervention wird in einem Zeitraum von insgesamt 53 Wochen durchgeführt. Anfangs treffen sich die Gruppen im zweiwöchigen Abstand (elf Treffen; Basisintervention) und anschließend in acht weiteren Treffen im vierwöchigen Abstand (Verstetigungs-intervention).

Geleitet werden die Gruppen von interessierten Seniorinnen und Senioren selbst, sogenannte Peer-Moderatoren. Im Tandem begleiten die geschulten GruppenleiterInnen jeweils eine Gruppe.

Die Intervention startete im Februar/März 2017. Es konnten 26 Gruppen mit ca. 290 TeilnehmerInnen initiiert werden.

Um die Medienkompetenz älterer Menschen zu fördern, wird die Intervention durch die GeWinn-App (siehe Abbildung 2) begleitet. Diese ermöglicht es den Teilnehmenden, sich über weitere Themen zu informieren, relevante Orte in ihrer Gemeinde zu bewerten und sich zu vernetzen.



Abbildung 2: Bereiche der GeWinn-App

Evaluiert wird die Intervention mittels einer schriftlichen Fragebogenerhebung zu drei Messzeitpunkten im Hinblick auf ihre Akzeptanz und Wirkung u.a. in den Bereichen Lebensqualität, Health Literacy, generische Selbstmanagementkompetenzen von chronischen Erkrankungen sowie Nutzung mobiler Endgeräte. Im Anschluss an die Evaluation wird das Konzept der Intervention modifiziert und weiteren Kommunen zur Verfügung gestellt.

Weitere Informationen sind auf der Homepage des Forschungsprojektes (<http://gesund-aelter-werden-mit-wirkung.de>) zu finden.

Literatur:

Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., González, V. & Minor, M. (2013). *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben*. Careum Verlag: Zürich.

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

Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016) *Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Robert Koch-Institut (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Sørensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. et al. (2012). Health Literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12: 80.

Zok, K. (2014). Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO-monitor*, 11(2): 1-12.

Autorin und Literatur:

Alvia Killenberg (M.A. Prävention und Gesundheitsförderung) Hochschule Coburg, Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

alvia.killenberg@hs-coburg.de

<https://www.hs-coburg.de/forschung-kooperation/institute/institut-fuer-angewandte-gesundheitswissenschaften.html>

Älteren den Einstieg in die digitale Welt erleichtern

Nicola Röhricht, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)

Noch immer ist die Hälfte der über 65jährigen „offline“, die digitale Spaltung ereignet sich nicht nur zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft, sondern auch zwischen den Generationen. Da die Älteren keine geborenen Internetnutzerinnen und Internetnutzer sind, ist der Einstieg für sie nicht leicht. Publikationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)¹, wie der „Wegweiser durch die digitale Welt“, der über 350.000 Mal versandt wurde oder das Internetportal „Digital-Kompass“² mit vielen Lernmaterialien und dem Angebot von digitalen Stammtischen für Menschen, die Ältere ins und im Internet begleiten, helfen, den digitalen Graben zu schließen. Die Möglichkeiten der Wissensaneignung sind durch das Internet immens gestiegen, ebenso aber auch die Gefahren, auf falsche oder irreführende Informationen zu stoßen. Besonders bei Gesundheitsthemen ist deswegen eine umfassende Internetkompetenz immens wichtig.

Um im Internet kompetent nach Gesundheitsinformationen suchen zu können, muss man erst einmal verstehen, wie Suchmaschinen funktionieren. Hierzu gibt es auf dem Digitalkompass eine gute Anleitung³. Die „10 Hinweise zur Gesundheitsrecherche im Internet“⁴ von Bitcom, dem Digitalverband Deutschlands helfen für die weiteren Schritte. Genannt seien hier, die Wichtigkeit, die Urheber von Gesundheitsseiten zu prüfen, auf seriöse Qualitätssiegel, sowie auf Belege für die gefundenen Informationen zu achten (z.B. HON-Siegel⁵), immer mehrere Quellen heranzuziehen und - ganz wichtig - sich klarzumachen, dass die Internetrecherche den Besuch beim Arzt nicht ersetzt.

Die Veröffentlichung des Digital-Kompass „Anleitung 8: Gesundheitsinformationen im Netz - kompetent nutzen“⁶ gibt Auskunft über Internetportale, die vernünftig und angemessen mit dem Thema Gesundheitsinformationen umgehen, weist aber auch auf die am meisten genutzten hin und macht

deutlich, dass diese Werbe- oder Lobbyfinanziert sein können, oder als Vergleichsportale nur Informationen aus dem Netz zusammenstellen, ohne Berücksichtigung der Qualität, Herkunft und Güte der Informationen.

Die Fülle der Gesundheitsinformationen im Internet erschwert die Suche. Es gibt Internetseiten mit allgemeinen Gesundheitsinformationen, Internetseiten mit speziellen Gesundheitsinformationen, Portale zu Erkrankungen, dazugehörige Selbsthilfegruppen und auch bei der Arzt- und Krankenhaussuche kann man sich im Datenschwung verirren. Die Anleitung versucht, etwas Licht ins Dunkel zu bringen und macht auch auf kompetente Ansprechstellen, wie die Seiten für Ältere des BzGA, wissenschaftlich fundierte Seiten z.B. des IQWiG und des ÄzQ⁷, den IGEE-L-Monitor und die Patientenuniversität aufmerksam.

Im jährlich erscheinenden Digital-Index der Initiative D-21 heißt es: „Die Möglichkeiten des Internets für sich zu erkennen und selbstbestimmt und verantwortungsvoll mit digitalen Medien umgehen zu können, bedeutet in einer zunehmend digitalisierten Welt vor allem eins: Teilhabe am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben. Von digitalen Gesundheitsanwendungen für Senioren, wirtschaftlichen Chancen für Unternehmer bis hin zu Dating-Plattformen für einsame Herzen – wer die Chancen der Digitalisierung für sich erkennt und sich die entsprechenden Kompetenzen aneignet, kann im digitalen Wandel nur gewinnen. Es ist alarmierend, dass im Jahr 2015 die digital wenig erreichten Nutzertypen noch immer durch weibliches Geschlecht, höheres Alter und ein niedriges Bildungsniveau geprägt sind. (...) Zielgruppenspezifische Angebote zur Förderung des selbstbestimmten und souveränen Handelns in der digital geprägten Welt sind dringend zu verstärken.“⁸

¹ Die BAGSO ist der Dachverband von über 110 Organisationen, die etwa 13 Millionen ältere Menschen vertreten. Sie ist als Lobby der Älteren Impulsgeberin und Servicestelle (www.bagso.de).

² Mit dem Portal www.digital-kompass.de wollen wir Lotsen, die Ältere auf dem Weg ins und im Netz begleiten, gutes Schulungsmaterial, Broschüren und Tipps zur Verfügung stellen und den Austausch zwischen den Lehrenden fördern (www.Digital-Kompass.de).

³ Suchmaschinen – erst recherchieren, dann profitieren: <https://www.digital-kompass.de/kompass/kdocs/sendtext.php?urlkey=210>

⁴ 10 Hinweise zur Gesundheitsrecherche im Internet: <https://www.bitkom.org/Themen/Digitale-Transformaton-Branchen/Health/Inhaltsseite.html>

⁵ HON-Siegel, bundesweites „Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem“: http://www.hon.ch/home1_de.html, <http://www.afgis.de>

⁶ Gesundheitsinformationen im Netz - kompetent nutzen: <https://www.digital-kompass.de/kompass/kdocs/index.php?action=show&urlkey=258>

⁷ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (www.patienten-information.de) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.gesundheitsinformation.de)

⁸ Initiative D21, Digital-Index 2015, S.15 (Link: http://initiated21.de/app/uploads/2017/01/d21_digital-index2015_web2.pdf)

Intergenerationelles Lernen.

Impulse für die Gesundheitskompetenz?

Dr. Markus Marquard, Zentrum für Allgemeine Wissenschaftliche Weiterbildung der Universität Ulm

Das Zentrum für Allgemeine Wissenschaftliche Weiterbildung (ZAWiW) der Universität Ulm, ist eine Abteilung des Departments für Geisteswissenschaften und Zuständig für die Entwicklung innovativer Bildungsangebote für ältere Menschen. Dem liegt ein geragogisches Bildungsverständnis zu Grunde, bei dem Lernen nicht nur für sich, sondern auch mit Anderen und für die Gesellschaft verstanden wird. Ein thematischer Schwerpunkt bilden Alt-Jung Projekte und intergenerationelles Lernen.

Generationenbeziehungen im Wandel

Ausgehend von dem Generationenbegriff nach Max Weber kann man in einen genealogischen (Generationen in der Familie), einen pädagogischen (Verhältnis zwischen Lehrer und Schüler) und einen gesellschaftlich-historischen Generationenbegriff (Generation in ihrer jeweiligen Zeit) unterscheiden. Im Kontext intergenerationellen Lernens spielen alle drei Generationenbegriffe eine Rolle, ihre Bedeutung verändert sich aber durch den gesellschaftlichen Wandel und das Aufbrechen traditioneller Strukturen.

Zur wachsenden Bedeutung intergenerationellen Lernens, beziehungsweise der Verbesserung der Beziehung zwischen den Generationen gibt es unterschiedliche Ausgangspositionen: sie können einerseits als Kompensation von aufbrechenden und traditionellen Strukturen der Familie und Nachbarschaft, durch Individualisierung und Veränderung von Werthaltung verstanden werden; der Aufbau von Beziehungen zwischen den Generationen soll diesen Entwicklungen entgegenwirken. Während diese Überlegung zur Kompensation rückwärtsgewandt sind und bisherige Generationenverhältnisse oft idealisieren, können andererseits in der Neugestaltung der Generationenbeziehungen Chancen für neue Formen der Generationenbeziehungen und gemeinsamer Werthaltungen gesehen werden. Die Kompetenzen verschiedener Generationen vom Erfahrungswissen bis hin zur Bereitschaft von Innovation sollten dabei beachtet werden. Die Neugestaltung der intergenerationellen Beziehung bietet auch die Chance für gesellschaftlichen Zusammenhalt durch gegenseitige Wertschätzung, Toleranz und Solidarität.

Intergenerationelles Lernen

Beim intergenerationellen Lernen lassen sich die drei Lernebenen (1) voneinander, (2) miteinander und (3) übereinander unterscheiden. Neben der Sach- und Fachebene rücken beim intergenerationellen Lernen die Beziehungsebene, sowie die Handlungs- und Praxisebene basierend auf dem Erfahrungswissen älterer Menschen in den Vordergrund. Aktivierende Methoden unterstützen solche intergenerationelle Lernprozesse; wichtig ist dabei eine doppelte Teilnehmorientierung bei der sowohl die Interessen und Bedürfnisse der älteren als auch der jüngeren Lernenden im Blick sind. Dabei ist das dialogische Prinzip zu beachten, sodass Generationenbeziehungen nicht zur Einbahnstraße werden. Bei der Prozess- und Gruppendynamik sind die Vielfalt der Perspektiven und die wechselseitige Anerkennung von Alt und Jung zu berücksichtigen.

Im Rahmen einer Studie des ZAWiW wurden über 80 Alt-Jung-Projekte in Baden-Württemberg untersucht; dabei zeigte sich, dass bei vielen Projekten die Funktionalitäts- und Beziehungsebene nicht gleichermaßen im Blick sind. Zu meist wird in den Projekten der Funktionalität ein Vorrang eingeräumt, wichtig ist aber auch den Beziehungsaspekt in Alt-Jung-Projekten zu stärken. Fast 2/3 der untersuchten Projekte haben eine klare Ausrichtung von Anbieter- und Nutzer-Struktur, während nur 1/3 auf eine partnerschaftliche Beteiligung der verschiedenen Generationen setzt. Wichtig für solche Projekte ist aber eine doppelte Teilnahme- bzw. Subjektorientierung, in den Projekten kann so eine Win-Win-Situation entstehen. Im Rahmen dieser Studie wurde aber auch die Heterogenität der Generationen- bzw. Alterszusammensetzung deutlich. Generationenprojekte sind nicht nur auf große Altersdifferenzen begrenzt, es können auch nur ein oder zwei Generationen zwischen den beteiligten liegen. Wichtig ist hier, dass dieses Generationenverhältnis reflektiert und damit Bewusst gemacht wird. Insbesondere im Bereich des Mehrgenerationenwohnen zeigt sich, dass eine große Bandbreite der Beteiligten über alle Generationen hinweg eingebunden werden kann. Erstaunlich ist die nachgewiesene Themenvielfalt in diesen Projekten, in denen Bereiche wie „Leben & Wohnen“, „Lernen & Bildung“, „Kunst & Kultur“, „Freizeit & Sport“, „Arbeit & Beruf“, aber auch „Umwelt“ im Fokus stehen. Das Thema „Gesundheit“ ist im Rahmen der Studie nicht explizit erhoben worden, spiegelt sich aber zum Teil in den Bereichen „Freizeit & Sport“, „Umwelt“ oder auch „Leben & Wohnen“ wieder.

Ausgewählte Projektbeispiele zum Themenbereich „Gesundheit“

Generationengarten: Das Projekt des Generationentreffs Ulm/ Neu-Ulm bringt unterschiedliche Generationen von Grundschulkindern bis hin zur Mittelstufe mit Älteren aus dem Generationentreff zusammen; dabei werden unterschiedliche Aspekte thematisiert, zum Beispiel die Jahreszeiten, Erfahrung in der Gartenarbeit, aber „gesunde Ernährung“ spielt hier eine wichtige Rolle. Gartenarbeit wird verbunden mit Bewegung im Freien und trägt damit auch zur Gesundheit von den jüngeren als auch von den älteren Teilnehmenden bei.

ZeitZeugenArbeit und Erzähl-Cafès: Im Rahmen von ZeitZeugenArbeit und Erzähl-Cafès können Alt und Jung von ihren Erfahrungen berichten; während Ältere oft aus der Nachkriegszeit berichten, können Jüngere ihre eigenen Erfahrungen mit einbringen. Gemeinsam kommen so die Generationen in einen Dialog kommen. Dabei spielen immer wieder auch Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung und Sport, aber auch Gesundheitsbewusstsein und präventives Verhalten eine Rolle.

Gemeinsam Bewegen und Sport treiben: Insbesondere in Sportvereinen findet man immer wieder Aktivitäten, wo Jung und Alt bewusst gemeinsam in Bewegung kommen, Sport machen und sich dabei wechselseitig motivieren. Die Einbindung von Sport und Bewegung in soziale Kontexte erscheint gerade im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz besonders nachhaltig.

Gelingensbedingungen für Alt-Jung-Projekte

Zur Etablierung und Umsetzung von Alt-Jung-Projekten haben sich in der durchgeführten Studie Gelingensbedingungen herausarbeiten lassen, die auf drei Ebenen angesiedelt sind: die individuelle Ebene, die Aktivitätsebene sowie eine politischen Ebene – alle drei Ebenen tragen wesentlich zur Realisierung und zum Erfolg solcher Aktivitäten bei. Auf der individuellen Ebene ist es vor allem wichtig, dass alle Betroffenen von solchen Projekten profitieren und der Nutzen für alle Beteiligten erkennbar ist. Entsprechende Projekte müssen mit einem überschaubaren Ressourcenaufwand gestemmt werden können und bedürfen der persönlichen Anerkennung der Beteiligten, wichtig sind dabei die Selbstbestimmung der Beteiligten, die gemeinsame Teamarbeit und die wechselseitige Unterstützung. Auf der Aktivitätsebene zeigt sich vor allem, dass es Schlüsselpersonen sind, die als Multiplikatoren und Motoren solche Aktivitäten vorantreiben. Wichtig sind zudem klare Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel eine transparente Aufgabenteilung, hilfreich können dabei auch partizipative Methoden sein. Die Vernetzung und Unterstützung verschiedener Kooperationspart-

ner scheint für den Erfolg hilfreich; ebenfalls wichtig ist die Beratung, Begleitung, Evaluation und Fortbildung zur Qualitätssicherung für Alt-Jung-Projekte. Auf der politischen Ebene schließlich ist die Unterstützung der Kommunen und die Absicherung der Rahmenbedingungen entscheidend; dabei müssen auch neue innovative Projekte zugelassen werden, gleichzeitig bedarf es auch der Unterstützung von bereits erfolgreichen Projekten für langfristige Perspektiven. Wichtig sind eine Bedarfsorientierung und die Gestaltbarkeit durch Bürgerbeteiligung, sowie eine Anerkennungskultur für die Aktiven in Alt-Jung-Projekten.

In diesem Sinne können Projekte intergenerationellen Lernens durch aus einen erfolgreichen Beitrag zur Gesundheitskompetenz aller Generationen leisten.

Literatur

Marquard, Markus; Schabacker-Bock, Marlis und Stadelhofer, Carmen: Intergenerationelles Lernen. Eine praxisorientierte Arbeitshilfe. Juventa, Weinheim 2008

Marquard, Markus; Stadelhofer, Carmen und Schabacker-Bock, Marlis (Hrsg.): Intergenerationelles Lernen als Teil einer lebendigen Stadtkultur. Ulm, 2011

Marquard, Markus; Schabacker-Bock, Marlis und Wegner, Anja: Generationenpolitik -Dialog der Generationen. Vorstudie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Ulm 2013

Impulse für teilhabeorientierte Gesundheitsbildung: 10 Jahre Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover

Dr. Gabriele Seidel, Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover

2006 wurde die Patientenuniversität (PU) als ein unabhängiges Gesundheitsbildungsinstitut an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) von Prof. Dr. Marie-Luise Dierks und Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz gegründet. Die PU ist unabhängig, offen für interessierte Bürgerinnen und Bürger, wird durch alle Abteilungen und Institute der MHH unterstützt und finanziert sich durch Eigenmittel der MHH und durch Teilnahmebeiträge.

Die PU hat zum Ziel, die Gesundheitskompetenz aller Bürgerinnen und Bürgern zu fördern und zu stärken. Konkret bedeutet dies,

- das universitäre Wissen und aktuelle Forschungsergebnisse nicht nur Expertenkreisen, sondern der Bevölkerung insgesamt zur Verfügung zu stellen,
- Wissen der Medizin zu vermitteln und über körperliche und seelische Abläufe im menschlichen Körper aufzuklären,
- Kenntnisse über das Gesundheitswesen und Patientenrechte zu vermitteln,
- Möglichkeiten der Vorbeugung von Erkrankungen verständlich zu machen,
- Unterstützung bei Krankheitsbewältigung zu geben,
- das Selbstmanagement von gesunden und chronisch Erkrankten im Umgang mit ihrer Gesundheit und Krankheit zu fördern und
- qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen zu vermitteln.

Neben dem Wissenserwerb möchte die PU die kommunikativen Kompetenzen der Teilnehmenden im Umgang mit Professionellen im Gesundheitswesen fördern und den Glauben und das Vertrauen darauf, mit Gesundheitsfragen umgehen zu können, stärken. Dies gilt insbesondere für chronisch erkrankte Menschen, deren Angehörigen sowie Freundinnen und Freunde. Gesundheitskompetente Bürgerinnen und Bürger sollten zum Beispiel in der Lage sein, Informationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten, über ein hinreichendes Verständnis von evidenzbasierter Medizin verfügen, über Leitlinien in der Medizin informiert sein und sich gegenüber Professionellen im Gesundheitswesen entsprechend artikulieren können. Nur so können Patienten und Patientinnen informierte und adäquate Entscheidungen, ggfs. mit ihrem behandelnden Arzt zusammen, für ihre Gesunderhaltung

treffen. Es ist der PU wichtig, durch die vermittelten Informationen.

Durch ein breites didaktisches Methodenrepertoire und unterschiedliche Lernformate möchte die PU die Fähigkeit, sich neues Wissen anzueignen, insbesondere bei Erwachsenen mit „Lernen mit Kopf, Herz und Hand“ unterstützen, um so die Integration des Gelernten in die eigene Lebenswelt, also das Gelernte in Handeln umzusetzen, fördern. Um die genannten Ziele zu erreichen, nutzt die PU verschiedene Lehrformate, die im Folgenden vorgestellt werden.

Lehrformat „Gesundheitsbildung für Jedermann“

Seit 2007 führt die PU sehr erfolgreich eine Veranstaltungsreihe mit dem Namen „Gesundheitsbildung für Jedermann“ durch. Die Lernarchitektur umfasst Veranstaltungen mit einer Mischung aus Expertenvorträgen zu einem medizinischen Thema und einem 90 minütigen interaktivem Vertiefungsangebot an »Lernstationen«, die von Expertinnen und Experten sowie qualifizierten Studierenden (Medizin, Public Health) betreut werden. Regionale Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens arbeiten ebenfalls mit. Die »Lernstationen« vertiefen das Hauptthema der Veranstaltung unter Nutzung verschiedener didaktischer Methoden, die anschaulich, anregend und aktivierend wirken, den Dialog zwischen Professionellen, Medizinstudierenden und den Teilnehmenden fördern und an den Bedürfnissen der Teilnehmenden ansetzen. Seit dem Jahr 2007 wurden 230 Gesundheitsbildungsveranstaltungen mit ungefähr 3.200 Lernstationen und Informationsständen konzipiert und durchgeführt. Teilgenommen haben in 10 Jahren ungefähr 50.000 Personen im Alter von 16 bis 92 Jahren. Das Interesse an diesen Veranstaltungen ist groß, weil sie persönlich oder im familiären Kontext von Erkrankungen betroffen sind, aber auch, aus Interesse an Gesundheitsthemen. Teilnehmen können alle Interessierten, pro Veranstaltungsabend werden zwischen 150 bis maximal 350 Teilnehmende registriert.

Lehrformat „Mobile Patientenuniversität in Schulen“

Mit der mobilen PU werden seit Frühjahr 2009 zentrale Gesundheitsthemen durch erfahrene Tutorinnen und Tutoren aus der Gruppe der Medizinstudierenden unter dem Stichwort „Jugend unterrichtet Jugend“ in Schulen der Region angeboten. Handlungsleitend beim Einsatz von Medizinstudierenden ist, dass sie eher die (Jugend-)Sprache der Schülerinnen und Schüler sprechen und damit einen guten Kontakt zu ihnen aufbauen können. Die Medizinstudierenden können auf der Grundlage ihres medizinischen Wissens und der Vorbereitung auf ihre Aufgabe Informationen über den menschlichen Körper und für die jungen Teilnehmenden relevante Hinweise zu präventiven oder therapeutischen Aspekten auf verständliche, umfassende und ausgewogene Weise vermitteln und so die Gesundheitskompetenz der Heranwachsenden und jungen Erwachsenen erhöhen. Als didaktisches Gerüst dient das Konzept der „Gesundheitsbildung für Jedermann“. Die mobile PU wird in einem Schulstundenformat und meist in Schulklassen durchgeführt, der Vortrag hat einen Umfang von ca. 15 Minuten, die Lernstationen werden ca. 30 Minuten angeboten. Die Themen und Lernstationen-inhalte werden mit den Beauftragten der Schulen gemeinsam erschlossen, die Konzeption und Umsetzung obliegt der PU.

Lehrformat „Mobile Patientenuniversität in Betrieben“

Die PU bietet seit Anfang 2013 mit ihrem Team aus erfahrenen Ärztinnen und Ärzten, Forscherinnen und Forschern und Medizinstudierenden Veranstaltungen zu Gesundheitsbildung in Unternehmen, Behörden und Institutionen der Stadt und der Region Hannover an. Ziel der Bildungsveranstaltungen ist es, die Gesundheitskompetenz von Menschen zu unterstützen und sie zu befähigen, selbstbestimmt und gesundheitsbewusst mit ihrem Körper und ihrer Psyche – auch im Kontext der Arbeit – umzugehen. Durch das Angebot der Gesundheitsbildung in der Arbeitswelt sollen vor allem Menschen erreicht werden, die von sich aus entsprechende Angebote nicht wahrnehmen würden oder aus Zeitgründen nicht annehmen können. Als didaktisches Gerüst dient auch hier das Konzept der „Gesundheitsbildung für Jedermann“. Die Konzeption wird vor Ort mit den Verantwortlichen der Betriebe geplant. Der Expertenvortrag ist auf ca. 30 Minuten beschränkt, die Lernstationen sind 90 Minuten geöffnet. Die Anzahl der Teilnehmenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer variiert vor dem Hintergrund des Betriebes und des Thema und umfasst ca. 30 bis 135 Personen pro Veranstaltung.

Lehrformate „Große Künstler und ihre Erkrankungen“ und „Krankheiten auf Bildern“

Die PU der MHH bietet zusammen mit dem MHH Kunstforum e. V. zwei Vortragsreihen an: „Krankheiten auf Bildern“ und „Große Künstler und ihre Erkrankungen“. Diese Vortragsreihen stellen medizinische Fragen in einen kunsthistorischen Kontext. In der Reihe „Krankheiten auf Bildern“ referieren Expertinnen und Experten, vorwiegend Humanmedizinerinnen/-mediziner, über die Darstellung von Erkrankungen und medizinischer Versorgung am Beispiel unterschiedlicher bildender Künstlerinnen und Künstler sowie über Kunstepochen. In der Reihe „Große Künstler und ihre Erkrankungen“ geht es um die Frage, ob und wie das Krankheitsbild eines Künstlers oder einer Künstlerin Auswirkungen auf dessen/deren künstlerisches Schaffen hatten. Dazu sprechen sowohl Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Malerei, Literatur, Musik und Medizin. Die Anzahl der Teilnehmenden variiert vor dem Hintergrund des Themas und der Künstlerin bzw. des Künstlers und umfasst ca. 50 bis 270 Personen pro Veranstaltung.

Lehrformat „Gesund und aktiv leben“ Kurse (INSEA) für chronisch Erkrankte, ihre Angehörigen und Freunde

Um chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen und Freunde zu unterstützen, führt die PU seit dem Jahr 2015 „Gesund und aktiv leben“ Kurse durch. Das sogenannte INSEA-Selbstmanagementprogramm wurde an der Universität Stanford entwickelt, die Einführung des Programms in Deutschland wird seit dem Jahr 2014 von der Careum Stiftung in Zürich gefördert, die Umsetzung wird ermöglicht durch die Robert Bosch Stiftung und die BARMER.

Menschen mit körperlichen wie psychischen Erkrankungen lernen in den „Gesund und aktiv leben“ Selbstmanagementkursen beispielsweise mit Schmerzen umzugehen, sich selbst zu motivieren oder Selbstvertrauen im Umgang mit der Krankheit zu entwickeln. Wichtiges Prinzip ist, dass die Kurse nicht nur von Fachpersonen, sondern auch von ausgebildeten Betroffenen geleitet werden. Die Kurse dauern sechs Wochen, die Teilnehmer treffen sich wöchentlich für 2,5 Stunden. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Die Evaluation zeigt, dass die nachhaltige Stärkung chronisch erkrankter Menschen durch die Vermittlung von Handlungsstrategien und neuen Kompetenzen gelingen kann. Mit dem Angebot dieser Selbstmanagementkurse mit einer maximalen Gruppengröße von 18 Teilnehmenden können somit die Ziele der PU, Kompetenzen der Menschen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu stärken, mit einem weiteren Angebot umgesetzt werden.

Fazit

Die PU ist ein erfolgreiches Modell zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz, Förderung der Kommunikation zwischen Professionellen im Gesundheitswesen und Patientinnen und Patienten sowie zur Stärkung von Selbstmanagementkompetenzen. Damit unterstützt die PU die aktuellen Bestrebungen der Politik, der Kosten- und Leistungsträger und der Wissenschaft, die Gesundheitskompetenz aller Bürgerinnen und Bürger zu erhöhen (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, 2017; Allianz für Gesundheitskompetenz 2017). Die PU erreicht ein breites Altersspektrum von Interessierten und wird von chronisch Erkrankte und gesunde interessierte Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen angenommen. Dennoch, die Teilnehmenden der angebotenen Formate sind meist deutsch und nicht bildungsfern. Vulnerable Gruppen werden durch die bisherigen Angebote weniger erreicht. Hier sind weitere Zugangswege, Methoden und Techniken, in Kooperation und Partizipation von Multiplikatoren und Betroffenen, aber auch anderen Wissenschaftsdisziplinen zu entwickeln und auszuprobieren. Erste Schritte für unterschiedliche Bereiche stellen die Erklärfilme über menschliche Organe von Medizinstudierenden der PU dar, die im Frühjahr 2017 auf dem YouTube Kanal der PU ins Internet gestellt wurden, ein Pfad-Finder Gesundheit, der auf der Homepage der PU (www.patienten-universitaet.de) auch als E-book runterladbar ist und die Suche nach verständlichen Informationen im Internet erleichtert sowie das Projekt „Selbstmanagementkurse für bildungsferne Gruppen chronisch erkrankter Menschen mit und ohne Migrationshintergrund“, das Mitte 2017 ins Leben gerufen wurde.

Literatur bei der Verfasserin

Referierendenliste

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 100

Björn Kemeter

Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover
bjoern.kemeter@ms.niedersachsen.de
Tel.: 0511 / 120 29 71

Alvia Killenberg

Hochschule Coburg
Friedrich-Streib-Str. 2
96450 Coburg
alvia.killenberg@hs-coburg.de
Tel.: 09561 / 31 75 61

Dr. Markus Marquard

Zentrum für Allgemeine Wissenschaftliche
Weiterbildung der Universität Ulm
Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm
markus.marquard@uni-ulm.de
Tel.: 0731 / 502 66 00

Nicola Röhricht

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Seniorenorganisationen (BAGSO)
Hans-Böckler-Straße 3
53225 Bonn
roehricht@bagso-service.de
Tel.: 0228 / 55 52 55 54

Theresia Rohde

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Maarweg 149-161
50825 Köln
theresia.rohde@bzga.de
Tel.: 0221 / 899 22 96

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de
Tel.: 0521 / 106 38 95

Martin Schumacher

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
martin.schumacher@gesundheit-nds.de
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 34

Dr. Gabriele Seidel

Patientenuniversität an der Medizinischen
Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30623 Hannover
seidel.gabriele@mh-hannover.de
0511 / 532 84 25 (MHH)

Gertrud Völkening

Nds. Bund für freie Erwachsenenbildung e.V.
Agentur für Erwachsenen- und Weiterbildung
Bödekerstr.18
30161 Hannover
voelkening@aewb-nds.de
Tel.: 0511 / 30 03 30 25

Dr. Andreas Waltering

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln
andreas.waltering@iqwig.de
Tel.: 0221 / 35 68 50

