

Tagungsband

Public Health Symposium

**Internationales Symposium zur Präsentation
studentischer Projekte in den Studiengängen
Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege,
BWL-Gesundheitsmanagement und Angewandte
Pflegerwissenschaften**

Studienzentrum Gesundheitswissenschaften und Management

Herausgeberin:

Prof. Dr. med. Margrit Ebinger, MPH

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Tagungsband

Public Health Symposium

Internationales Symposium zur Präsentation studentischer Projekte in den Studiengängen Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege, BWL-Gesundheitsmanagement und Angewandte Pflegewissenschaft

01. Juni 2017

Studienzentrum Gesundheitswissenschaften und Management

Herausgeberin:

Prof. Dr. med. Margrit Ebinger, MPH

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Impressum

Tagungsband Public Health Symposium

Herausgeberin:

Prof. Dr. med. Margrit Ebinger, MPH

Studiengangsleiterin für Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Postfach 10 05 63

70004 Stuttgart

E-Mail: margrit.ebinger@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-588

Fax: 0711/1849-819

Satz: Daniel Ade, Gesa Schultenkämper

Gestaltungsvorlage: Cornelia Zeller

Druck: Schwabenprint GmbH, Stuttgart

ISBN 978-3-9819883-0-7 (Print)

ISBN 978-3-9819883-1-4 (Internet)

© 2018 Alle Rechte vorbehalten. Der Inhalt dieser Publikation unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autorinnen und Autoren und der Herausgeberin.

Der Inhalt der Publikation wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität des Inhalts übernimmt die Herausgeberin keine Gewähr (Juni 2018).

Vorwort

Seit 2015 gibt es in Deutschland ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). Ziel des Gesetzes ist, neben den Grundlagen für eine bessere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger und der Länder bzw. Kommunen Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen zu stärken.

Das Wintersemester 2016/17 am Studienzentrum Gesundheitswissenschaften und Management stand in den gesundheitsbezogenen Studiengängen ebenfalls unter dem Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung aus Public Health-Perspektive. Der Fokus lag dabei insbesondere auf einem multidisziplinären Ansatz. So beschäftigte sich der Studiengang BWL-Gesundheitsmanagement im Integrationsseminar mit der Gesundheitskompetenz, während sich der Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege im Integrationsseminar mit einer Bedarfsanalyse zu Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen für unterschiedliche Zielgruppen befasste.

Parallel dazu kam im Wintersemester 2016/17 erstmals die im Rahmen des eCampus-Projektes der DHBW standortübergreifend entwickelte Blended Learning Veranstaltung „@Public Health – Virtual Concept“ zum Einsatz.

Das Public Health Symposium am 01. Juni 2017 sollte neben der Präsentation der studentischen Projekte auch durch die Expertise internationaler Public Health-Experten und Expertinnen einen fachlichen Rahmen geben und gleichzeitig als Abschlussveranstaltung mit Diskussion der Beiträge dienen. Durch die Herausgabe dieses Tagungsbandes sollen die folgenden Beiträge auch nachhaltig wirken:

Frau Dr. Beate Grossmann, Geschäftsführerin des Bundesverbandes für Prävention und Gesundheitsförderung e.V., stellt zu Beginn die Bedeutung von Prävention & Gesundheitsförderung im Public Health Kontext anhand des deutschen Präventionsgesetzes dar. Nach der Präsentation der studentischen Projekte der obengenannten Integrationsseminare wird die Blended Learning Veranstaltung „@Public Health – Virtual Concept“ kurz aus Sicht des Standorts Stuttgart und Heidenheim erläutert. Bei den studentischen Beiträgen ist insbesondere auch die Beteiligung einer Gruppe Studierender an dem Projekt „Gesund und Bunt“ hervorzuheben, welches sich ebenfalls vorstellt. Das Projekt befasst sich mit einer kultursensiblen Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung für ältere türkischstämmige Menschen und wurde aus Landesmitteln Baden-Württemberg gefördert.

Auch die internationale Public Health-Perspektive findet durch den Beitrag zu Evidence-based Health Promotion in Finnland von Prof. Tiina Tervaskanto Mäentausta von der Partneruniversität Oulu in Finnland Berücksichtigung.

Frau Lisa Tonk beschreibt in ihrem Beitrag das Projekt "Kommunale Gesundheitsmoderation - Ernährung, Bewegung, Gesundheit IN FORM" der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. Im letzten Beitrag

stellt Frau Prof. Dr. med. Annette Becker, MPH von der Philipps-Universität Marburg an uns alle die Frage „Prävention und Früherkennung: Immer dafür – oder Mut zur Entscheidung?“ und inspiriert uns dadurch zu einer kritischen Entscheidungsfindung.

Ziel des Public Health Symposiums und des vorliegenden Tagungsbandes ist, mit der Vorstellung von der lehrintegrierten Forschung in den Integrationsseminaren sowie einzelnen Projektideen und Konzepten zum Thema Public Health zu Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedensten Lebensbereichen beizutragen.

Ein herzliches Dankeschön geht an alle Referentinnen und Referenten beim Public Health Symposium sowie an unseren Dekan Prof. Dr. Müllerschön, der die Begrüßung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer übernommen hatte und natürlich an all diejenigen, die die Organisation und Umsetzung des Symposiums mitunterstützt haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt abschließend Frau Gesa Schultenkämper, Frau Cornelia Zeller und Herrn Daniel Ade für die Koordination und redaktionelle Bearbeitung des vorliegenden Tagungsbandes.

In diesem Sinne - bleiben Sie gesund!

Margrit Ebinger

Stuttgart im Juni 2018

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Public Health Kontext

Dr. Beate Grossmann..... 1

Ergebnisse der Integrationsseminare am Studienzentrum Gesundheitswissenschaften und Management

Integrationsseminar WAG14 Prof. Dr. Elisabeth Holoch / Prof. Dr. Margrit Ebinger mit Präsentationen studentischer Projekte..... 5

Unsicherheiten seitens der Eltern bei der Beikosteneinführung, Leah Dörr 10

Gesund und Bunt - Kultursensible Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege, Miriam Dignal und Julia Sverak 16

Ist-Stand Erhebung des interkulturellen Entlassungsmanagements von türkeistämmigen Patienten im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart im Rahmen des Projektes „Gesund und Bunt“, Lena Zielke, Sarah Dorn, Silvia Kreidler, Sandro Weber, Katrin Maurer..... 23

Qualitative Untersuchung zur Einstellung der Patientenkoordinatoren im Rahmen des Projektes „Gesund und Bunt“, Michaela Baumgartner, Christine Blem, Aileen Höckh, Daniela Schweiner, Heike Schmäschke..... 25

Integrationsseminar des Studiengangs BWL-Gesundheitsmanagement: Gesundheitskompetenz in Familien, Prof. Dr. Anke Simon..... 27

Entwicklung einer Blended-Learning Veranstaltung zu Public Health im Rahmen des DHBW eCampus

Die Blended-Learning-Veranstaltung „@Public Health – Virtual Concept“: Implementierung am Standort Stuttgart, Prof. Dr. Margrit Ebinger..... 35

Studierendenprojekt „Mit Rückenwind“ im Rahmen von „Public Health – Virtual Concept“ ein Teilprojekt des DHBW eCampus, Prof. Dr. Claudia Winkelmann 40

Evidence-based Health Promotion in Finland

Dr. Tiina Tervaskanto-Mäentausta..... 46

Kommunale Gesundheitsmoderation – Ernährung, Bewegung, Gesundheit IN FORM

Lisa Tonk..... 49

Prävention und Früherkennung: Immer dafür – oder Mut zur Entscheidung?

Prof. Dr. Annette Becker 54

Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Public Health

Kontext

Dr. Beate Grossmann, Geschäftsführerin Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bonn

Das Präventionsgesetz – Was bislang auf den Weg gebracht wurde

Seit zwei Jahren ist das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“ nun in Kraft. Der folgende Beitrag erläutert die wesentlichen Gestaltungselemente dieses Gesetzes und stellt dar, was bislang auf den Weg gebracht wurde.

Einleitung

Viele Jahre forderte die Fachwelt ein Gesetz zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Am 17. Juli 2015 trat dann das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ – kurz Präventionsgesetz (PräVG) – nach drei gescheiterten Anläufen in den vorausgegangenen drei Legislaturperioden endlich in Kraft.

Gestaltungselemente des PräVG

Die Gestaltungselemente des Gesetzes setzen im Wesentlichen an zwei Punkten an: zum einen an der differenzierten Ausweitung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, zum anderen an der verbesserten Zusammenarbeit möglichst vieler bedeutsamer Akteure auf der Bundesebene wie in den Ländern.

Mit Blick auf die Stärkung der Prävention in Lebenswelten ist vor allem die Erhöhung des Ausgabenwertes der Krankenkassen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zu nennen: Betragen die Ausgaben dafür im Jahr 2013 noch 267 Mio. Euro, so sind für 2016 dann 490 Mio. Euro vorgesehen, 280 Mio. Euro davon allein für Maßnahmen in nicht-betrieblichen Lebenswelten (Settings).

Auch für den Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ist jetzt ein Mindestwert für entsprechende Leistungen der Krankenkassen von zwei Euro pro Versichertem und Jahr festgesetzt (§ 20 Abs. 6 SGB V).

Ferner erhält die Soziale Pflegeversicherung erstmalig einen expliziten Präventionsauftrag und kann dafür einen Betrag in Höhe von 0,30 € pro Versicherter/m für Leistungen der Primärprävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen aufwenden.

Mehr und besseres Zusammenwirken der Akteure soll durch die Bildung einer Nationalen Präventionskonferenz (NPK) gewährleistet werden.

Die gesetzlichen Sozialversicherungsträger, also die Gesetzliche Krankenversicherung, die Soziale Pflegeversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, entwickeln im Benehmen mit verschiedenen Bundesressorts eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie, die die Erarbeitung von Bundesrahmenempfehlungen (BRE) zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland sowie die Erstellung eines Präventionsberichtes umfasst. Auf der Basis der BRE sollen die Partner auf der jeweiligen Landesebene dann Vereinbarungen über entsprechende länderspezifische Ziele und Handlungsfelder, sog. Landesrahmenvereinbarungen, schließen.

Der Nationalen Präventionskonferenz steht beratend ein Präventionsforum zur Seite, das von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) durchgeführt wird.

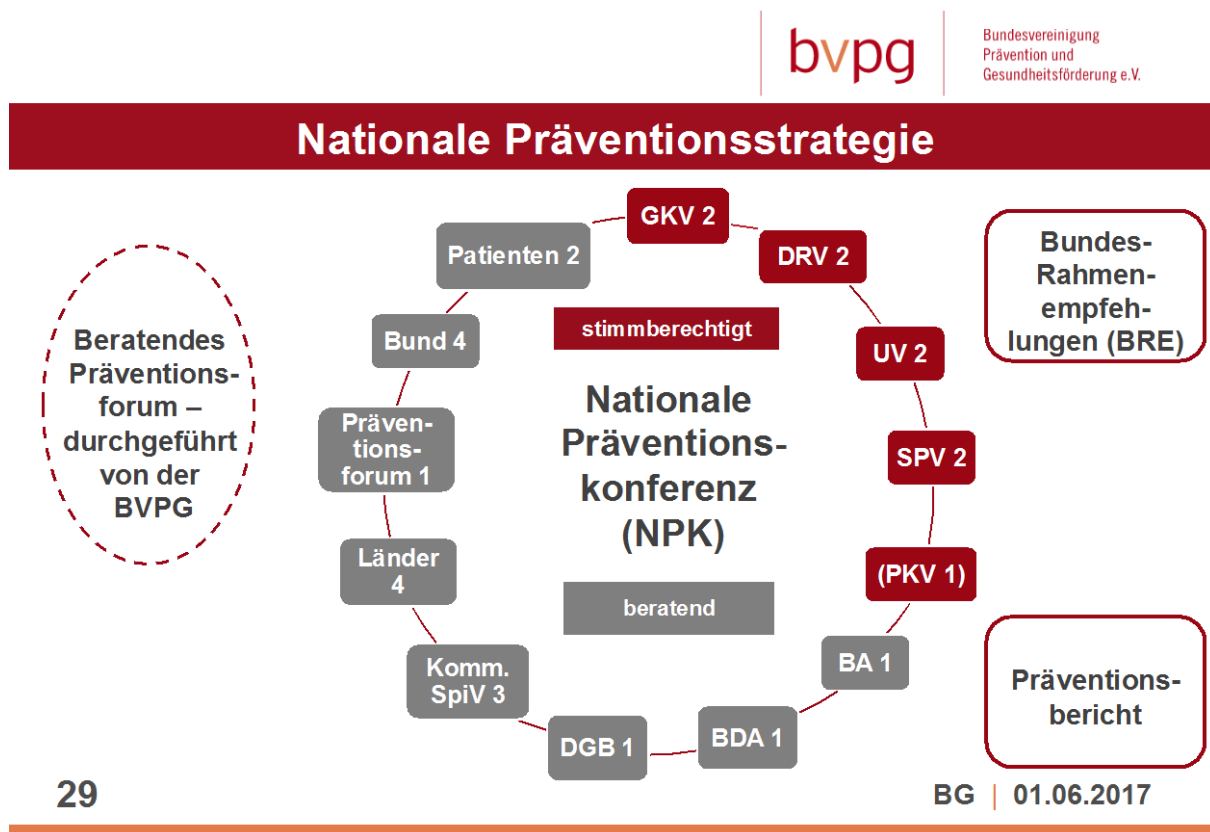


Abb. 1: Nationale Präventionsstrategie (BVPG)

In der betrieblichen Gesundheitsförderung wird mit der verpflichtenden Beteiligung von Sicherheitsfachkräften, Betriebsärztinnen und -ärzten, staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie der Leistungsausrichtung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eine engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz angestrebt.

Krankenkassen werden darüber hinaus verpflichtet, ihre Leistungen in gemeinsamen kassenübergreifenden Koordinierungsstellen auf Landesebene in Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensorganisationen in den Betrieben anzubieten.

Stand der Umsetzung

In den vergangenen zwei Jahren wurden die vom Gesetzgeber geforderten Strukturen etabliert und die entsprechenden Ausführungsbestimmungen erarbeitet. So konstituierte sich bereits im Oktober 2015 die Nationale Präventionskonferenz; im Februar 2016 verabschiedete sie die Bundesrahmeneempfehlungen; das Präventionsforum wurde erstmalig im September 2016 durchgeführt; in fast allen Bundesländern wurden Landesrahmenvereinbarungen abgeschlossen und Anfang Mai 2017 haben die regionalen BGF-Koordinierungsstellen ihre Arbeit aufgenommen.

Fazit

Der Gesetzgeber hat mit dem PräVG einige neue Rahmenbedingungen für eine ziel- und zielgruppenorientiertere Vorgehensweise, für die Verbesserung der Qualität von Leistungsangeboten, für die Priorisierung von Leistungen, für verbesserte Möglichkeiten ihrer Finanzierung und für Ansätze eines umfassenden Dokumentationssystems im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ geschaffen.

Wie erfolgreich die bereits angestoßenen Maßnahmen tatsächlich sein werden, wird sich erst im Verlauf der weiteren Implementierung zeigen. Der Gesetzgeber fordert hierzu einen trägerübergreifenden Präventionsbericht, der erstmals im Juli 2019 vorgelegt wird. Dann liegen belastbare empirische Daten zur Umsetzung des PräVG und damit für Diskussionen über eventuelle weitere gesetzliche oder sonstige erforderliche Maßnahmen/Schritte vor.

Literaturverzeichnis

Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevension_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf, Zugriff am 28.07.2017

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?bvpg>, Zugriff am 28.07.2017

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz –

PrävG): https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1497439949758, Zugriff am 28.07.2017

Lehrintegrierte Forschung im Integrationsseminar: Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung und Prävention bei unterschiedlichen Zielgruppen

Prof. Dr. Margrit Ebinger, MPH und Prof. Dr. Elisabeth Holoch – Studienzentrum Gesundheitswissenschaften & Management, DHBW Stuttgart

Hintergrund

Im dritten Studienjahr des ausbildungsverzahnten Studienganges Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der DHBW Stuttgart bietet sich curricular verankert die Möglichkeit eines Integrationsseminars mit dem Ziel, aktuelle gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen im Rahmen eines lehrintegrierten Forschungsansatzes zu behandeln. Dieser lehrintegrierte Forschungsansatz umfasst zum einen die Methodenschulung im Sinne des forschungsorientierten Lernens im Rahmen der Vorlesung, als auch die projektbezogene selbstständige Forschungsaktivität von Studierenden in Kleingruppen.

Im Wintersemester 2016/17 stand das Integrationsseminar ganz im Zeichen von Public Health. Durch das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz sollen Prävention und Gesundheitsförderung als Kernthemen der Pflege (vgl. DBfK 2016), insbesondere mit Blick auf unterschiedliche Lebenswelten oder Settings (Präventionsgesetz 2015) gezielt gestärkt werden. Da es sich bei den Studierenden im dritten Jahr um bereits examinierte Pflegefachpersonen handelt, können Studierende aufbauend auf einer eigenständigen Bedarfserhebung effektive Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung konzeptionell planen. Die eigenständige Planung von bedarfsorientierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für unterschiedliche Zielgruppen war Gegenstand der parallel im Wintersemester stattfindenden Vorlesung Public Health.

Methodik

Das Integrationsseminar fand in drei Parallelkursen des Studienjahrgangs Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege 2014 mit insgesamt 54 Studierenden statt. Die Studierenden arbeiteten dabei in Projektgruppen mit max. fünf Personen zusammen. Für die Bedarfsanalyse wählten die Studierenden in Eigenverantwortung eine Zielgruppe in einem spezifischen Setting (z.B. KiTa, Schule, Hochschule, Krankenhaus, etc.) aus. Aufbauend auf einer umfassenden Literaturrecherche zur aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Studienlage erhoben die Studierenden unter Verwendung der im Integrationsseminar erlernten Methodenkompetenzen den Bedarf an zielgruppenspezifischen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungskonzepten im gewählten Setting mittels qualitativer Interviews

mit Experten, Betroffenen, Laien, etc. oder anhand von Gruppendiskussionen (Fokusgruppen). Die Methodenlehre erfolgte unter Einbeziehung des Zentrums für empirische Forschung (ZEF) an der DHBW Stuttgart (vgl. Mayring 2002 und Mayer 2016). Die Studierenden entwickelten die Fragestellung, wählten selbständig den geeigneten Interviewtyp aus und führten die Erhebung eigenständig durch. Dabei wurden sie von zwei hauptamtlichen Professorinnen und vom ZEF beratend begleitet. Der ursprünglich geplante Erhebungszeitraum mit Durchführung der Interviews und Ergebnisauswertung lag in der Zeit von November 2016 bis Februar 2017, wurde aber auf Mai 2017 ausgedehnt, da die Studierenden längere Zeit für die Suche nach geeigneten Interviewpartnern einkalkulieren mussten. Die Herausforderungen für die Studierenden finden sich zusammengefasst in Tabelle 1.

Ergebnisse und Ausblick

Die insgesamt 14 Projektgruppen wählten Settings und Zielgruppen aus, die alle Lebensabschnitte und Altersspannen umfassten, von der Beikosteneinführung bei Säuglingen bis hin zum Medikamentenmanagement bei über 65-Jährigen, siehe auch Tabelle 1 im Beitrag zur Blended-Learning Veranstaltung „@Public Health – Virtual Concept“ des Tagungsbandes (s.o.). Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurden sowohl schriftlich in Form einer (Gruppen-)Seminararbeit festgehalten als auch mündlich im Kurs präsentiert und im Verhältnis von 2:1 gewichtet (schriftlicher/mündlicher Teil) bewertet. Alle Studierendengruppen reflektierten dabei neben den Ergebnissen auch ihre methodische Vorgehensweise kritisch gegenüber den anderen Studierenden in Form eines „student peer reviews“.

Ausgewählte Studierendengruppen präsentierten beim Public Health Symposium beispielhaft ihre Forschungsergebnisse und Projektkonzepte einer interessierten Fachöffentlichkeit. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studierendengruppen Dörr L. et al. dargestellt sowie der beiden Studierendengruppen, die das Projekt „Gesund und Bunt“ unterstützt haben, Weber et al und Schmäschke et al. Das Projekt „Gesund und Bunt: Kultursensible Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege“ selbst wird darüber hinaus von den Projektverantwortlichen der Werkstatt Parität GmbH Miriam Dignal und Julia Sverak kurz vorgestellt.



Abb. 1: Studierende präsentieren die Ergebnisse des Integrationsseminars beim Public Health Symposium¹

Die Lehrevaluation des Integrationsseminars ergab, dass die Studierenden die selbständige Erarbeitung als sehr motivierend, wenn auch zeitintensiv empfanden. Die Studierenden wurden durch die verzahnten Lehrveranstaltungen sensibilisiert, im Rahmen ihrer zukünftigen Tätigkeit als Pflegekräfte im Gesundheitssektor, forschungsbasiert zielgruppenspezifische Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und Prävention einzubinden. Durch die im Integrationsseminar erworbenen Kompetenzen sind die Studierenden auch später in der Lage, gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen strukturiert zu analysieren und Lösungsansätze bzw. Konzepte zu entwickeln. Im gewählten Setting konnten sie Kontakte knüpfen, welche die Fortsetzung der entwickelten Projekte über das Studium hinaus ermöglichen (siehe auch Tabelle 1: Nutzen für Studierende).

¹ Bildrecht DHBW Stuttgart

Herausforderungen für Studierende	Nutzen für Studierende
<ul style="list-style-type: none"> • lange Suche nach geeignetem Setting und teilnahmebereiten Interviewpartnern 	<ul style="list-style-type: none"> • Studierende lernen den gesamten Forschungsprozess kennen
<ul style="list-style-type: none"> • hoher zeitlicher Aufwand (Integrationsseminar wurde auf das Sommersemester ausgedehnt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung von ethischen Implikationen (Einverständnis der Interviewpartner)
<ul style="list-style-type: none"> • modulübergreifende Synergien mit Lehrveranstaltung Public Health verwirrend, Prüfungsleistungen: Formen, Kombination, Bewertung 	<ul style="list-style-type: none"> • eigenverantwortliches Arbeiten in Gruppen
<ul style="list-style-type: none"> • wenig Interesse der Studierenden zur Präsentation am Public Health Symposium sowie Publikation im Tagungsband von studentischer Seite 	<ul style="list-style-type: none"> • Studierende werden zu Expertinnen/Experten in dem von ihnen gewählten Themenbereich • Studierende können Kontakte im gewählten Setting knüpfen und das Projekt auch nach Abschluss des Studiums fortsetzen

Tabelle 1: Herausforderungen und Nutzen für Studierende im Integrationsseminar²

Literaturverzeichnis

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung, Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), verabschiedet am 09.04.2013 auf der Mitgliederversammlung in Berlin.

DBFK: Das Präventionsgesetz Chancen und Herausforderungen für die Umsetzung – eine Handlungshilfe für Pflegende. Handreichung "Präventionsgesetz" Stand 01/2016.

Ebinger, M., Holoch, E., Kienle, U. (2018): Zielgruppengerechte Bedarfsanalyse von Konzepten zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention – Forschendes Lernen im Integrationsseminar. eingereicht zur Publikation in „Schriften zur allgemeinen Hochschuldidaktik – Band 3“

Geene, R., Reese, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelung der Gesundheitsförderung, Frankfurt.

² Eigene Darstellung

Mayer, H. (2016): Qualitative Forschung in der Konjunktur – (k)ein Anlass zur Freude? Eine Debatte über qualitative Forschung im Spannungsfeld zwischen Hochblüte und Trivialisierung und ihr Beitrag zur Evidenzbasierung der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 21. Jg., Heft 1, 5-19.

Mayring, Ph. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim und Basel.

Unsicherheiten seitens der Eltern bei der Beikosteinführung

Leah Dörr – Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin auf der pädiatrischen Intensivstation des Olgahospitals (Klinikum Stuttgart), duale Studentin der Angewandten Gesundheitswissenschaften für Pflege an der DHBW.

Hintergrund

Das erste Lebensjahr eines Kindes ist durch vielfältige Veränderungen und Entwicklungsschritte gekennzeichnet, vor allem die Ernährung ändert sich in dieser Lebensspanne bereits so grundlegend und weitreichend, wie sie es zu einem späteren Zeitpunkt wahrscheinlich nie wieder tun wird. Dies stellt hohe Anforderungen an die Eltern und kann natürlicherweise Unsicherheiten bei diesen verursachen. Ursächlich für diese Verunsicherung sind nach eigener praktischer pflegerischer Erfahrung mit betroffenen Eltern vor allem ein Informationsüberfluss über die Methoden und Möglichkeiten zur Beikosteinführung bei Säuglingen, aber auch die unterschiedlichen Empfehlungen in den Medien und durch verschiedene Hersteller von entsprechend verwendeten Produkten. Viele Eltern geben dadurch Schwierigkeiten an, entsprechende Empfehlungen und Trends einzuordnen. Zur Klärung dieser Unsicherheiten suchen viele Eltern nach persönlicher praktischer Erfahrung Rat im Internet. Hier finden sie nach eigener Recherche jedoch häufig fragliche Quellen ohne wissenschaftlichen Hintergrund und durch die Hersteller geprägte Informationen. Dies sowie Überschriften wie „Die beste Methode zum Beifüttern ist nicht bekannt“ können folglich nicht zur Klärung der elterlichen Fragen beitragen. Zudem stehen die Eltern, ebenfalls nach persönlicher Erfahrung, in Supermärkten und Drogerien vor einer nicht überschaubaren Menge an angebotenen Produkten für die Beikost.

Ergänzend wurde festgestellt, dass es nur wenige Studien gibt, die sich mit der Thematik der Beikosteinführung überhaupt beschäftigen. Wie in der Literaturrecherche für dieses Projekt auffiel, beschäftigen sich die meisten Studien lediglich mit dem Stillen. Fraglich ist jedoch, ob Eltern überhaupt auf solche wissenschaftlichen Quellen zurückgreifen würden, selbst wenn sie vorhanden wären. Nach eigener Erfahrung und Literaturerkenntnissen scheinen Eltern eher kurze, übersichtliche und einprägsame Artikel zu bevorzugen.

Auf Grundlage dieser in der Praxis und Literatur häufig wahrgenommenen Unsicherheiten beschäftigte sich diese nicht-repräsentative qualitative Forschung, die im Rahmen des Bachelorstudiums der Angewandten Gesundheitswissenschaften im Fach „Integrationsseminar“ mit einer Kommilitonin durchgeführt wurde, mit den folgenden Fragestellungen: Welche Erfahrungen haben Eltern von Säuglingen mit der Informationsweitergabe bezüglich der Einführung der Beikost gemacht und welcher

Unterstützungsbedarf besteht noch? Welche Bedeutung haben dabei die unterschiedlichen Informationsquellen und -angebote? Darüber hinaus sollten konkrete Problematiken und Fragestellungen der Eltern bei der Beikosteinführung in dieser Forschung herausgearbeitet werden.

Beschreibung des Projekts

Zur adäquaten Erfassung der Bedürfnisse der Eltern wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen ein qualitatives Studiendesign gewählt. Im ersten Schritt wurden eigene Erkenntnisse und Erfahrungen aus der pflegerischen Arbeit zusammengetragen sowie Informationsquellen der Eltern gesichtet. Anschließend kam es zur Literaturrecherche und -analyse. Wie bereits im Hintergrund dargestellt worden ist, gab es jedoch nur wenige Studien, die sich mit der Thematik der Unsicherheit von Eltern bei der Beikosteinführung beschäftigen.

Aufgrund der vorgegebenen kurzen Zeit des Forschungsprojekts im Rahmen des Bachelorstudiums und der gering abdeckbaren Bandbreite, entschied sich das Team gegen die Befragung betroffener Eltern und für die Interviews mit Expertinnen der pflegerischen Elternberatung zweier Kinderkliniken, die täglich Kontakt zu entsprechenden Eltern haben und deren Unsicherheiten kennen. Aufgrund von personellen Schwierigkeiten konnte ein geplantes Interview mit dem Gesundheitsamt nicht wahrgenommen werden.

Nach einem Pretest mit einer erfahrenen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin wurden die Expertinnen mit Hilfe eines leitfadengestützten Interviews befragt. Diese Interviews wurden anschließend transkribiert und mit Hilfe der interpretativen reduktiven Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert. Kategorien wurden deduktiv gebildet.

Ergebnisse und Ausblick

In dieser Zusammenfassung soll aufgrund des begrenzten Rahmens nur rein grober Überblick über die Ergebnisse der Forschung gegeben werden.

Insgesamt fiel in den Interviews auf, dass die Expertinnen unterschiedliche Schwerpunkte bei der Thematik setzten. Eine Expertin konzentrierte sich auf die Problematiken und Unsicherheiten der Eltern bei der Ernährung an sich, während die andere eher auf die Rahmenbedingungen und Interaktionen mit dem Kind beim Essen einging. In den Interviews wurden sechs Themenbereiche abgefragt: Fakten, optimale Methode zur Beikosteinführung, Anlässe für die Beratung, Rolle und Einfluss der bisherigen Informationsquellen der Eltern, sozialer und kultureller Hintergrund der Eltern, Unterstützungsbedarf und Verbesserung bisheriger Systeme.

Im Themenbereich der Fakten legten die Expertinnen die Rahmenbedingungen ihrer Beratungen dar. Kontakt zu diesen nehmen die Eltern meistens über ausliegende Flyer, Zeitungsartikel, die Internetseite der Kliniken und zum Teil durch die Weiterleitung von Kinderärztinnen/Kinderärzten auf. Die

Expertinnen beraten Eltern mit Kindern aller Altersklassen vom Säuglings- bis zum Kindergartenalter bezüglich der Beikosteneinführung. Die Beratungen werden vor allem persönlich und nur in Ausnahmefällen telefonisch vorgenommen. Grundlage für diese Beratungen sind die Informationsmaterialien des Ministeriums für den ländlichen Raum und des Netzwerkes „Gesund ins Leben“.

Im Themenbereich mit dem Titel „Optimale Methode zu Beikosteneinführung“ sollte überprüft werden, ob die Expertinnen der Aussage „Die beste Methode zum Beifüttern ist nicht bekannt“ zustimmen. Beide Expertinnen gaben jedoch an, dass für sie die offiziellen Empfehlungen ihrer genutzten Grundlagen (s.o.) die beste Methode zur Beikosteneinführung darstellen. Allerdings betonen sie, dass ein individueller Spielraum je nach Kind wichtig ist und nicht starr Vorgaben gefolgt werden sollte. Gegenüber Trends, wie dem Baby Led Weaning, sind die Expertinnen eher kritisch eingestellt und sehen dies nicht als optimale Möglichkeit zur Einführung der Beikost an. Um darüber hinaus zu erfahren, mit welchen Problematiken die Eltern bezüglich der Beikosteneinführung konfrontiert sind, wurden die Expertinnen befragt, welche Anlässe für die Beratung bei Ihnen bestehen. Eine Expertin gibt die enorme Informationsfülle mit nicht einheitlichen und zum Teil veralteten Informationen an. Empfehlungen werden zum Teil nicht näher erläutert, meistens nicht reflektiert und zum Teil nicht wissenschaftlich gestützt aufgestellt. Die andere Expertin beschreibt, dass vor allem der Beginn für die Eltern einen hohen Verunsicherungsfaktor darstellt. Beispielsweise sind diese unsicher, wie viel Flüssigkeit ihr Kind noch zusätzlich erhalten sollte und wann welcher Brei angebracht ist sowie in welchen Abständen und mit welchen Mengen gefüttert werden soll. Häufig orientieren sich die Eltern dann folglich, laut beiden Experten, an Herstellerangaben auf den Verpackungen der Breie und versuchen, dortige Angaben einzuhalten. Die Folge sei nicht selten die so genannte Zwangsfütterung, bei der Hunger- und Sättigungssignale der Kinder nicht beachtet, sondern lediglich die Herstellerangaben als Referenz herangezogen werden.

Ein weiterer Anlass für die Beratung bei den Expertinnen sei laut diesen häufig auch die inadäquate Beratung bei Kinderärztinnen/Kinderärzten, die die Unsicherheiten der Eltern nicht ausräumen können, da dies nicht ihr Fachgebiet darstellt. Eltern suchen die Expertinnen meist zur Prävention von Fehlern bei der Beikosteneinführung auf oder wenn bereits Schwierigkeiten aufgetreten sind. Die problematische Beratung durch vermeintliche Fachleute, wie die Kinderärztinnen/Kinderärzte, wurde von den Expertinnen auch nochmals bei der Thematik von Rolle und Einfluss der bisherigen Informationsquellen als wichtiger Aspekt bei der Beikosteneinführung angebracht. Die Zeit der Kinderärztinnen/Kinderärzte sei für eine ausführliche Beratung nicht ausreichend und die Beratungsgrundlage nicht ausreichend. Auch die Beratung durch Geburtshelferinnen/Geburtshelfer sei nicht ausreichend und liegt für die Eltern zu lange zurück. Vermeintliche Fachleute verstärken somit offensichtlich die Verunsicherung der Eltern. Aber auch der Austausch von Eltern untereinander in Gruppen, wie zum Beispiel Krabbelgruppen, erhöht in vielen Fällen die Unsicherheit der Eltern. Trends werden hier häufig

verbreitet und es entsteht durch den regelmäßigen Vergleich nicht selten ein Gruppenzwang. Aber auch die große Informationsfülle in Büchern kann die Fragen der Eltern nicht beantworten.

Eltern falle es laut den Expertinnen häufig schwer zu selektieren zwischen wichtigen und richtigen Informationen und nichtwissenschaftlichen Empfehlungen. Auch aus der enormen Angebotsfülle in Super- und Drogeriemärkten können die Eltern in der Regel, laut den Expertinnen, nur schwierig passende Produkte auswählen. Von der persönlichen Geschmacksrichtung und der Annahme, dass Kinder gerne süß essen, wählen die Eltern laut einer Expertin zum Beispiel häufig Schokoladen- oder Vanille-Breie aus, obwohl diese für Säuglinge noch nicht angebracht sind zum Beginn der Beikost. Insgesamt kann also aus diesen Aussagen zusammengefasst werden, dass Informationen prägnanter und leicht verständlicher sowie einheitlich sein sollten. Die Kategorie „soziale und kulturelle Hintergründe der Eltern“ betreffend, gaben die Expertinnen unterschiedliche Antworten. Während eine Expertin angab, dass Eltern mit allen Hintergründen die beschriebene Unsicherheit verspüren und entsprechend die Beratung bei Ihnen in Anspruch nehmen würden, betonte die andere Expertin, dass vor allem Eltern aus bildungsnäheren Schichten Hilfe bei Verunsicherung suchen würden.

Entsprechend der vorherigen Angaben betonten die Expertinnen bezüglich der Kategorie „Unterstützungsbedarf und Verbesserung bisheriger Systeme“, dass Krabbelgruppen als Adressaten wahrgenommen, Anleitungsmaterialien für die Eltern prägnanter und übersichtlicher gestaltet und Hunger- und Sättigungssignale vermittelt werden sollten, damit kein Zwang entsteht und Kinder die Freude am Essen entwickeln können. Darüber hinaus sei es wichtig, den Eltern einen Umgang mit der Produktvielfalt zu vermitteln und sie darin zu unterstützen, auf ihre Intuition zu hören sowie nicht nach Perfektion zu streben. Der wichtigste Aspekt sei jedoch, dass die Eltern präventiv durch tatsächliche Fachleute auf diesem Themengebiet, wie die Expertinnen der pflegerischen Elternberatung und Expertinnen/Experten der Gesundheitsämter, beraten werden. Kinderärztinnen/Kinderärzte und Geburtshelferinnen/Geburtshelfer sollen diesbezüglich konsequent auf diese aufmerksam machen und die Eltern frühzeitig an diese verweisen, um die Verunsicherung der Eltern zu minimieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Unsicherheit seitens der Eltern bei der Beikosteneinführung, wie bereits aus eigener praktischer Erfahrung deutlich wurde, ein verbreitetes Problem darstellt. Ursächlich sind tatsächlich zum einen der Informationsüberfluss, der die Eltern überfordert, aber ebenso die fehlende Vereinheitlichung der Informationen sowie die zum Teil fragwürdigen, veralteten, unwissenschaftlichen Empfehlungen. Herstellerangaben führen zu falschen Anreizen bei der Beikosteneinführung und vernachlässigen wichtige Rahmenbedingungen wie die Hunger- und Sättigungssignale. Sie setzten den Fokus lediglich auf die Herstellung, Zusammensetzung und Menge der Breie. Erschwerend komme für die Eltern, laut der hier befragten Expertinnen der pflegerischen Elternberatung, die zum Teil inadäquate Beratung durch Fachleute, wie Kinderärztinnen/Kinderärzte und Geburtshelferinnen/Geburtshelfer, hinzu, die Unsicherheiten der Eltern meist noch

erhöhen. Eine Beratung bei den tatsächlichen Expertinnen/Experten, wie der hier befragten Expertinnen der pflegerischen Elternberatung, komme dann meist zu spät und erst, wenn ein Problem bereits aufgetreten sei.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde in der sich im Rahmen des Bachelorstudiums anschließenden Lehrveranstaltung „Public Health“ ein entsprechendes mögliches präventives Konzept entworfen. Ziel dieses Entwurfes war es, dem Hauptproblem der Unübersichtlichkeit der Informationen entgegenzuwirken, indem die Informationen zur Beikosteinführung für die Eltern in Zukunft kurz, prägnant, übersichtlich und wissenschaftlich fundiert zugänglich sein sollen. Hierzu soll eine entsprechende Internetseite mit allen wichtigen Informationen gestalten werden, die dann durch eine Informationsbroschüre ergänzt werden soll. Diese Broschüre soll nochmals prägnant die wichtigsten Aspekte der Beikosteinführung sowie den Verweis auf die Expertinnen/Experten der pflegerischen Elternberatung und des Gesundheitsamtes enthalten. Die Broschüre soll dann durch Geburtshelferinnen/Geburtshelfer und Kinderärztinnen/Kinderärzte ausgeteilt werden sowie in Krabbelgruppen oder ähnlichen Gruppen ausliegen. Ein einfaches Erklärungsvideo, welches bereits für die Public Health Veranstaltung entwickelt wurde, soll dieses Angebot ergänzen und eine Medienvielfalt sicherstellen, damit alle Eltern erreicht werden können. Dies soll zusätzlich dadurch erreicht werden, dass alle angebotenen Informationen in häufig verwendete Fremdsprachen, wie englisch, arabisch, russisch, etc. übersetzt werden.

Literaturverzeichnis

Beckmann, L.; Ayerle, G. (2011): Informationsquellen und Vertrauen der Mütter/Eltern in der Beratung zur Beikosternährung. Eine Befragung von Müttern/Eltern mit Kindern zwischen sechs Monaten und einem Jahr. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 10. Jahrgang, Heft 1, S.1-28.

Cremer, M. (2016): Das beste Essen für Babys. 6. Aufl., Bonn 2016.

Eugster, G. (2014): Babyernährung gesund & richtig. B(r)eikost und Fingerfoos nach dem 6. Lebensmonat. 3. Aufl., München 2014.

Fellmeth, S. (o.J.): Von Anfang an mit Spaß dabei. Essen und Trinken für kleine Kinder. 1.Aufl. Renningen o.J.

FKE Dortmund (o.J.): Der Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr. Zugriff unter: http://www.fke-do.de/index.php?module=page_navigation&index%5Bpage_navigation%5D%5Baction%5D=details&index%5Bpage_navigation%5D%5Bdata%5D%5Bpage_navigation_id%5D=62 (Stand: 17.02.2017).

Foterek, K. (2015): Säuglingsernährung – praktische Empfehlungen und aktuelle Studienergebnisse. In: Erfahrungsheilkunde, Band 64, Nummer 2, S.84-88.

Gaca, A. (2016): Die beste Methode zum Beifüttern ist nicht bekannt. In: Hebamme, Band: 29, Nummer: 5, S. 273-277.

Hilbig, A.; Lentze, M.; Kersting, M. (2012): Einführung und Zusammensetzung der Beikost. Wissenschaftliche Evidenz und praktische Empfehlungen in Deutschland. In: Monatsschrift Kinderheilkunde Ausgabe160, S.1089– 1095.

Kienast, V. (2016): Das Wohlbefinden des Babys ist wichtig. Die Auswirkungen der frühkindlichen Ernährung machen sich ein ganzes Leben lang bemerkbar. In: Pädiatrie & Pädologie Austria, Ausgabe 51, S. 78-79.

Köhler, S. (2006): Evaluation von Informationen zur Säuglingsernährung-Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie bei Müttern von Säuglingen. 1.Aufl., Dortmund 2006.

Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Cierpka, M. et al. (2016): Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlung von „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, eine Initiative von IN Form. In: Monatsschrift Kinderheilkunde Suppl. 5, Ausgabe:164, S. S433-S457.

Sievers, E.; Mensing, M.; Kersting, M. (2008): Die Einstellung der Bevölkerung zum Stillen und zur Säuglingsernährung - Bevölkerungsbefragung in Nordrhein-Westfalen. In: Das Gesundheitswesen, Ausgabe 70, S. 13-16.

Steinemann, S. (2013): Säuglingsernährung und Beikosteinführung in der Ernährungsberatung. In.: Ernährung und Medizin, Band 28, S. 25-27

Gesund und Bunt – Kultursensible Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege

Miriam Dignal und Julia Sverak – Projektmitarbeiterinnen, Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH

Hintergrund

Der Übergang vom Krankenhausaufenthalt in die häusliche Umgebung ist stets eine kritische Situation, v.a. bei älteren Patienten/innen mit poststationärem Versorgungsbedarf. Versorgungsbrüche bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung für die Patienten/innen und ihre Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Eine gut organisierte Überleitung und eine passende Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt sind daher ausschlaggebend für den Heilungsprozess und für die Lebensqualität von älteren Patienten/innen mit Pflegebedarf³. Eine passende Anschlussversorgung zu finden, stellt viele jedoch vor große Herausforderungen. Bei älteren Patienten/innen mit Migrationshintergrund sowie ihren Familien stellt sich die Situation häufig noch schwieriger dar, da dieses teilweise fehlende Wissen um das deutsche Gesundheitssystem und mangelnde Sprachkompetenzen vorweisen.

Innerhalb der Altersbevölkerung zeigt sich eine wachsende ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt innerhalb der Altersbevölkerung. Laut Statistiken ist dabei die Gruppe älterer Migranten/innen die am stärksten anwachsende Bevölkerungsgruppe unter den älteren Menschen, was zu einem stetigen Anwachsen pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Versorgungslandschaft insbesondere in den nächsten Jahren führen wird. So waren 7% der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Jahr 2010 60 Jahre und älter, wobei man bis 2030 sogar von bis zu 24% ausgeht. Zudem sind die Älteren mit Migrationshintergrund häufiger von Multimorbidität betroffen und weisen ein höheres Risiko für chronische Krankheiten auf. Über den Anteil an Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund gibt es bisher allerdings aufgrund der unbefriedigenden Datenlage nur Schätzungen. So sprechen Schimany et al. (2012) von einem Anteil von 15% der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2005 anhand der Analysen des Mikrozensus durch Kohls. Diese Zahl dürfte seitdem kontinuierlich gestiegen sein.⁴ Eine der größten Gruppen mit Migrationshintergrund sind türkistämmige Personen. Sie sind, wie die anderen Migrantengruppen auch, aus unterschiedlichen Gründen oft betroffen, werden jedoch im Vergleich zu den anderen Migrantengruppen aufgrund

³ vgl. Grundböck, A. et al. (2005), S. 121

⁴ vgl. Ulusoy, N.; Gräßel, E. (2010), S. 330; Schimany et al. 2012, S. 258; Yilmaz-Aslan et al. (2013), S. 346

bspw. der Skepsis und Distanz jener gegenüber deutschen Institutionen schwieriger vom Versorgungssystem erreicht.⁵ Zugangsbarrieren und Herausforderungen existieren hierbei auf beiden Seiten: zum einen stehen Angebote, Dienste und Einrichtungen noch am Anfang eines kultursensiblen Umgangs mit der Vielfalt der älteren Menschen. Zum anderen fehlen Betroffenen mit Migrationshintergrund häufig Kenntnisse über das Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland. Des Weiteren spielen sprachliche und sozioökonomische Barrieren eine Rolle. Zusätzlich findet man in Deutschland ein recht komplexes Sozialversicherungssystem vor sowie, auf regionale Gegebenheiten bezogen, ein vielfältiges und unüberschaubares Angebot an Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten, so auch in Stuttgart.⁶ Es existiert jedoch großes Potenzial, bestehende Ressourcen und Kompetenzen besser zu nutzen und zu stärken.

Beschreibung des Projekts

Das Projekt „Gesund und Bunt“ setzte an diesem kritischen Punkt der Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung an und richtete sich an ältere türkeistämmige Patienten/innen, vorwiegend mit poststationärem Versorgungsbedarf. Das auf zwei Jahre angelegte Projekt (01.12.2015-31.03.2018) wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg gefördert. Die Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH war Projektträger und führte das Projekt in Kooperation mit dem PARITÄTISCHEN Landesverband, dem Robert-Bosch-Krankenhaus, dem Deutsch-Türkischen Forum e.V. und der alevi.die Stiftung durch.

Zielsetzung des Projekts

Ziel war die Weiterentwicklung einer kultursensiblen Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung. Professionelle Beratungs- und Betreuungsangebote sollten durch das ehrenamtliche Engagement von sog. ehrenamtlichen Lotsen/innen (gönüllü yardımcılar) ergänzt werden, um den Bedürfnissen und Bedarfen sowie Ressourcen, Erfahrungen und Kenntnissen von älteren türkischsprachigen Patienten/innen und deren Angehörigen mehr Beachtung zu schenken. Daneben sollten die Einsätze auch der Unterstützung der Mitarbeitenden des Krankenhauses dienen.

⁵ vgl. Kohls, M. (2012), S. 41

⁶ vgl. ebd., S. 35ff.

Bausteine des Projekts

Das Projekt bestand aus mehreren Bausteinen, die das Thema von unterschiedlichen Seiten aus sowie ein ganzheitliches Vorgehen zum Ziel hatte.

Bereits das Anwerben der Ehrenamtlichen erfolgte über unterschiedliche Kanäle. Für das Projekt war es notwendig Ehrenamtliche zu finden, die sowohl die deutsche als auch die türkische Sprache gut beherrschen und die „in beiden Kulturen zuhause sind“. Daher wurde der Zugang zu den Ehrenamtlichen klassisch über die beteiligten Migrant*innenorganisationen gesucht. Ebenso bot der türkischsprachige Radiosender Radio Metrop*ol FM eine gute Möglichkeit. Darüber hinaus konnten aber auch Ehrenamtliche über ganz andere Wege gewonnen werden, wie z.B. über Berichte in Zeitungen (z.B. im Stuttgarter Wochenblatt) oder über eine Anzeige in der Freiwilligenbörse der Stadt Stuttgart. Daneben stellte die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit einen großen Baustein nicht nur zur Gewinnung von Ehrenamtlichen dar, sondern auch, um die vielen Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige kennenzulernen sowie um auf die Situation von älteren Migrant*innen aufmerksam zu machen.

Mit den Ehrenamtlichen wurde zur Vorbereitung auf deren Einsatz am Krankenhaus eine Schulungsreihe mit unterschiedlichen Inhalten und Schwerpunkten, wie bspw. Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Beratungs- und Unterstützungsangebote in Stuttgart und Sensibilisierung in transkultureller Kompetenz in der Pflege durchgeführt sowie Einblicke in die Praxis mittels vor-Ort-Besuche ermöglicht.

Ein weiterer Baustein war die Weiterbildung der im Entlassmanagement tätigen Mitarbeitenden des Krankenhauses hinsichtlich transkultureller Kompetenz. Ziel dieser Fortbildung war die Reflexion des eigenen Umgangs und der Interaktion mit Patient*innen mit Migrationshintergrund sowie die Erweiterung der eigenen Handlungskompetenz. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz geht auf Domenig (2007) zurück, die den Fokus der transkulturellen Kompetenz in der Interaktionsfähigkeit der Pflegenden mit den Patient*innen sieht. Nicht stereotypisierende und kulturalisierende Vorstellungen über Patient*innen und eine möglicherweise daraus folgende distanzierte Haltung und Reduktion der Behandlung lassen den Umgang mit Patient*innen mit Migrationshintergrund gelingen, sondern der Versuch die individuelle Lebenswelt zu erfassen und zu verstehen und daraus entsprechend die Handlung abzuleiten. Dabei sind die Kompetenzen Selbstreflexivität, Empathie und Hintergrundwissen nötig, um adäquat und bedarfsgerecht auf die Bedürfnisse der Patient*innen mit Migrationshintergrund reagieren und eingehen zu können.⁷

Schließlich bestand ein großer Teil des Projektes darin, gemeinsam mit den Ehrenamtlichen sowie mit den betreffenden Mitarbeitenden des Krankenhauses den Einsatz der Ehrenamtlichen so zu gestalten,

⁷ vgl. Domenig, D. (2007), S. 172ff.

dass er sich gut in die Alltagspraxis der Mitarbeitenden integrieren und von den Ehrenamtlichen zeitlich umsetzen lies. Eine Reflexion über und damit verbunden eine eventuelle Weiterentwicklung und Anpassung des Einsatzes erfolgte fortlaufend bis zum Ende des Projektes. Der Einsatz der Ehrenamtlichen beinhaltete die Aufgabe den Entlassungsprozess bei (älteren) türkeistämmigen Patienten/innen zu unterstützen, indem die Ehrenamtlichen die Perspektive und Bedarfe der Patienten/innen und der Angehörigen aufnahmen und an die Mitarbeitenden transportierten. Daneben sollten sie offene Fragen und Informationen seitens der Mitarbeitenden an die Patienten/innen weitergeben, um so eventuelle sprachliche und kulturelle Missverständnisse und Barrieren abzubauen sowie um zu einem erfolgreichen Übergang in die poststationäre Häuslichkeit beizutragen.

Neben den praktischen Inhalten des Projektes führten in Kooperation mit der DHBW Stuttgart Studierende des Studiengangs Angewandte Gesundheitswissenschaften vor dem Einsatz der Ehrenamtlichen eine qualitative Erhebung bei den Mitarbeitenden des Krankenhauses durch, um einen Ist-Stand der Entlassung von türkeistämmigen Patienten/innen zu erheben und welche Erwartungen die Patientenkoordination an das Projekt und den Einsatz der Ehrenamtlichen hatten. Außerdem nahmen die Projektmitarbeiterinnen selbst eine Auswertung der Fragebögen vor, die den Gesprächen der ehrenamtlichen Lotsen/innen als Grundlage dienten.

Ergebnisse und Ausblick

Bei der Befragung der Patientenkoordination zum Ist-Stand ermittelten die Studierenden, dass für die Mitarbeitenden vor allem fehlende Sprachkompetenzen sowie die distanzierte Haltung der Patienten/innen eine Herausforderung in ihrem Alltag der Entlassplanung darstellen. So könne aufgrund der sprachlichen Barrieren teilweise nur erschwert die direkte Kommunikation und Kontakt mit den Betroffenen hergestellt werden⁸. Im Hinblick auf das Projekt erhofften sie sich deshalb einen besseren Zugang zu den Patienten/innen und auf der anderen Seite eine verbesserte und bedürfnisorientierte Unterstützung der Angehörigen und der Patienten/innen im Entlassprozess sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität⁹. Die Ehrenamtlichen starteten mit unterschiedlichen Motiven in das Projekt, wobei insbesondere das Motiv des Helfens im Vordergrund stand. Einige der Lotsen/innen wurden auch aufgrund eigener Pflegeerfahrungen innerhalb der Familie aktiv¹⁰.

Von den Gesprächen mit den türkeistämmigen Patienten/innen berichtete etwa die ehrenamtliche Lotsin Emine¹¹, dass eine Dialysepatientin Wissensdefizite hinsichtlich der Möglichkeiten des Transports und der Versorgung hatte. Durch das Gespräch konnte Emine Fragen an die Patientenkoordination weitergeben und gleichzeitig eine erste Tür in Richtung ambulanter Unterstützung öffnen. Arif

⁸ vgl. Baumgartner et al. 2017, S. 10f.

⁹ vgl. ebd. 14f.

¹⁰ vgl. Dignall 2018, S. 63ff.

¹¹ Die Namen der ehrenamtlichen Lotsen/innen wurden von den Verfasserinnen geändert.

wiederum führte ein Gespräch mit einer 80-jährigen Patientin, um letzte Fragen seitens der Patientenkoordination zu klären. Hier war von der Tochter die häusliche familiäre

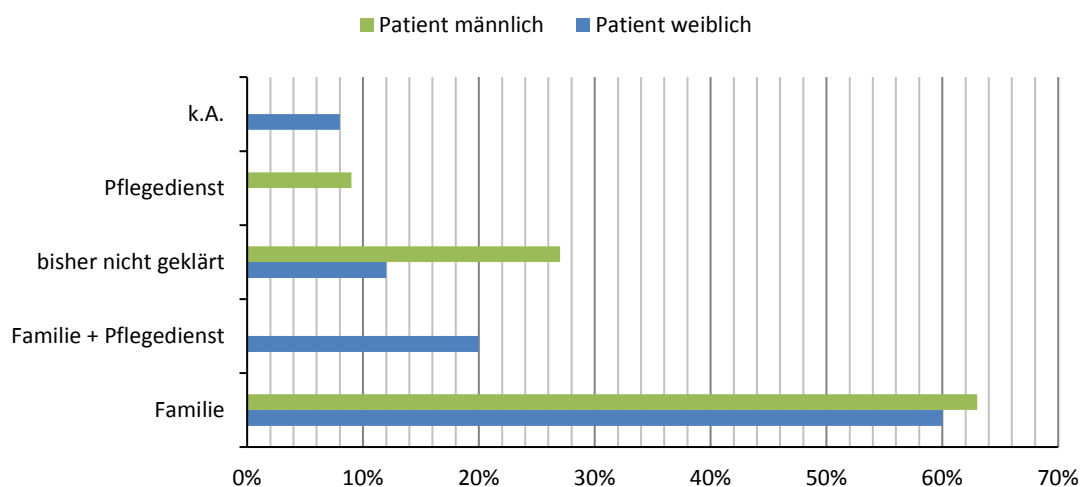


Abb. 1: Form der häuslichen Pflege (Quelle: Dignal, Sverak 2018)

und ambulante Versorgung bereits organisiert. Dies war insgesamt bei rund 20 Prozent der Patienten/innen, mit denen die Ehrenamtlichen Gespräche führten, der Fall. Ebenso viele konnten sich eine Versorgung durch die Kombination aus ambulanter und familialer Versorgung vorstellen. Über 50 Prozent wünschten sich jedoch eine Versorgung durch Familienangehörige (vgl. Abb. 1)¹².

Im Hinblick auf das Ziel des Projektes wurden von den Projektmitarbeiterinnen auch die Gründe für die Einsätze der Ehrenamtlichen ausgewertet. Hier zeigte sich deutlich aufgrund der Mehrfachnennungen, dass für die Patientenkoordinatoren/innen weitere Informationen auch aufgrund sprachlicher Hürden notwendig waren. Dies bestätigt ebenso die Eindrücke zu Beginn, dass sich der Informationsfluss zwischen den Patienten/innen und der Patientenkoordination aufgrund der genannten Herausforderungen teilweise als schwierig darstellt¹³ (vgl. Abbildung 2). So bspw. auch bei einem Einsatz des Ehrenamtlichen Mesut, dem eine Oberärztin über Unklarheiten seitens der Patientin und des Sohnes berichtete, diese jedoch aufgrund der Sprachbarriere nicht beseitigen könne. Der Ehrenamtliche sprach daraufhin mit dem Sohn, der erleichtert war, mit jemandem in seiner Muttersprache kommunizieren zu können. Der Sohn formulierte einige offene Fragen bzgl. des weiteren Ablaufes zur bevorstehenden Chemotherapie seiner Mutter, die der Lotse in Rücksprache mit der Oberärztin klären konnte und ein offenes Ohr für dessen Sorgen hatte. Nach dem Gespräch informierte er die Oberärztin über die Inhalte und den Verlauf des Gesprächs, wodurch sie auch beruhigt war, dass die Fragen des Sohnes geklärt werden konnten.

¹² vgl. Dignal, Sverak 2018, S. 20

¹³ vgl. ebd.

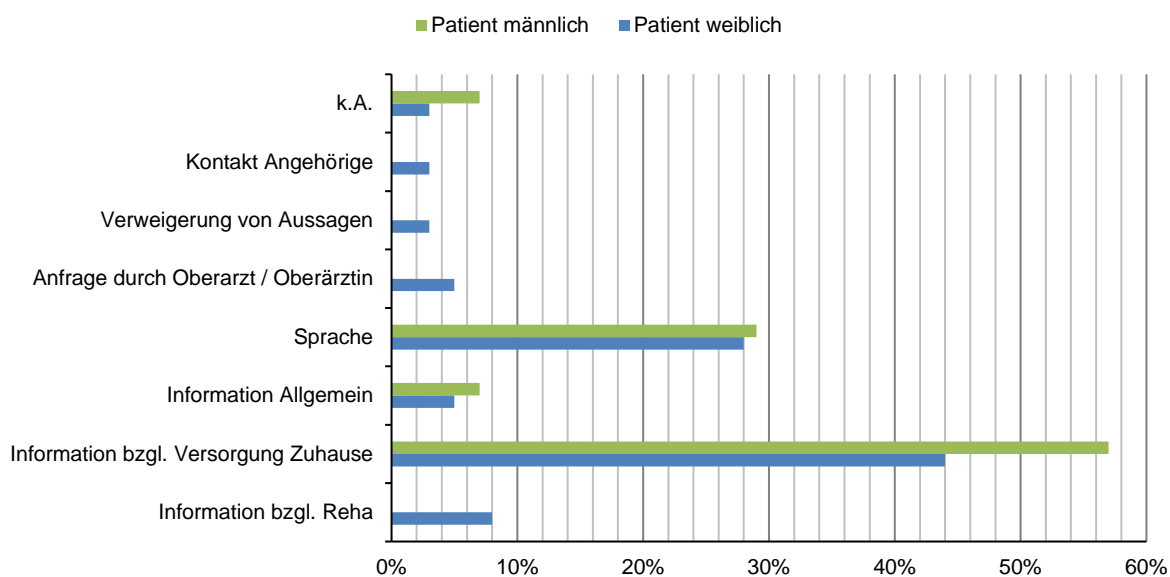


Abb. 2: Gründe für das Hinzuziehen der Ehrenamtlichen (Quelle: Dignal, Sverak 2018)

Das Projekt endete im März 2018. Die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes wurden zum Abschluss in einer Projektdokumentation veröffentlicht. Aufgrund der Erfahrungen aus dem gesamten Projektverlauf, liegt unserer Einschätzung nach ein hoher Bedarf der Unterstützung in der ersten Zeit nach der Krankenhausentlassung vor, da die Konfrontation mit der Pflegesituation in der häuslichen Versorgung erst dort umfassend zum Tragen kommt. Gleichzeitig benötigen die Mitarbeitenden des Krankenhauses Anlaufstellen im poststationären Bereich, an die sie sich wenden können, wenn bestimmte Bedarfe bei den Patienten/innen auftreten. Infolgedessen schlagen wir für eine nachhaltige Entwicklung eines kultursensiblen Entlassmanagements eine Begleitung und Unterstützung von Patienten/innen und ihren Angehörigen in den ersten Wochen nach der Krankenhausentlassung durch Ehrenamtliche vor. Inwieweit diese aus Sicht der Beteiligten und der Netzwerkpartner sinnvolle und notwendige Weiterentwicklung des Projektes umgesetzt werden kann, ist jedoch derzeit noch abhängig von den Möglichkeiten der weiteren Finanzierung.

Literaturverzeichnis

Baumgartner, M., Blem, C., Höckh, A., Schmäschke, H. & Schweiner, D. (2017): Projekt „Gesund und Bunt“. Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung für ältere türkischstämmige Menschen. Univ. Seminararbeit. DHBW Stuttgart.

Dignal, M. (2018): Transkulturelle Kompetenz in der Pflege. Der Einsatz von türkeistämmigen Ehrenamtlichen im pflegerischen Entlassmanagement im Projekt „Gesund und Bunt“. Univ. Masterarbeit. Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Dignal, M., Sverak, J. (2018): Gesund und Bunt. Projektdokumentation. Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung von älteren türkeistämmigen Menschen in Stuttgart. Werkstatt PARITÄT gGmbH.

Domenig, D. (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2., vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Grundböck, A., Rappauer, A., Müller, G. & Stricker, S. (2005). Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen - Sicht der Patienten und Angehörigen. *Pflege 18* (2), 121–127.

Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Ulusoy, N./Gräbel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 5/2010. S. 330-338.

Schimany, P., Rühl, S. & Kohls, M. (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht, Bd. 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Berens, E.-M., Salman, R. & Razum, O. (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund: Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (4), 346–352.

Ist-Stand Erhebung des interkulturellen Entlassungsmanagements von türkeistämmigen Patienten im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart im Rahmen des Projektes „Gesund und Bunt“

Lena Zielke, Sarah Dorn, Silvia Kreidler, Sandro Weber, Katrin Maurer; duale Studierende der Angewandten Gesundheitswissenschaften für Pflege an der DHBW

Hintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Es wird zudem darauf verwiesen, dass chronische Krankheiten innerhalb der Personengruppe der älteren Migranten häufiger vorkommen. Für Menschen mit Migrationshintergrund ergeben sich innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zahlreiche Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren, welche eine bedürfnisorientierte Versorgung dieser Patientengruppe erschweren. Dies äußert sich unter anderem dadurch, dass das Gesundheitspersonal nur unzureichend hinsichtlich kulturspezifischer Gegebenheiten geschult ist. Zudem ergeben sich immense Schwierigkeiten durch Kommunikationsdefizite und den daraus resultierenden Mangel an Informationen, der bei vielen Migranten hinsichtlich der möglichen Leistungen besteht. Eine unzureichende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sei bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig. Barrieren seien hierbei die geringere Ausstattung mit finanziellen Ressourcen sowie Bildungsressourcen, wie z.B. geringe Kenntnisse zur Krankheitsentstehung und dem Gesundheitsverhalten. Das Projekt „Gesund und Bunt“, welches von der Werkstatt Parität gemeinnützige GmbH initiiert wurde, befasst sich mit den benannten kulturspezifischen Herausforderungen und legt seinen Fokus auf das Entlassungsmanagement von türkeistämmigen Patienten/innen eines Krankenhauses in Stuttgart. Der Einsatz von bilingual sprechenden Ehrenamtlichen, sogenannten Übergangslotsen, stellt eine Brückenfunktion zur Unterstützung der Patientenkoordinatoren/innen dar, um den Entlassungsprozess für türkeistämmige Patienten/innen an die kulturspezifischen Besonderheiten und Bedürfnisse anzupassen und Missverständnisse zwischen den Akteuren des Entlassungsmanagements zu vermeiden.

Fragestellung

Die zentrale Fragestellung der Forschungsarbeit untersucht die derzeitige Gestaltung des Entlassungsmanagements bei türkeistämmigen Patienten eines Krankenhauses in Stuttgart. Erhoben werden soll damit die Ist-Situation. Zudem sollen Rückschlüsse auf die Gestaltung und Relevanz des Projektes „Gesund und Bunt“ gezogen und der Bedarf an weiterführenden Schulungen erfasst werden.

Methodik

Die Informationen der Hintergrundbeschreibung stammen aus einer ausführlichen Literaturrecherche um den aktuellen Stand der Forschung zu erfassen und die Problemstellung hinter dem Projekt darzustellen. Des Weiteren wurden Daten anhand qualitativer Forschung in Form von Experteninterviews erhoben. Diese teilstandardisierten und leitfadengestützten Experteninterviews wurden mit drei Patientenkoordinatoren des Krankenhauses geführt. Nach Transkription der Interviews erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse mit Hilfe des MAXQDA-Programms.

Ergebnisse

Mittels der qualitativen Datenanalyse mit MAXQDA konnten folgende Themenschwerpunkte erhoben werden: Herausforderungen, Unterschiede, Sprachbarrieren, Dolmetscher und Schulungsbedarf. Unter der Rubrik Herausforderungen waren auffallend, dass bestehende Sprachbarrieren zwischen türkischen Patienten und dem Patientenkoordinator zu Schwierigkeiten in der Entlassungsplanung führen. Darüber hinaus ist zu bemerken, dass die Patientenkoordinatoren beim Vorgehen im Rahmen des Entlassungsmanagements auf die Möglichkeit des Einsatzes von Dolmetschern aus zeitlich/ organisatorischen Beweggründen kaum zurückgreifen. Weiterhin ist festzustellen, dass laut den Erfahrungen der Patientenkoordinatoren, türkeistämmige Patienten die Inanspruchnahme von Unterstützung im Entlassungsprozess zögerlich verläuft. Bezüglich der Rubrik Schulungsbedarf wird deutlich, dass bemerkliche Wissensdefizite bezüglich kulturspezifischen Besonderheiten bei den Patientenkoordinatoren, sowie die Nachfrage nach Fortbildungen zur türkischen Kultur bestehen. Ein weiteres Ergebnis der Datenanalyse ergab, dass der zukünftige Einsatz der Übergangslotsen seitens der Patientenkoordination kritisch hinterfragt wird.

Diskussion

Die Sprachbarriere mit türkeistämmigen Patienten war in den Interviews ein häufig genanntes Problem. Es ist jedoch fraglich, ob es möglich ist die Übergangslotsen nicht lediglich als Dolmetscher einzusetzen. Des Weiteren können Übergangslotsen eventuell einen Einblick in interne Hilfsangebote türkischer Gemeinden erlangen, sodass diese Kontakte bei der Entlassungsplanung berücksichtigt werden können. Darüber hinaus kann durch die Übergangslotsen eine höhere Bereitschaft zur Annahme von Hilfe der Patientenkoordinatoren erreicht werden. Dies führt zu einer Minimierung von Versorgungsbrüchen und längerfristig zu einer Reduktion des Drehtüreffekts. In Bezug auf die Aufgabenfelder und Möglichkeiten des zeitlichen Einsatzes der Übergangslotsen sind auf Seiten der Patientenkoordinatoren jedoch einige Fragen offen. Ein kurzes Update für die Übergangslotsen in Form einer Informationsmail oder einer weiteren Besprechung dieser Details könnte mangelnder Kooperation entgegenwirken.

Qualitative Untersuchung zur Einstellung der Patientenkoordinatoren im Rahmen des Projektes „Gesund und Bunt“

Michaela Baumgartner, Christine Blem, Aileen Höckh, Daniela Schweiner
Heike Schmäschke; duale Studierende der Angewandten Gesundheitswissenschaften für Pflege an der DHBW

Hintergrund

Auch die türkeistämmige Bevölkerung ist vom demographischen Wandel betroffen. Man geht davon aus, dass bis 2030 24% der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein werden. Bisher wird bei der Entlassungsplanung der kulturelle Hintergrund der Patienten nicht berücksichtigt.

Ziel

Das Projekt „Gesund und Bunt“ soll den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht werden. Um eine kultursensible Pflege zu fördern, sollen ehrenamtliche Helfer mit türkischem Hintergrund bei der Entlassungsplanung unterstützend eingesetzt werden.

Methode

Vor Einführung des Projekts soll jedoch die Einstellung der Patientenkoordinatoren des teilnehmenden Krankenhauses untersucht werden. Dafür wurden leitfadengestützte Interviews mit vier Patientenkoordinatoren geführt, die anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen wurden.

Ergebnisse

Insgesamt äußerten sich alle Befragten eher positiv zu dem Projekt gaben an, einen allgemeinen Bedarf zu sehen. Gleichzeitig gaben alle Patientenkoordinatoren jedoch an, momentan persönlich keinen Unterstützungsbedarf zu haben. Als größte Herausforderung im Umgang mit türkeistämmigen Patienten wurde die sprachliche Barriere genannt. Bei der Beschreibung möglicher Aufgaben der ehrenamtlichen Helfer wurden oft Tätigkeiten genannt, die eher im ambulanten Sektor angesiedelt sind.

Diskussion/Fazit

Es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit die Unterstützung der ehrenamtlichen Helfer im stationären Sektor tatsächlich in Anspruch genommen werden wird. Problematisch könnte sich die Zusammenarbeit zwischen Patientenkoordinatoren und ehrenamtlichen Helfern gestalten. Die ehrenamtlichen

Helfer stehen aufgrund ihrer hauptberuflichen Tätigkeit eher abends zur Verfügung, wohingegen die Patientenkoordinatoren ab dem Nachmittag nicht mehr im Dienst sind.

Integrationsseminar des Studiengangs BWL-Gesundheitsmanagement: Gesundheitskompetenz in Familien

Prof. Dr. Anke Simon – DHBW Stuttgart

Hintergrund

Die Integrationsseminare im WS 2016/17 wurden im Rahmen eines multidisziplinären Ansatzes unter das Leitthema Public Health, insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung, gestellt. Studierende des dritten Studienjahres aller gesundheitsbezogenen Studiengänge des Studienzentrums Gesundheitswissenschaften & Management untersuchten begleitet von den Professorinnen und Professoren eigenständig ausgewählte Fragestellungen. Die Studierenden des Studiengangs BWL-Gesundheitsmanagement widmeten sich dem Thema *Gesundheitskompetenz in Familien*.

Der Begriff *Gesundheitskompetenz* (im Englischen „Health Literacy“) „[...] umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern.“ (Sorensen et al. 2012). Die individuelle Gesundheitskompetenz stellt die Voraussetzung für ein positives Gesundheitsverhalten im Sinne der Gesundheitsförderung dar und ist damit ein entscheidender Faktor zur Prävention lebensstilbedingter Erkrankungen (WHO 2015). Die Fähigkeit sich gesundheitsbewusst zu verhalten, hängt im Wesentlichen davon ab, „welche Kompetenzen Menschen haben, um sich im Dschungel der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zurechtzufinden. Das große und vielfältige Angebot wie auch die Formalitäten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen machen es den Patienten schwer, angemessen für ihr gesundheitliches Wohlbefinden zu sorgen [...]“ (Kolpatzik 2012). Die theoretische Konzeptualisierung der Gesundheitskompetenz (Sorensen et al. 2012) basiert auf den Empowerment-Ansätzen als Implikation aus dem Salutogenese-Modell (Antonovsky & Franke, 1997).

Die Familie als kleinste soziale Einheit einer Gesellschaft gilt als Sozialisierungsinstanz per se und beeinflusst in vielfältiger Weise das individuelle Gesundheitsverhalten der Familienmitglieder (Rapp & Klein 2015, SINUS 2014, BZgA 2011, Schnabel 2001, Campell 2000):

- Auswirkung des Lebens in Partnerschaft und Familie auf die körperliche und mentale Gesundheit ihrer Mitglieder
- Familiäre Unterstützung als Determinante für die Fähigkeit, einen ungesunden Lebensstil zu verändern
- Beziehung zwischen familienbezogenen Lebensereignissen und der Gesundheit ihrer Mitglieder (z.B. Familienstress, Tod eines Familienmitglieds, Scheidung)

- Einfluss der Familie auf das Bewältigungsverhalten ihrer Mitglieder
- Einfluss elterlicher Kompetenzen auf die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder

Zielsetzung

Die Zielsetzung des Integrationsseminars unterscheidet zwei Perspektiven: einerseits das wissenschaftliche Erhebungsziel der geplanten Studie; andererseits die didaktisch ausgerichteten Kompetenz- bzw. Lernziele der Studierenden. In jüngster Vergangenheit wurden national und international einige Anstrengungen zur Ermittlung und Förderung der Gesundheitskompetenz unternommen. So fanden nationale Erhebungen (u.a. auch in Deutschland) und Ländervergleiche statt, so dass erste repräsentative Ergebnisse vorliegen (HLS-EU CONSORTIUM 2012, Zok 2014, Jordan & Hoebel 2015, Quenzel & Schäfer 2016, SDK 2016, Schäfer et al. 2017). Die Gesundheitskompetenz in Familien wurde noch nicht untersucht. Die wissenschaftliche Zielsetzung des Integrationsseminars bestand daher in einer Pilotstudie mit der exploratorischen Fragestellung:

Wie ist die Gesundheitskompetenz in Familien ausgeprägt?

Mit Blick auf das didaktische Design des lehrintegrierten Forschungsprojekts sollten die Studierenden folgende Kompetenzen erwerben:

1. Studierende erhalten Einblick in ein reales Forschungsprojekt
2. Studierende übernehmen Verantwortung im Rahmen einer Feldstudie
3. Wissenschaftliche Aufarbeitung einer aktuellen Fragestellung im Gesundheitssektor
 - unter Verwendung der erlernten Methodenkompetenzen
 - eigenständiges Erarbeiten der möglichen Herangehensweisen
 - fundiertes wissenschaftliches Arbeiten
 - intensive Literaturrecherche
 - praktische Relevanz
 - kritische Reflexion
 - Zusammenführung der einzelnen Arbeiten
 - Präsentation der Ergebnisse im Plenum
 - gemeinsamer Abschluss im Rahmen eines studentischen Symposiums

Methode

Zur Erhebung der Gesundheitskompetenz wurde die Kurzform des validierten Instruments zur Messung von Health Literacy HLS-EU-Q16 (Röthlin et al. 2013, Jordan & Hoebel 2015) eingesetzt. Die Studierenden erhielten von der Kursleitung einen entsprechend vorbereiteten Fragebogen, ein standardisiertes SPSS-Datenblatt sowie eine Einführung in die Erhebungstechnik. Je nach Zugangsmöglichkeit zu den Familienmitgliedern konnte der Fragebogen als P&P-Questionnaire, online sowie im

Rahmen eines strukturierten Interviews eingesetzt werden. Die Studierenden führten die Erhebung in ihren eigenen Familien im Zeitraum Dezember 2016 / Januar 2017 durch (mindestens fünf Familienmitglieder). Dabei wurde die Familie in ihrer erweiterten Definition nach Wright & Leahey (2009) aufgefasst. Für die Datenanalyse, Dokumentation und Präsentation bildeten die Studierenden Zweier-Teams. Ein Kursteam war für die Koordination und Zusammenführung der Daten zuständig.

Ergebnisse

Insgesamt wurde die Gesundheitskompetenz von 345 Studienteilnehmenden in 36 Familien erhoben. Die Gesundheitskompetenz wurde gemäß der drei Dimensionen des Messinstruments ausgewertet:

- Krankheitsbewältigung (K – 7 Items)
- Prävention (P – 5 Items)
- Gesundheitsförderung (G – 4 Items)

Ebenso Berücksichtigung fanden die Stadien der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen: finden, verstehen, beurteilen und anwenden. Darüber hinaus wurde der Gesamtscore der individuellen Gesundheitskompetenz für jeden Befragungsteilnehmenden berechnet und eingeordnet (Röthlin et al. 2013):

- Kategorie 1: 0 – 25 Punkte unzureichende Gesundheitskompetenz
- Kategorie 2: 26 – 33 Punkte problematische Gesundheitskompetenz
- Kategorie 3: 34 – 42 Punkte ausreichende Gesundheitskompetenz
- Kategorie 4: 43 – 50 Punkte ausgezeichnete Gesundheitskompetenz

Im Durchschnitt über alle Familien wurde ein Gesamtscore der Gesundheitskompetenz von 29,32 (Standardabweichung 5,25) ermittelt (Walz et al. 2017). Nur 16 Prozent der Befragten erreichen eine ausreichende Gesundheitskompetenz, 56 Prozent weisen eine problematische Gesundheitskompetenz auf (die Verteilung im Einzelnen ist in Abb. 3 dargestellt).

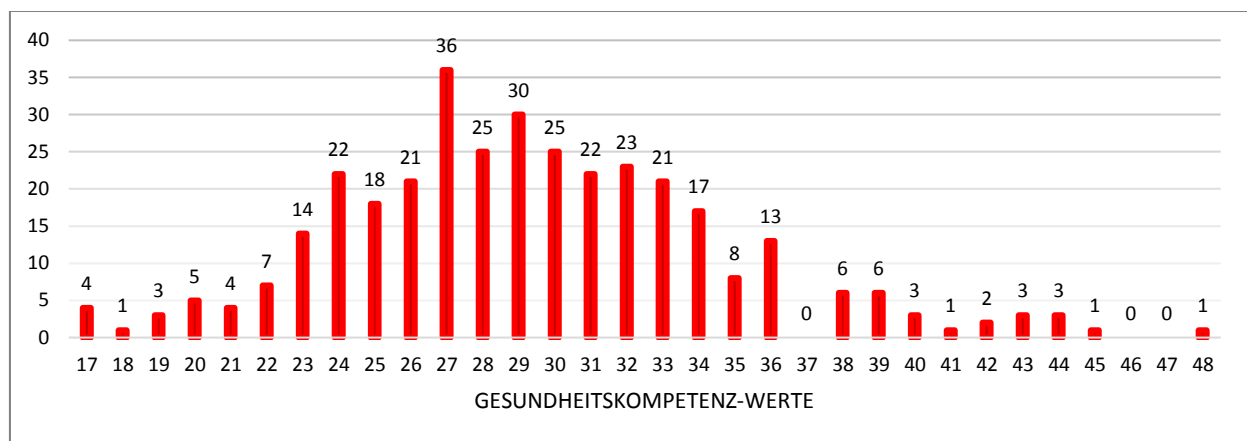


Abb. 3: Histogramm Häufigkeitsverteilung des Gesundheitskompetenz-Index (Walz et al. 2017)

Mit Blick auf die drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz fallen die Prävention und Gesundheitsförderung deutlich niedriger aus als die Krankheitsbewältigung. Werden die Daten nach den einzelnen Bearbeitungsstadien gesundheitsbezogener Informationen ausgewertet, wird das Finden und Beurteilen von gesundheitsrelevanten Informationen als tendenziell schwieriger eingeschätzt als das Verstehen und Umsetzen von gesundheitsbezogenen Informationen (vgl. Abb. 4).

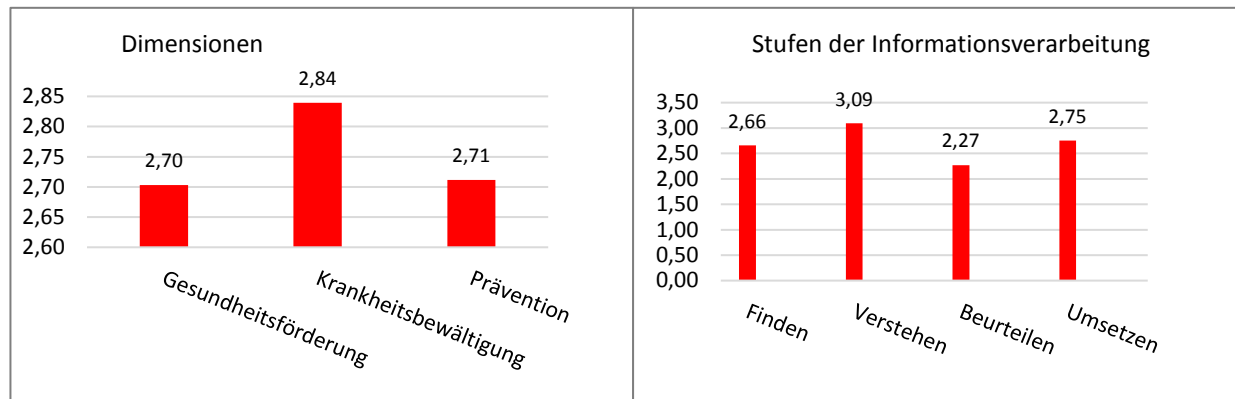


Abb. 4: Mittelwerte der Gesundheitskompetenz-Dimensionen und Stufen der Informationsverarbeitung (Walz et al. 2017)

Wie die Präsentationen der Studierenden im Einzelnen zeigten, ist die Gesundheitskompetenz in den jeweiligen Familien höchst unterschiedlich ausgeprägt. Ebenso wurden Unterschiede zu den im nationalen Survey postulierten Zusammenhängen zwischen der Gesundheitskompetenz und ausgewählter demographischer Variablen deutlich. So war ein positiver Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und zunehmendem Alter in manchen Familien vorzufinden, in anderen traten gegenteilige Resultate zu Tage. Ebenso verhielt sich die differenzierte Auswertung nach Geschlecht. Die nationalen Ergebnisse bescheinigen den Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz. In einzelnen Familien war die Gesundheitskompetenz jedoch bei den Männern höher ausgeprägt. Auch die identifizierten positiven Einflüsse von höherer Bildung und Einkommen konnten nicht in allen der 36 untersuchten Familien gefunden werden.

Diskussion und Fazit

Insgesamt wurden sehr interessante Studienergebnisse erzielt. Die Pilotstudie über 36 Familien offenbarte eine etwas niedrigere Gesundheitskompetenz im Vergleich zu den nationalen Referenzwerten (Zok 2014, Jordan & Hoebel 2015, Schäfer et al. 2017). Wie die bisherigen Studien zeigen, erreicht Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern unterdurchschnittliche Werte. Unsere Pilotstudie bestätigt dieses Gesamtbild. Ebenso Bestätigung finden die Auswertungen bezogen auf die einzelnen Dimensionen. Im nationalen Survey als auch in der EU-Studie erreicht die Krankheitsbewältigung einen höheren Level als die Prävention und die Gesundheitsförderung. Dies ist im Hinblick auf die gesundheitspolitische Zielsetzung zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention als

bedenklich einzuschätzen. Insbesondere das Finden und Beurteilen von aussagekräftigen und verlässlichen Informationsangeboten zu Krankheit, Gesundheit und Leistungsanbietern über die modernen Medien scheint als Mangel wahrgenommen zu werden. In Konsequenz daraus wurden kürzlich erste Initiativen von der Gesundheitspolitik ins Leben gerufen, wie der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018). Es bleibt abzuwarten, welche Wirksamkeit sich zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung entfaltet.

Die identifizierten Unterschiede in unserer Pilotstudie, bezogen auf die sozio-demographischen Variablen Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen, sind sicherlich den kleinen Stichproben in den einzelnen Familien geschuldet und widersprechen mit Blick auf deren empirische Wertigkeit mit Sicherheit nicht den repräsentativen Ergebnissen für ganz Deutschland. Sie sind jedoch nicht ganz uninteressant – machen die Familienunterschiede doch die Diversität der Gesundheitskompetenz in ihrer Verteilung deutlich. Im Endeffekt kommt es auf die Gesundheitskompetenz jedes einzelnen Individuums und in seiner Rolle als Mitglied einer Familie an.

In methodischer Hinsicht weist die Studie einige Schwächen auf. Als Pilotstudie wurde kein Anspruch auf Repräsentativität gestellt. Vielmehr sollten erstmalig im exploratorischen Ansatz Daten zur Gesundheitskompetenz in Familien erhoben werden. Die Studierenden des Studiengangs BWL-Gesundheitsmanagement waren sehr engagiert und haben die Lernziele des Integrationsseminars vollumfänglich erfüllt. Als Bachelorstudierende verfügen sie über grundlegende empirische Methodenkenntnisse und konnten diese nicht nur erfolgreich anwenden, sondern zudem am konkreten lehrintegrierten Forschungsprojekt weiterentwickeln. Weiterführende signifikante Vergleichsanalysen, multivariate Analysen sowie die Aggregation der Daten auf Familienebene (deren Vergleich oder auch Detailanalysen im Hinblick auf Generationsunterschiede etc.) konnten die Studierenden nicht leisten. Daher sind weitere Auswertungen des Datenmaterials durch die Seminarleitung vorgesehen.

Im Studienzentrum Gesundheitswissenschaften & Management besteht seit einigen Jahren die Tradition Studierende schon frühzeitig mit aktueller Forschung in Kontakt zu bringen. Das Duale Studium – bekannt für die ausgeprägte Verknüpfung zwischen wissenschaftsbasierter Theorie und unmittelbarer Praxis in den Kooperationsunternehmen – ist geradezu prädestiniert dafür. Lehrintegrierte Forschung in offenen Studienformaten erfordert vom Lehrpersonal nicht selten besondere Anstrengungen und erhöhten Aufwand. Zudem bringt dieses Lehrformat oftmals auch erhöhte Anforderungen an die Studierenden mit sich. So entdecken manche Studierende den Spaß und die Befriedigung am Gelingen von eigenständiger Forschungsarbeit, andere empfinden das Seminar eher als anstrengend wegen der im Vergleich zu konventionellen Lehrformen ungewohnten Anforderungen oder fühlen sich sogar überfordert. So weisen Feedbackerhebungen zur Studierendenzufriedenheit naturgemäß eine große Streuung auf (von absoluter Begeisterung bis deutliche Ablehnung). Insgesamt kann jedoch über die Jahre ein sehr positives Resümee im Studienzentrum gezogen werden. Die

Lernergebnisse sind beeindruckend, die Persönlichkeitsentwicklung wird in vielfältiger Weise beeinflusst, zudem entstehen ausgesprochen positive Nebeneffekte. So hat sich der Anteil an Bachelorarbeiten mit empirischen Themenstellungen deutlich erhöht (vgl. Abb. 5).

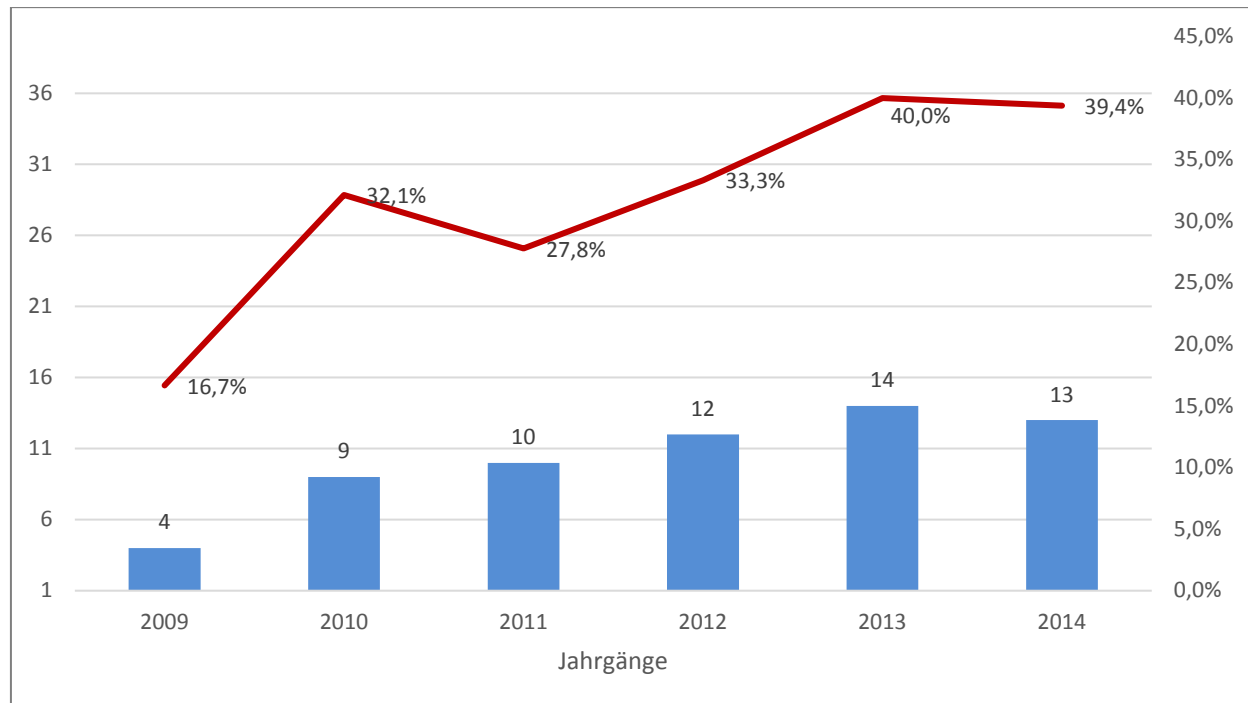


Abb. 5: Anzahl und Anteil empirischer Bachelorarbeiten im Studiengang BWL-Gesundheitsmanagement

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. & Franke, A. (1997): Salutogenese, zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Gesundheitsfördernde Elternkompetenzen. Köln

Campbell, T. L. (2000): Familien und Gesundheit. Zum Stand der Forschung. In: Kröger, F./Hendrichke, A./McDaniel S. (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Heidelberg, S. 225-241

HLS-EU CONSORTIUM (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU, [HTTP://WWW.HEALTH-LITERACY.EU](http://www.health-literacy.eu) (zuletzt aufgerufen 30.03.2018)

Jordan, S. & Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), Bundesgesundheitsbl 58: S. 942–950

Kolpatzik, K. (2012): Gesundheit lässt sich lernen, *Gesundheit und Gesellschaft* 10/2012, S. 23–26

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

Rapp, I. & Klein, T. (2015): Familie und Gesundheit. In: Hill, P.B. & Kopp, J. (Hrsg.): *Handbuch Familiensoziologie*. Wiesbaden, S. 775-790

Röthlin, F./ Pelikan, J. M./Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), Wien

Schaeffer, D. /Berens, E. M./Vogt, D. (2017): Health literacy in the German population. Results of a representative survey, *Dtsch Arztebl Int*; 114: S. 53–60

Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin

Schnabel, P.-E. (2001): Familie und Gesundheit. Weinheim, München

SDK (2016): Studie Gesundheitskompetenz. Unterschiede zwischen privat und gesetzlich Krankenversicherten, *Blickpunkte*, SDK-Stiftung, S. 8-11

SINUS Markt- und Sozialforschung (2015): AOK-Familienstudie 2014

Sorensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12(80)

Walz, I./Zeller, B./Heselschwerdt, M. (2017): Gesundheitskompetenz in Familien. Vortrag des studentischen Methodenteams, *Public Health Symposium*, 01.06.2017, DHBW Stuttgart

WHO (2015): The European Health Report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence, UN City Denmark

Wright, L. M. /Leahey, M. (2009): Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen, Bern

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

Die Blended-Learning-Veranstaltung „@Public Health – Virtual Concept“: Implementierung am Standort Stuttgart

Prof. Dr. Margrit Ebinger, MPH – DHBW Stuttgart

Hintergrund

Im Rahmen des Förderprojektes eCampus der DHBW wurde die Blended-Learning-Veranstaltung „@Public Health – Virtual Concept“ entwickelt (Töpfer et al 2016). Die Ausarbeitung erfolgte innerhalb des Projektes in Kooperation der DHBW Stuttgart, Studienzentrum Gesundheitswissenschaften & Management, Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege (Studiengangsleitung: Prof. Dr. Margrit Ebinger) und der DHBW Heidenheim, Studienzentrum Gesundheit, Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung (Studiendekanin: Prof. Dr. Claudia Winkelmann). Eine ausführliche Beschreibung der konzipierten Blended-Learning-Veranstaltung inklusive der verwendeten Arbeitsmaterialien und Aufgaben werden demnächst als Manual bzw. als Kurzfassung in der ZHL-Schriftenreihe veröffentlicht (Ebinger, Kienle, Winkelmann 2018).

Methodik

Im dritten Studienjahr des ausbildungsintegrierten Studienganges Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege an der DHBW Stuttgart ist das Modul Public Health curricular verankert. Die Studierenden der drei Parallelkurse des Studienjahrganges 2014 kamen im Wintersemester 2016/17 erstmals in den Genuss einer Blended-Learning-Veranstaltung zur Lehreinheit Public Health.

Grundstruktur der Blended-Learning-Veranstaltung ist das Alternieren von Präsenzveranstaltungen und webbasierten Lerneinheiten im begleiteten Selbststudium über einen Zeitraum von ein bis zwei Semestern hinweg. Die Studierenden sollen dadurch befähigt werden, Public Health bezogene Fragestellungen strukturiert zu analysieren, um aufbauend auf der Analyse eigenständig Lösungsansätze in Projektarbeit zu entwickeln und zu reflektieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Themenbereichen Gesundheitsberichterstattung und Register sowie Prävention und Gesundheitsförderung. Die einzelnen Themenblöcke werden anhand eines Moodlekurses in Abschnitten, die sukzessive aufeinander aufbauen, gestaltet (siehe Abb. 1).

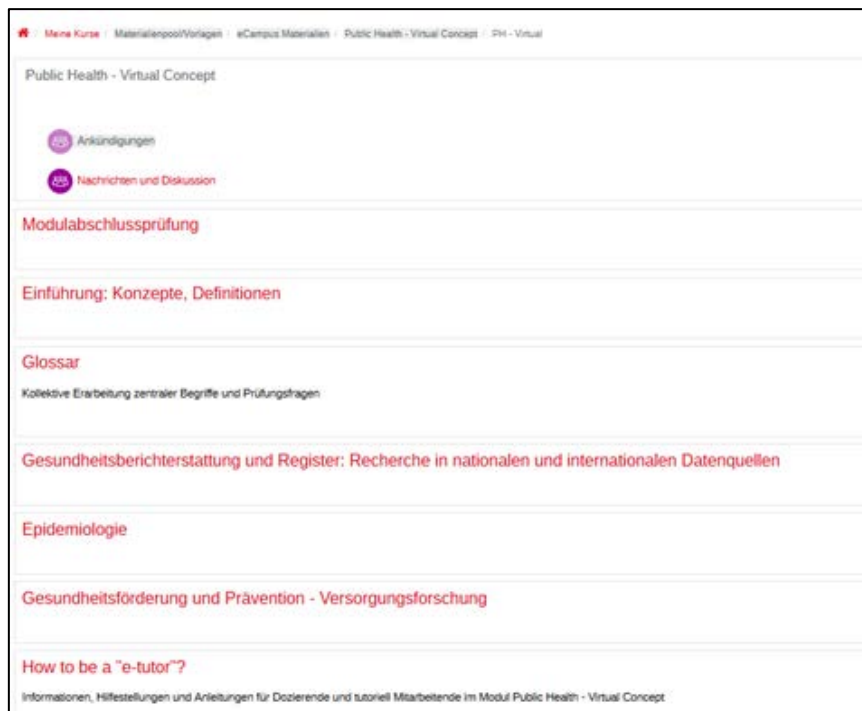


Abb. 1: Moodlekurs „@Public Health - Virtual Concept“ mit einzelnen Themenabschnitten

Im Schwerpunkt Grundlagen und Gesundheitsberichterstattung (GBE) erlangten die Studierenden zunächst Kenntnisse und Verständnis für Public Health Konzepte, insbesondere im Hinblick auf den interdisziplinären Ansatz von Public Health unter Berücksichtigung der Bezugswissenschaften. Hierfür wurden auf Moodle unter dem Reiter „Einführung: Definitionen und Konzepte“ einführende Übersichtsartikel bereitgestellt, die anhand von vorgegebenen Leitfragen bearbeitet werden sollten. Da die reine Wissensvermittlung bzw. -erarbeitung der ersten Lehrveranstaltung vorgeschaltet ist, entspricht dies einem „Flipped Classroom“. Die vertiefte Diskussion erfolgte dann in der Präsenzveranstaltung.

In der zweiten Selbststudiums-Phase erstellten die Studierenden gemeinsam ein Glossar zu Public Health relevanten Begrifflichkeiten. Hierzu wurde den Studierenden anhand ihrer Matrikelnummer ein Begriff zugeordnet, zu dem auf Moodle ein Eintrag unter Angabe der verwendeten Quellen erarbeitet werden sollte. Konzeptionell ist zukünftig vorgesehen, diese Einträge von eTutoren zu kommentieren und ggf. eine Überarbeitung einzufordern. Darüber hinaus soll in dieser zweiten Phase eine Überprüfungsfrage im Multiple-Choice oder wahr- oder falsch-Stil zum bearbeiteten Glossarbegriff formuliert werden. Das Glossar sowie der e-Test aus den eingereichten Fragen kann zur Selbstvalidierung und als Prüfungsvorbereitung genutzt werden.

Im weiteren Verlauf der Blended-Learning-Veranstaltung lernten die Studierenden nationale und internationale Datenquellen zur Gesundheitsberichterstattung sowie verschiedene krankheitsspezifische Register kennen. Die Studierenden konnten sich nun selbstständig eine Rechercheaufgabe passend zu dem im Integrationsseminar gewählten Settingansatz und ihrer Zielgruppe definieren. Die Ergebnisse wurden in der folgenden Präsenzveranstaltung vorgestellt und diskutiert. Aufbauend auf

den gewonnenen empirischen Erkenntnissen der Bedarfsanalyse im Integrationsseminar und der Rechercheergebnisse entwickelten die Studierenden in der Lehrveranstaltung Public Health nun zielgruppenspezifische Projektideen zur Gesundheitsförderung oder Prävention im gewählten Setting, entsprechend der Kriterien der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (vgl. BVPG 2013): Autonomie und Empowerment, Partizipation, Lebenswelt- und Lebensstilbezug, Gesundheitliche Chancengleichheit, Konzeptbasierung, Evaluation und Nachhaltigkeit. Eine weitere Aufgabe der Studierenden war die Erstellung eines zielgruppengerechten Promotionsvideos sowie weiteren Informationsmaterials.

Ergebnisse und Ausblick

Projektideen im Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege, Kurse WAG 14A, B, C	
Beikosteneinführung bei Säuglingen	Umsetzung von Fit2Go bei Studierenden im Gebäude Tübinger Straße 33 (siehe Abb. 2)
Gesundheitsförderung und Prävention in der KiTa	Ernährungskompass für Studierende
„Gesunde Pause – be healthy!“ (Schüler/innen)	Projekt „Rund um Gesund“ (Pflegekräfte in der Klinik)
Psychische Gesundheit von Auszubildenden während des Krankenpflegeexamens	Diabetesprävention bei Krankenhauspersonal
Medikamentenmanagement bei Menschen > 65 Jahren	Unterstützung des Projektes „Gesund&Bunt“ der Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH
Gesundheitscoaching an der Pflegeschule	Resilienz bei Auszubildenden in der Pflege
Nutzen und Risiken von Fitnessgadgets (Studierende)	Prävention bandscheibenbedingter Erkrankungen der Wirbelsäule (Pfleger im Krankenhaus)

Tabelle 1: Projektideen im Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege, Studienjahrgang 2014 (DHBW Stuttgart)

Die Studierenden erlebten durch die projektbezogene Umsetzung die Herausforderungen einer effektiven Konzeptualisierung und einer fiktiven Implementierung ihrer Projektidee zur Gesundheitsförderung und Prävention. Beispielhaft präsentierten ausgewählte Studierendengruppen ihre Forschungsergebnisse zur Bedarfsanalyse aus dem parallel stattgefundenen Integrationsseminar und die daraus abgeleiteten Projektkonzepte einer interessierten Fachöffentlichkeit beim Public Health

Symposium. Eine Einheit des im Rahmen der Gesundheitsfördernden Hochschule eingeführten Konzeptes zur bewegten Pause (Fit2Go) wurde durch eine Studierendengruppe beim Symposium umgesetzt (siehe Abb. 2, Arbeitskreis Gesundheit 2016). Im Tagungsband werden die Ergebnisse der Studierendengruppen Dörr L. et al. sowie der beiden Studierendengruppen, die das Projekt „Gesund und Bunt“ unterstützt haben, Weber et al und Schmäschke et al, dargestellt (siehe dort).



Abb. 2: Eine Gruppe von Studierenden führt eine Fit2Go-Einheit während des Public Health Symposiums durch¹⁴

In der Lehrevaluation ist erkennbar, dass sich die Studierenden eine bessere Würdigung ihrer im Rahmen des Selbststudiums mit Moodle erbrachten Aufgaben und Leistungen in Form von Punkten oder Noten wünschen. Dies wird zukünftig in Form einer alternativen Prüfungsleistung wie beispielsweise eines Assignments anstelle einer Klausur möglich und wurde so bereits im reakkreditierten Curriculum berücksichtigt. Dabei könnten die von den Studierenden bearbeiteten Aufgaben kontinuierlich in die Bewertung miteinbezogen werden.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis Gesundheit (2016): Fit2Go, <https://www.dhbw-stuttgart.de/themen/hochschule/gleichstellung-und-familie/gesundheitsfoerdernde-hochschule/angebote-fuer-studierende-und-beschaefigte/fit2go/>, abgerufen am 19.03.2018.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung, Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPFG), verabschiedet am 09.04.2013 auf der Mitgliederversammlung in Berlin

¹⁴ Bildrecht DHBW Stuttgart

Ebinger M., Kienle U., Winkelmann C. (2018): eCampus: @Public Health - Virtual Concept
Entwicklung einer standortübergreifenden Blended-Learning-Veranstaltung zum Thema Public Health im Rahmen des DHBW eCampus, angenommen zur Publikation in ZHL-Schriftenreihe für die DHBW Band 2.

Töpper, J., Bozkurt, H., Ebinger, M., Griesinger, A., Hansch, J., Honal, A., Laubert, S., Lichtenberger, B., Paul, Ch., Sauer, T., Tittelbach-Helmrich, D., Voß, M., Wengler, K., Winkelmann, C. (2016): Das Projekt „eCampus“ – Standortübergreifende Kooperationen in der digitalen Lehre an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg. In: J. Wachtler, M. Ebner O. Gröbinger, M. Kopp, E. Bratengeyer, H.-P. Steinbacher, Ch. Freisleben-Teutscher, Ch. Kapper (Hrsg.), Digitale Medien: Zusammenarbeit in der Bildung, Medien in der Wissenschaft (S. 227-231). Band 71, Waxmann.

Studierendenprojekt „Mit Rückenwind“ im Rahmen von „Public Health – Virtual Concept“ ein Teilprojekt des DHBW eCampus

Prof. Dr. rer. med. Claudia Winkelmann – DHBW Heidenheim

Hintergrund

Das eCampus Projekt der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) besteht aus verschiedenen Teilprojekten mit dem Ziel, die lehr- und lernbezogenen Gemeinsamkeiten der verschiedenen Standorte zu vernetzen.

Eines dieser Teilprojekte aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften wird unter dem Titel „Public Health – Virtual Concept“ in Personalunion von Prof. Dr. Ebinger, Studiengangsleiterin Angewandte Gesundheitswissenschaften am Standort Stuttgart, sowie von Prof. Dr. Winkelmann, Studiengangsleiterin Interprofessionelle Gesundheitsversorgung, geleitet. Ziel ist es, in einem Blended-Learning-Konzept zentrale Public Health-Themen, wie z. B. die Gesundheitsberichterstattung oder die Prävention und Gesundheitsförderung, zu bearbeiten. Als zentrale Lernplattform dient Moodle.

Durch den interprofessionellen Ansatz können vorhandene Kompetenzen effizient und in Kooperation mit den dualen Partnerunternehmen genutzt werden, so beispielsweise im Studierendenprojekt „Mit Rückenwind“.

Beschreibung des Projekts

Rahmenbedingungen

Grundsätzlich bieten sich Blended-Learning-Konzepte im Kontext der hochschulischen Ausbildung in Public Health an. Dies zeigen die hohe Umsetzung sowie die hohe Zufriedenheit mit entsprechenden Konzepten auch auf internationaler Ebene. Speziell auf die Lehrveranstaltung Public Health der beiden eingeschlossenen Studiengänge sollten folgende Aspekte realisiert werden

- sinnvolle Kombination aus Präsenz und Online-Lehre,
- Bereitstellung von Online-Lernmaterialien und Diskussionsforen auf Moodle,
- Erstellung von Videolectures, Flipped-Classroom-Konzepte,
- technische und didaktische Erstellung eines Tutorenkonzepts,
- Vertiefung durch Praxiszenarien und anwendungsbezogene Projekte,
- Förderung von kollegialem Austausch und kritischer Reflexion,
- Förderung von sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen,
- Bildung von interprofessionellen Netzwerken,

- Fokus auf Validität und Relevanz der Internetquellen

Die Lehrveranstaltung Public Health im ausbildungsintegrierenden Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung ist im Studienverlaufsplan im Modul 12 Public Health im ersten Studienjahr verortet (s. Abb. 1).

Die Studierenden befinden sich während der Projektlaufzeit in ihren jeweiligen berufsfachschulischen Ausbildungen in den Bereichen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Ergotherapie und Physiotherapie und sind aus diesem Grund an ausgesprochen wenigen Präsenztagen in Heidenheim. Mit Beginn des ersten Studienjahres haben die Studierenden bereits ein Jahr der berufsfachschulischen Ausbildung absolviert und verfügen über entsprechende Kompetenzen.

	Heidenheim	Stuttgart
Studiengang	IPGV	WAG
Semester	1. Semester	5. Semester
Umfang der LV	210: 84+126	210: 40+80/30+60
Kurse	IPGV16 (15,14)	WAG14 A,B,C
Tutoren	Studierende aus einem höheren Semester	Alumni?
Präsenzzeiten	Nov 2016-August 2017 (einzelne Tage)	Nov 2016-Feb 2017 (12 Wochen)
Prüfungsleistung	Klausur	Klausur
ECTS	7	7

© DHBW Stuttgart, Prof. Dr. med. Margrit Ebinger; DHBW Heidenheim, Prof. Dr. rer. med. Claudia Winkelmann 6

Abb. 1: Gegenüberstellung der Rahmenbedingungen beider Studiengänge

Das Modul Public Health im Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung gliedert sich in

- Lehrinheit 1 Grundlagen Public Health inkl. Gesundheitsberichterstattung, Modelle und
- Lehrinheit 2 Gesundheitsförderung und Prävention.

Speziell bezogen auf die Lehrinheit 2 sollen die Studierenden eigenständig Instrumente und Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung anwenden und das durchgeführte Projekt kritisch reflektieren können. Ein Auszug der Qualifikationsziele im Modul zeigt Abbildung 2 (s. Abb. 2).

DHBW Heidenheim **QUALIFIKATIONSZIELE**

- Prävention und Gesundheitsförderung

Sozialkompetenz	<p>Im Hinblick auf die Komplexität der Thematik erlangen die Studierenden eine fachdisziplinübergreifende Sichtweise von Krankheit und Gesundheit und setzen diese folgerichtig in der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen um. Sie sind in der Lage, typische gesundheitliche Problembereiche in unterschiedlichen Settings zu identifizieren und im Rahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention ihren Beitrag zur Förderung der gesundheitlichen Ressourcen der jeweiligen Zielgruppe zu leisten.</p>
------------------------	---

© DHBW Heidenheim, Prof. Dr. med. Claudia Schneider

Abb. 2: Auszug aus dem Modulhandbuch

Umsetzung

Um auf die interprofessionelle Zusammenarbeit hinzuwirken, sind eigenständig im Kurs insgesamt sechs Gruppen á fünf Studierende zu bilden, die die Bedingung erfüllen, dass jeweils mindestens drei der folgenden Bereiche Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Ergotherapie, Physiotherapie vertreten sind. Die Gruppen wählen unter anderem zur Förderung der Kommunikationskompetenz eine Gruppensprecherin oder einen Gruppensprecher. Darüber hinaus gilt es, das spezielle Setting, d. h., entweder Büroarbeitsplatz oder Patientenversorgung, innerhalb der Gruppe sowie des Kurses abzustimmen, so dass das Angebot für die Settings quantitativ ausgewogen ist.

Die Gruppen bringen sich mit Vorschlägen ein, für welchen Dualen Partner die Veranstaltung angeboten werden soll, was zur Identifikation mit dem Dualen Partner und dem Projektinhalt beiträgt. Bezogen auf den Verwaltungsbereich steht auch der DHBW Standort in Heidenheim zur Verfügung. Die Verbindung zu den Dualen Partnern und zur Standort-Verwaltung wird zunächst durch die Studiengangleiterin hergestellt. Im weiteren Verlauf übernehmen die Studierenden die Organisation, z. B. auch von Materialien zur Demonstration, und Absprachen selbstständig.

Die Studierenden werden in Bezug auf das Vorgehen, die Inhalte und die pädagogisch-didaktische Kompetenz einerseits durch die Studiengangleiterin und die Lehrenden im Modul Public Health begleitet. Zudem stehen die Dozentinnen und Dozenten aus den Modulen und Units Wissenschaftliches Arbeiten, Pädagogisch-Didaktische Basiskonzepte sowie Projektmanagement zur Verfügung.

Mit diesem Support führen die Studierenden unter Nutzung verschiedener Datenbanken die Literaturrecherche durch. Ebenfalls dienen halbstandardisierte Interviews mit den Arbeitssicherheitsbeauftragten der Dualen Partner zur Datengewinnung hinsichtlich der Problemstellung. Im Ergebnis der Recherche und Befragung entwickeln die Gruppen jeweils

- eine Präsentation (Bedingung: wissenschaftliches Arbeiten; Medien ppt, Metaplanwand, Flipchart u. w.)

sowie

- Lehr- und Lernvideos (Zielgruppe: Teilnehmende der Veranstaltung).

Die Ergebnisse werden im geschützten Rahmen innerhalb einer Präsenzphase von den Studierenden im Plenum vorgestellt, diskutiert und innerhalb des Selbststudiums optimiert. Die fachliche und wissenschaftliche Betreuungsverantwortung liegt bei der Studiengangsleiterin. Am Ende dieser Sequenz haben die Gruppen jeweils eine 90-minütige Veranstaltung inkl. Material und Skript für die jeweilige Zielgruppe mit unterschiedlicher Wissensbasis erarbeitet.

Jede Veranstaltung umfasst maximal 20 Minuten theoretische Grundlagen, 30 Minuten spezielle, geeignete (dem Setting und der Klientel angepasste) Übungen sowie 30 Minuten Arbeitsplatzberatung an einem exemplarischen Büroarbeitsplatz bzw. entsprechend des Settings an mehreren Büroarbeitsplätzen oder 30 Minuten Arbeitsplatzberatung im Zusammenhang mit Patiententransfers. Zudem ist eine Diskussionszeit von 10 Minuten enthalten.

Für die Evaluation des Studierendenprojektes wird unter anderem das Peer-Teaching eingesetzt. Hierzu nehmen an jeder Veranstaltung jeweils auch Studierende der anderen Gruppen teil. Zudem evaluieren die Teilnehmenden der Dualen Partner und der DHBW-Verwaltung in Heidenheim die Veranstaltung. Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems der DHBW erfolgt die Evaluation durch die Studierenden hinsichtlich diverser Items.

Rückenwind für die Gesundheit

DH-Studenten geben Profis Tipps für rückschonendes Verhalten

Studierende der Dualen Hochschule Heidenheim haben Tipps zum rückschonenden Verhalten mit Patienten und im Büroalltag erarbeitet.

Einen erwachsenen Patienten einfach mal so vom Rollstuhl ins Bett zu transferieren: für Pflegende im Krankenhaus ist das Alltag. Durch rückschonendes Verhalten beispielsweise beim Umlagern von Patienten können langfristig gesehen schwerwiegende Folgen wie Bandscheibenverfälle oder chronische Rückenschmerzen vermieden werden. Auch im Büro kann es durch eine stundenlange, vornübergebeugte, verkrampte Haltung zu Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems kommen.

Wie man es richtig macht, zeigten die Studierenden des Studiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ der DH Heidenheim im Rahmen ihres Projektes „Mit Rückenwind“ Pflegenden, angehenden Medizinerinnen und Beschäftigten im Verwaltungsbereich des Klinikums Heidenheim sowie des Bezirkskrankenhauses Günzburg.

Dabei gaben die Studierenden aus der Ergotherapie, Physiotherapie, Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege wertvolle Tipps und Beispiele vorbeugender Übungen für Augen, Hände, Schultern, Kopf und Rumpf. „Viele der Übun-



DH-Studentin Melanie Bogner, angehende Physiotherapeutin, erklärt die Wirbelsäulenschwungung. Foto: DHBW Heidenheim

gen, wie beispielsweise das Heben und Senken der Schultern oder das Ausstrecken und Kreisen der Arme kennen wir vielleicht bereits. Trotzdem integrieren wir sie zu selten in den „Arbeitsalltag“, erklärt Prof. Dr. Claudia Winkelmann, Studiendekanin im Studienfeld Ge-

sundheit und Leiterin des Studiengangs Interprofessionelle Gesundheitsversorgung an der Dualen Hochschule.

Darüber hinaus zeigten die Studierenden auch die verschiedenen Hilfsmittel wie das Rutschbrett und auch Drehteller und Kissen, die

dem Pflegepersonal zur Arbeitserleichterung zur Verfügung stehen. Dabei gab es nicht nur Theorie: Ganz praktisch zeigten die Studierenden an verschiedenen Situationen, wie mit den Patienten rückschonend gearbeitet werden kann.

„Der Austausch war toll: Durch uns konnten die Teilnehmer ihr Wissen auffrischen und wir Erfahrungen und Tipps von langjährigen Krankenpflegern bekommen“, sagt Studentin Lena Hackenberg. Auch ihre Kommilitonin Melanie Bogner stimmt zu: „Mir hat es gefallen, anderen mit unserer Arbeit weiterzuhelfen und die Inhalte nicht nur theoretisch zu bearbeiten.“

„Im Rahmen ihres Studiums sollen die Studierenden nicht nur ihr theoretisches Wissen erweitern, sondern ihr Können auch praktisch in interprofessionellen Teams umsetzen“, erklärt Claudia Winkelmann. Mit dem Ergebnis der fünf Schulungseinheiten ist die Studiengangsleiterin zufrieden: „Die Studierenden haben die Übungseinheiten nicht nur selbst umgesetzt, sondern die Inhalte, die sie zeigen wollten, auch selbstständig erarbeitet.“ Sowohl aus dem Pflege- als auch Verwaltungsbereich gab es den Wunsch nach Wiederholung. Eine tolle Leistung, Studentin Anna Wangler stimmt zu: „Das Besondere an dem Projekt war für mich die positive Resonanz der Teilnehmer. Dies würdigt unsere Bemühungen.“

Abb. 3: Bericht in der lokalen Presse würdigt Engagement der Studierenden

Ergebnisse und Ausblick

Zwar kann eine positive Resonanz in den zurückliegenden zwei Jahren bei der Umsetzung des Studierendenprojektes „Mit Rückenwind“ durch die Studierenden und bei der Anwendung durch die Teilnehmenden konstatiert werden. Allerdings liegen speziell bezogen auf die Studierenden im Jahrgang 2016, mit denen die virtuelle Konzeption im Modul erstmals umgesetzt wird, noch keine Ergebnisse vor.

Erst im Rahmen der letzten Präsenz im Studienjahr im August werden die Studierenden die Veranstaltungen durchführen. Danach erfolgt die Evaluation. Die Ergebnisse fließen in die Überarbeitung des Konzepts im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung ein.

Zwischenzeitlich wurde im Rahmen der System-Reakkreditierung der DHBW der Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung sowohl inhaltlich als auch organisatorisch umgestellt. Mit dem Studienjahr 2017 wird das Modul Public Health im sechsten Semester angeboten. Die Studierenden befinden sich dann analog zum Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften in einer 12-wöchigen Präsenzphase an der Hochschule.

Literaturverzeichnis

Kiviniemi MT (2014): Effects of a blended learning approach on student outcomes in a graduate-level public health course. *BMC Medical Education* 2014, 14:47.

Moore G et al. (2006): Using blended learning in training the public health workforce in emergency preparedness. *Public Health Reports / March–April 2006 / Volume 121*.

O.V. (2016): <http://www.swp.de/heidenheim/lokales/heidenheim/dh-studenten-geben-profis-tipps-fuer-rueckenschonendes-verhalten-13673709.html>.

So HJ (2009): Is blended learning a viable option in public health education? A case study of student satisfaction with a blended graduate course. *J Public Health Manag Pract.* 2009 Jan-Feb;15(1):59-66.).

Evidence-based Health Promotion in Finland

Tiina Tervaskanto-Mäentausta, MNSc, MEd, Senior Lecturer - Oulu University of Applied Sciences, Oulu, Finland

Health promotion is action, which aims to promote peoples own possibilities to take care of their health and environment. It is also promoting the prerequisites of the individuals and societies. Instead of risks and disorders, typical is to think empowerment, solutions and securing factors of health and wellbeing. Health promotion emphasize interprofessionalism and dialog, acting in different levels from local to strategic. The focus is in prevention and early interruption. In Finnish act of the health care professionals (1994) the purposes of the professional work are firstly to maintain and promote health, secondly prevent diseases and thirdly cure ill people and to reduce their suffering.

In Finland, every permanent citizen in the sparsely populated country has access to an extensive set of services, yet the total per capita health care costs remain lower than in most comparable countries. Finland has focused on disease prevention and health promotion activities in services and professional education. Life expectancy rates have risen markedly, especially over the last few decades. Finland has one of the lowest infant mortality rates in the world largely because of effective family support policy and preventive health care services. Municipal healthcare centres run preventive maternity and child health clinics, which provide low-threshold services to all families and free of charge. Maternity and child health clinics are aimed to ensure a good standard for health for mothers, unborn children, infants and families as a whole. Personalized health advice is given to support the psychosocial and physical welfare of children and their parents. In addition, good parenthood, strong and healthy relations within the family and right choices for healthy lifestyle are supported. Health care professionals also actively seek best practices to enable families to take responsibility for their own health. The preventive services continue fluently in school health- and occupational health care.

The health and wellbeing risks world-wide are increasing obesity and overweight, alcohol and drug abuse, stress and depression. A common challenge in the developed countries is also rapidly growing number of older people with increased need of services. Nationwide health programs have hugely improved patient outcomes in cases of chronic disease. Easy access and equity will remain necessary characteristics of optimal health care systems, but they are insufficient goals in terms of improving quality and achieving financial sustainability.

The aims of the ongoing health, social services and regional government reform in Finland will be to even out differences in health and wellbeing and to curb cost increases. The focus has shifted from the treatment of problems to preventing and promoting physical, mental, and social wellbeing across the entire population. Health and social services will be organized in a more customer-oriented way,

and primary health and social services as well as specialized hospital care will be administered and funded by the same regional authority. The key objectives of the reform are to promote the health, wellbeing and social safety of the population, ensure equal access to services, and enhance primary care. Interprofessional and multidisciplinary collaboration among the professionals and authorities will strengthen, and the cost-effectiveness will improve.

New competencies, research, knowledge, and action models are needed to strengthen collaboration between education and community- and population-oriented health care service systems to answer present and future health care challenges. In the city of Oulu has been calculated that 10% of the citizens account for 81% of the social and health care expenditure. Moreover, 11% of these heavy service users have diabetes and cardiovascular diseases. The overall costs of diabetes and its complications have increased markedly. A key component to improve better acute, chronic and preventive evidence based care and self-care support of the patient is to build effective interprofessional teams in primary health care and enhance collaboration between primary and specialized hospital.

Health promotion in health professional education

The WHO reported 2010 that interprofessional education is a necessary step in preparing a “collaborative practice-ready” health workforce with better capacity to respond to local health needs. According to this report, health professionals are trained too narrowly, implying that most of the learning is very discipline-specific while the complex problems we face in society requires the need for IP collaboration.

Oulu university of Applied Sciences provides interprofessional health promotion courses for undergraduate students from different degree programs. The first aim of the course is that the students familiarize to health and wellbeing strengths and risks of the Finns. Secondly, they share their thoughts of values, ethical challenges and people centeredness of health promotion in web-based discussion forum. Thirdly, the students analyze their own health behavior using modern ICT based apps for making an own health promotion plan. Next, the students train evidence based health coaching and motivational interview in the small group writing a hand script, playing and film a simulated situation. All the stages of the model are presented and reflected in the “video festival”.

The final task of the course is to plan and carry out a health coaching project for chosen focus group. For example, the focus group has been school age children. For planning the project, the groups find out the actual health and wellbeing needs of the focus group for example utilizing statistical data from Finnish School Health Survey as well as from research articles. The students choose the topics and the motivating methods to coach the pupils to think their healthy choices and future life. Collaboration with the primary or secondary school is essential to make the practical arrangements and

timing of the project. The students will evaluate the project and write a final report of their learning outcomes and how the aims were reached.



Fig. 1: Project process

Both Finnish and international exchange students have participated in health promotion courses. According to students' feedback, they learned to look at health and wellbeing in a different way and to coach and teach the different focus groups with health issues. The students worked together in an interprofessional as well as in international group and they learned to communicate, share responsibilities, solve problems and make decision as a group.

The future plan is to design an international health promotion course in collaboration with DHBW Stuttgart and Oulu University of Applied Sciences. The course will include separate as well as common parts to share good experience of health promotion and collaborative working methods.

Kommunale Gesundheitsmoderation – Ernährung, Bewegung, Gesundheit IN FORM

Lisa Tonk – Projektkoordinatorin, Plattform Ernährung und Bewegung e.V.

Hintergrund

Der Ansatz des Projekts „Kommunale Gesundheitsmoderation - Ernährung, Bewegung, Gesundheit IN FORM“ basiert auf dem Verständnis von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der WHO, demzufolge die Bedingungen gesundheitlichen Wohlbefindens in den Lebenswelten des Alltags erfahrbar gemacht werden sollen. Gesundheitsförderung muss also dort ansetzen, wo Menschen leben, aufwachsen, spielen, lernen und arbeiten: in ihrer Region, in ihrer Kommune. Um Gesundheit effektiv fördern zu können, müssen unterschiedliche Fachbereiche und Professionen, Institutionen und Organisationen zusammenarbeiten. Die Bündelung dieser lokalen Initiativen und Akteure ist jedoch eine herausfordernde Aufgabe. Aber gerade das Zusammenwirken aller Verantwortlichen – ob aus den Bereichen Jugend, Soziales, Umwelt oder auch Bau- und Verkehrsplanung ist die Basis für den Aufbau einer gesunden Kommune.

Beschreibung des Projekts

Für den Aufbau eines Netzwerks zur Gesundheitsförderung, das alle relevanten Partner aus der Kommune einschließt, bedarf es einer Moderation, die die verschiedenen Aktivitäten zielgerichtet steuert und koordiniert. Zu diesem Zweck wurde mit Förderung durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Rahmen des Nationalen Aktionsplan IN FORM 2013/14 die Weiterbildung Kommunale Gesundheitsmoderation entwickelt und erprobt. In fünf Modulen lernen die Teilnehmer strategisch arbeitende, interdisziplinäre Netzwerke aufzubauen und zu managen. In enger Verzahnung von Praxis und Weiterbildung bringen sie eigene Vorhaben in die Weiterbildung ein und erproben Gelerntes zeitnah im kommunalen Umfeld. Im Zeitraum von ca. einem halben Jahr werden die Teilnehmer mit hohem Praxisbezug in die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene eingeführt und sind am Ende in der Lage, Qualitätskriterien für erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzuwenden. Die Weiterbildung wird bundesweit über verschiedene Bildungsträger angeboten und richtet sich vornehmlich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Kommunalverwaltung mit dem Auftrag der Gesundheitsförderung und Prävention oder an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freier Träger mit ähnlichem Auftrag. In den Vorgängerprojekten wurden bis Anfang 2016 bisher bundesweit insgesamt 130 Kommunale Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren (KGMs) weitergebildet.

Was ist Kommunale Gesundheitsmoderation?

Kommunale Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren gestalten Gesundheitsförderung in der Kommune interdisziplinär und ressortübergreifend. Dabei setzen sie sich für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung ein und fördern nachhaltige Strukturen anstelle von einzelnen Projekten. Interdisziplinäre Netzwerke sind ihr Instrument dazu. Sie initiieren, koordinieren und moderieren diese Netzwerke zur Gesundheitsförderung.

Zu den Aufgaben der Kommunalen Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren in Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkakteuren gehören:

- Bedarf, Bestand und Bedürfnisse in der Kommune klären
- Vorhandene Strukturen vor Ort analysieren und weiterentwickeln
- Netzwerkakteure gewinnen
- Netzwerkziele vereinbaren und überprüfen
- Prozesse partizipativ gestalten
- Fachliche Impulse geben
- Konflikte im Netzwerk bearbeiten
- Für Transparenz innerhalb des Netzwerks sorgen
- Das Netzwerk in die Öffentlichkeit bringen und Schnittstellenarbeit in der Politik und verschiedenen Verwaltungsbereichen leisten
- Maßnahmen nach Qualitätskriterien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickeln oder beurteilen, in die Umsetzung bringen und evaluieren

Aufbau der Weiterbildung

Die Weiterbildung ist in fünf Module aufgeteilt, welche aufeinander aufbauen und sich inhaltlich aufeinander beziehen. Nachfolgend die Übersicht der Inhalte:

Modul 1

Netzwerke für Gesundheit erfolgreich managen

Gesundheit und Interdisziplinarität – Netzwerkmanagement - Erfolgsfaktoren

Die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit bedingen, dass Gesundheitsförderung nur in Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure gelingen kann. Die TN lernen, wie sie erfolgreich interdisziplinäre Netzwerke managen und reflektieren ihr eigenes Netzwerk(vorhaben).

Modul 2

Gesunde Lebenswelten in Kommune und Landkreis gestalten

Salutogenese, Kommune als Setting, Bedarfsanalyse

Die TN erfahren grundlegende Definitionen zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit und warum Gesundheit zu den Querschnittsthemen im kommunalen Raum zählt. Sie erhalten das Handwerkszeug, um Prozesse zur Gesundheitsförderung und Primärprävention vor Ort in ihrer Stadt/ in ihrem Landkreis auf den Weg zu bringen und das Wissen, wie diese Entwicklungsprozesse strategisch ausgerichtet und gesteuert werden.

Modul 3

Netzwerkprozesse moderieren

Kommunikationsmodelle, Rolle des Moderators, Moderationstechniken

Der Netzwerkprozess wird durch Kommunikation geleitet. Grundlagen der Kommunikation stehen deshalb im Mittelpunkt dieses Moduls. Die TN lernen Moderationstechniken zur zielgerichteten Steuerung eines Netzwerkprozesses kennen und wenden diese an.

Modul 4

Qualität von Maßnahmen für die Gesundheit sichern

Maßnahmenplanung, Dokumentation, Evaluation

Die TN wenden Qualitätskriterien für erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung an. Sie üben, die Qualität einer Maßnahme zu sichern und weiterzuentwickeln, um möglichst nachhaltige Wirkung zu erzielen. Sie lernen die eigenen Maßnahmen kritisch zu beleuchten, bei Bedarf anzupassen oder andere Akteurinnen und Akteure bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu beraten.

Modul 5

In Netzwerken kommunizieren

Gesprächsführung, Gruppenprozesse, Umgang mit Widerstand

Das Modul knüpft an Modul 3 an und vertieft die dort gelernten Inhalte. Dabei stehen Gruppenprozesse und der Umgang mit möglichen Widerständen im Mittelpunkt. Zusätzlich lernen die TN die Besonderheiten in der Kommunikation mit der Zielgruppe Politik kennen.

Ausblick

Die aktuelle Projektphase läuft noch bis 30.06.2018. Ziel ist es bis dahin, die Weiterbildung und deren Inhalte weiter zu verbreiten und weitere Bildungsträger zu akquirieren um Parallelstrukturen zu vermeiden. Um die langfristige Vernetzung der bereits ausgebildeten Kommunalen Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren sowohl untereinander als auch mit weiteren Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung zu stärken, werden im Rahmen des Projekts Experten-Workshops zur kommunalen Gesundheitsförderung angeboten. Die jeweils zweitägigen Veranstaltungen in Berlin, Köln und Augsburg bieten neben dem fachlichen Input ausreichend Raum, die eigenen Vorhaben und Netzwerke der Teilnehmer vorzustellen und zu diskutieren. Unter dem Motto „lernen voneinander“ soll in

den Experten-Workshops vor allem der Erfahrungsaustausch im Vordergrund stehen. Die Workshops sind sowohl für Absolventinnen und Absolventen der Weiterbildung als auch für weitere Fachleute aus der kommunalen Gesundheitsförderung (wie bspw. Kommunalverwaltung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freier Träger etc.) konzipiert. Gerade für die konkrete Planung und Umsetzung der Gesundheitsförderung in der Kommune, sind der Austausch und die Zusammenarbeit der Kommunalen Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren enorm hilfreich und erfolgsbestimmend. Durch den Austausch und das gemeinsame Erarbeiten von Lösungsansätzen wird die Umsetzung von erfolgversprechenden und qualitätsgesicherten Maßnahmen befördert. Es wurde eine regionale Umsetzung gewählt, da die Vorgehensweisen entscheidend durch lokale Ausgangsbedingungen wie durch vorhandene Landesprogramme, den Typus der kommunalen Gebietskörperschaft, durch Stärken und Schwächen der Angebotslandschaft oder den Grad der bereits bestehenden Vernetzung geprägt werden. Die regionale Bündelung hat zudem den Vorteil, dass sich regionale Gruppen bilden können, die sich auch nach den Workshops weiterhin treffen und den Kontakt pflegen. Mit den Workshops wird eine regionale Vernetzung sowohl der bereits qualifizierten Kommunalen Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren untereinander als auch mit anderen Akteurinnen und Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung befördert. Eine breite Aufstellung der Akteurinnen und Akteure soll die kommunale Praxis der Gesundheitsförderung bestmöglich ausbauen und stärken und dadurch Veränderungen hin zu einer gesundheitsfördernden Kommune anstoßen.

Weitere Informationen zur Weiterbildung und den Experten-Workshops sind online zu finden auf: www.kgm.pebonline.de. Dort befindet sich auch das Manual für Trainerinnen und Trainer, welches über sämtliche Arbeitsmaterialien, detaillierte Curricula, Arbeitspapiere sowie Vorlagen und Skripte verfügt.

Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) ist ein Zusammenschluss von Vertretern aus öffentlicher Hand, Wirtschaft, Wissenschaft, Sport, Eltern und Ärzten und zudem Träger des Projekts „Kommunale Gesundheitsmoderation – Ernährung, Bewegung, Gesundheit IN FORM“. Über 100 Mitglieder setzen sich bei peb aktiv für eine ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung als wesentliche Bestandteile eines gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Kindern und Jugendlichen ein.

Über IN FORM

IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de

Literaturverzeichnis

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, deutsche Fassung, 1986. <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Stand:30.09.2015)

Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (Hrsg.): Weiterbildung Kommunale Gesundheitsmoderation Manual für Trainerinnen und Trainer, 1. Auflage, Berlin, 2016.

Prävention und Früherkennung: „Immer dafür oder Mut zur Entscheidung?“

Prof. Dr. Annette Becker, MPH – Abteilung Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

Hintergrund

Gesundheitsvorsorge (Prävention) ist ein wichtiges Thema unserer Gesundheitsversorgung. Gerade in einer Gesellschaft, wo chronische Life-Style-Erkrankungen zunehmen, können wir mit einer frühzeitigen Vorsorge, z.B. durch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (gesundes Essen, Bewegung) viel erreichen. Es sind aber nicht nur Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten, die unter dem Begriff der Prävention subsumiert werden, sondern auch Früherkennungsuntersuchungen, gesellschaftliche Maßnahmen wie das Verbot des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen, die Kontrolluntersuchungen bei Erkrankten, um Folgeerscheinungen zu verhindern oder auch der Schutz vor irrationalen medizinischen Maßnahmen in Diagnostik und Therapie (s. Abbildung 1).

Die Primärprävention hat zum Ziel die Erkrankungsrate in der Bevölkerung zu vermindern, Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Darunter werden bevölkerungsbezogene Maßnahmen für gesunde Menschen gefasst wie z. B. Impfen oder Fernseh-Kampagnen zu mehr Bewegung.

Die Sekundärprävention dient der Früherkennung von Krankheiten. Dabei geht es v.a. um Patienten, die besonders gefährdet sind, Erkrankungen zu entwickeln und, die deshalb auf Vorstadien der jeweiligen Krankheiten hin untersucht werden.

In der Tertiärprävention sollen Komplikationen bei bereits erkrankten Menschen frühzeitig erkannt bzw. in ihrer Inzidenz reduziert werden. Ein typisches Beispiel ist die regelmäßige augenärztliche Untersuchung des Diabetikers um eine diabetische Schädigung des Augenhintergrundes zu verhindern.

Die Quartärprävention befasst sich mit der Überversorgung von Menschen. Zu viel Diagnostik und unnötig und irrational eingesetzte Therapien sollten vermieden werden.

Abb. 1: Bundesministerium für Gesundheit, Glossar

In einer Zeit, in der die Medizin unglaubliche Möglichkeiten hat und medizinische HighTech Gerätschaften den gläsernen Menschen vorgaukeln, erscheint es unvorstellbar, bewusst auf mögliche Leistungen zu verzichten. Trotzdem muss auch die Prävention kritisch hinterfragt werden. Ein schönes

Beispiel in diesem Zusammenhang ist die inzwischen vergangene Diskussion um das Neuroblastom Screening: Das Neuroblastom ist ein bösartiger Tumor im Säuglingsalter mit schlechter Prognose, aber auch hoher Spontanheilungsrate. Fast alle Neuroblastome produzieren Katecholamine, die mit einem einfachen Urintest (Nachweistest in der Windel des Säuglings) nachgewiesen werden können. Im Jahr 1985 wurde ein Massenscreening von Neuroblastomen bei 6 Monate alten Kindern in Japan eingeführt. In den darauffolgenden Jahren wurden deutlich mehr Säuglinge mit der Erkrankung diagnostiziert, die zu einem sehr hohen Prozentsatz überlebten. Anscheinend ein Erfolg! Erstaunlich war nur, dass selbst 20 Jahre nach Einführung des Neuroblastomscreenings die Anzahl der Kinder, die am Neuroblastom verstarben, nicht reduziert werden konnte (Honjo et al. 2003). In Deutschland wurde daraufhin eine populationsbezogene Studie in 16 Bundesländern durchgeführt. Während in 6 Ländern das Neuroblastomscreening eingeführt wurde, dienten 10 Bundesländer als Vergleichsgruppe, 1,5 Millionen Kinder nahmen an der Untersuchung teil. Tatsächlich wurde durch das Screening die Diagnose „Neuroblastom“ häufiger gestellt. Die krankheitsspezifische Mortalität blieb aber unverändert. (Schilling et al. 2003)

Am Beispiel des Neuroblastomscreenings wird deutlich, dass präventive Maßnahmen, obwohl gut gemeint, nicht zwingend einen positiven Effekt für die Gesundheitsversorgung haben. Hohe Summen werden ausgegeben, die in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung fehlen. Andere Beispiele wie das Mammographie- oder auch das PSA-Screening zeigen, dass nicht nur fehlende Effekte ein Problem sind, sondern dass falsch positive Befunde im Screening mit unnötigen Gewebebiopsien und Operationen einhergehen können. Demgegenüber steht eine kleine Gruppe derer die profitieren. Studien zeigen, dass pro tausend Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, die alle 2 Jahre ein Mammographie-Screening erhalten, 7-9 Frauen weniger an Brustkrebs versterben als wenn kein Screening stattgefunden hätte. Zweihundert Frauen erhalten allerdings mindestens einen „falschen Alarm“ und 30 Frauen davon werden unnötig biopsiert (Paci 2012)

Die Entscheidung für oder gegen Früherkennungsmaßnahmen ist nicht immer eindeutig. Eine neutrale Einstellung ist schwierig, da es eine emotional und mit Vorurteilen geführte Debatte ist. Kritiklose Befürwortung „Vorsorge kann keine Nachteile haben“ trifft auf unreflektiertes Abwehrverhalten „Ohne Symptome kein Krebs“. Gleichzeitig haben Profitjäger Prävention als ein Geschäftsfeld entdeckt. Es ist leicht, Menschen für unnötige Untersuchungen in Eigenfinanzierung zu gewinnen, wenn diese Angst um ihre Gesundheit haben. So werden Patienten als Kunden betrachtet, denen lange Listen an sogenannten Igelleistungen vorgelegt werden mit der Begründung, die Krankenkasse übernehme nicht alle notwendigen Untersuchungen.

Jede Früherkennungsmaßnahme sollte den folgenden Kriterien standhalten (nach Spix und Blettner 2012; Dans et al. 2011):

- Die Erkrankung, auf die gescreent werden soll, muss häufig oder sehr schwerwiegend sein.
- Eine Frühbehandlung muss die Prognose verbessern.
- Es muss einen Test geben, der die Krankheit erkennt, bevor sie zu wegweisenden Beschwerden führt.
- Dieser Test muss bei akzeptabler Belastung und Kosten massenweise einsetzbar sein
- Der Test muss eine gute Sensitivität und Spezifität haben.
- Durch das Screening muss eine Lebensverlängerung, eine verbesserte Lebensqualität und/oder niedrigere Kosten für die Gesundheitsversorgung erreicht werden können.

Es gibt Hilfen im Dickicht der Angebote: So der IGeL-Monitor oder der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung, die evidenzbasierte Informationen für Verbraucher zur Verfügung stellen (s. Internetverweise). In der Arzt-Patienten-Beratung sollten nur solche Ärztinnen und Ärzte über präventive Maßnahmen aufklären, die keinen Profit aus der Vermittlung oder Durchführung der Maßnahmen ziehen. Gleichzeitig muss es Unterstützungsangebote geben, um Ärzte/Ärztinnen Hilfen an die Hand zu geben, ihre Patienten tatsächlich auf dem besten Stand des Wissens zu informieren, um schließlich zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen. Ein inzwischen gut etabliertes und bundesweit bekanntes Instrument ist die Entscheidungshilfe arriba (s. Internetverweis). Arzt/Ärztin und Patient/Patientin sitzen gemeinsam am Bildschirm, um zu besprechen, ob und welche Maßnahmen ergriffen werden sollen, um einen erhöhten Blutdruck bzw. Cholesterinwert zu senken oder mit der individuellen familiären Belastung für Herzinfarkt oder Schlaganfall umzugehen. Anhand von arriba kann das individuelle Gesamtrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis berechnet werden und der Nutzen von Aktivität, Rauchstopp oder Medikamenten anhand von graphischen Darstellungen visualisiert und gegeneinander abgewogen werden. Ähnliche Entscheidungshilfen gibt es inzwischen auch für die Antikoagulation bei Vorhofflimmern, die Messung von PSA zur Früherkennung des Prostata-Carcinoms und andere (Hirsch et al. 2012)

Ziel einer guten Gesundheitsvorsorge sollte sein, nach einer Kosten-Nutzen-Abwägung eine individuelle Entscheidung zu treffen, die den jeweiligen Präferenzen, Risiken und Wertvorstellungen der Betroffenen entspricht. Betroffene sollten ohne moralischen Druck ehrliche Informationen erhalten, um selbst Nutzen und Schaden abwägen zu können.

Literaturverzeichnis

Fachliteratur

Dans, Leonila F.; Silvestre, Maria Asuncion A.; Dans, Antonio L. (2011): Trade-off between benefit and harm is crucial in health screening recommendations. Part I. General principles. In: *J Clin Epidemiol* 64 (3), S. 231–239. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.09.009.

Hirsch, Oliver; Keller, Heidemarie; Krones, Tanja; Donner-Banzhoff, Norbert (2012): Arriba-lib: association of an evidence-based electronic library of decision aids with communication and decision-making in patients and primary care physicians. In: *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 10 (1), S. 68–76. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2012.00255.x.

Honjo, Satoshi; Doran, Helen E.; Stiller, Charles A.; Ajiki, Wakiko; Tsukuma, Hideaki; Oshima, Akira; Coleman, Michel P. (2003): Neuroblastoma trends in Osaka, Japan, and Great Britain 1970-1994, in relation to screening. In: *International journal of cancer* 103 (4), S. 538–543. DOI: 10.1002/ijc.10859.

Paci, Eugenio (2012): Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. In: *Journal of medical screening* 19 Suppl 1, S. 5–13. DOI: 10.1258/jms.2012.012077.

Schilling, Freimut H.; Spix, Claudia; Berthold, Frank; Erttmann, Rudolf; Klein, Gisela; Sander, Johannes et al. (2003): Neuroblastom Früherkennung im Alter von einem Jahr in Deutschland. Eine kontrollierte populationsbezogene Studie mit unerwartetem Ausgang (25), A1739-A1746.

Spix, Claudia; Blettner, Maria (2012): Screening. Part 19 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Dtsch Arztebl Int* 109 (21), S. 385–390. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0385.

Internetquellen

Altiner A.; Donner-Banzhoff, N.; GPZK gGmbH: <https://www.ribba-hausarzt.de/impressum.html> (Stand: 14.05.2018)

Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Gesundheit, <https://faktencheck-gesundheit.de/de/startseite/> (Stand: 14.05.2018)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS):

<https://www.igel-monitor.de/> (Stand: 14.05.2018)