

Statusbericht | 10

Dokumentation der Statuskonferenz »Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung«

Inhalt

- Vorwort der Präsidentin
- I Einleitung
- II Dokumentation der Statuskonferenz
 - II.1 Begrüßung
 - II.2 Welche Kompetenzen braucht die Gesundheitsförderung? Bericht zu integrativen Ansätzen professioneller Kompetenzentwicklung
 - II.3 Evidenzbasierung für Gesundheitsförderung und Public Health
 - II.4 Partizipative Gesundheitsförderung im Alltag: Wie geht das?
 - II.5 Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung: Beiträge der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 - II.6 Workshops
 - A Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Allgemeinbildung
 - B Gesundheitsförderung als interprofessionelle Kernkompetenz von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen
 - C Gesundheitsförderung als berufliche Spezialisierung
 - II.7 Zusammenfassung
- III Teilnehmende Organisationen

Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe BVPg-Mitglieder,

Vernetzung, Transparenz und Ressourcenbündelung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung – dazu möchte die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) auch mit ihren »Statuskonferenzen« beitragen. Im Laufe der Jahre 2010 bis 2013 wurden bereits insgesamt neun Statuskonferenzen in den Bereichen »Gesunde Kinder und Jugendliche«, »Qualitätsentwicklung«, »Gesund altern« und »Betriebliche Gesundheitsförderung« durchgeführt. Am 20. März 2014 fand in Berlin unter der Überschrift »Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung« nun die zehnte Statuskonferenz statt.

Anlass für die Durchführung dieser Konferenz ist die Tatsache, dass sich die Gesundheitsförderung in den vergangenen 20 Jahren bei der Entwicklung der Setting-Ansätze, bei der Neuorientierung der Gesundheitsdienste und bei der Entwicklung eines spezifischen Studien-, Forschungs- und beruflichen Handlungsbereiches zu einem eigenständigen methodischen Handlungsansatz und beruflichen Kompetenzbereich entwickelt hat.

Anknüpfend an die fortlaufende Diskussion der Bundesvereinigung zum Thema »Qualitätsentwicklung« war es Ziel der Konferenz, in einen gemeinsamen professionsübergreifenden Diskurs zu treten, um den vorhandenen (Qualifizierungs-) Bedarf zu erörtern.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei allen Referentinnen und Referenten der Statuskonferenz. Durch Ihr Enga-

gement sowie Ihre anschaulichen Vorträge konnten vielfältige Einblicke in das komplexe Feld der Kompetenzentwicklung vermittelt sowie Impulse für die Praxis gewonnen werden.

Ebenfalls gilt mein Dank Dr. Beate Grossmann, stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), sowie Prof. Dr. Eberhard Göpel, Vorstandsmitglied im Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V., die diese Konferenz inhaltlich vorbereitet haben. Für die gelungene Organisation möchte ich zudem Kati Lippold, Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V., und Ann-Cathrin Hellwig, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., danken.

Ihre

H. Kühn-Mengel

Helga Kühn-Mengel MdB
Präsidentin der BVPG

I | Einleitung

Die BVPG-Statuskonferenz »Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung« fand am 20. März 2014 in Kooperation mit dem Kooperationsverbund »Hochschulen für Gesundheit e.V.« in der Alice Salomon Hochschule in Berlin statt. Den Teilnehmenden präsentierten die Referentinnen und Referenten ein umfangreiches Programm, das den Bereich »Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung« aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtete.

II | Dokumentation der Statuskonferenz

II.1 | Begrüßung

In ihrer Begrüßung hieß Dr. Beate Grossmann, stellvertretende Geschäftsführerin der BVPG, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer herzlich willkommen und bedankte sich für die organisatorische Unterstützung des Kooperationsverbunds Hochschulen für Gesundheit e.V.

Einleitend stellte sie den Anwesenden die Bundesvereinigung in ihren Grundzügen anhand der folgenden Folie vor.



Abbildung 1: Charakteristika der BVPG
(Vortragsfolie Dr. Beate Grossmann)

Sie führte dann aus, dass die Statuskonferenz »Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung« Teil der fortlaufenden Diskussion der BVPG zum Thema »Qualitätsentwicklung« ist. In der im Herbst 2013 veröffentlichten programmatischen Schrift »Potenzial Gesundheit«¹ benennt die BVPG folgende Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland:

1. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gestalten.
2. Prioritäten zur Förderung individueller und gesellschaftlicher Gesundheit festlegen und Ziele definieren.
3. Strukturen und Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen ausbauen und miteinander verbinden.
4. Die Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention sichern, ihre Wirksamkeit fördern und sichtbar machen.

Um Punkt 4 »Qualität« zu konkretisieren, hatten sich die Mitgliedsorganisationen der BVPG, ebenfalls im Jahr 2013, erstmalig gemeinsam auf grundlegende Prinzipien² verständigt, die eine hohe Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung sicherstellen sollen.

Diese Prinzipien zeigen, dass die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und die Kompetenzentwicklung der beteiligten Akteure und Akteurinnen Hand in Hand gehen. Mit der Statuskonferenz soll nun entlang der folgenden Leitfragen der Stand dieser Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung vorgestellt und erörtert werden.

^{1,2} Die Publikation steht auf der Homepage der BVPG unter der Rubrik »Publikationen« zum kostenlosen Download zur Verfügung.



Abbildung 2: Leitfragen der Statuskonferenz »Kompetenzentwicklung« (Vortragsfolie Dr. Beate Grossmann)

Bei der Erörterung sollen, insbesondere in den Workshops am Nachmittag, drei verschiedene Ebenen der Vermittlung von und der Reflektion über »Kompetenz« berücksichtigt werden:

- Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Allgemeinbildung,
- Gesundheitsförderung als interprofessionelle Kernkompetenz von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen,
- Gesundheitsförderung als berufliche Spezialisierung.

Referentin: **Dr. Beate Grossmann** | Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) | Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn | E-Mail: bg@bvpraevention.de

II.2 | Welche Kompetenzen braucht die Gesundheitsförderung? Bericht zu integrativen Ansätzen professioneller Kompetenzentwicklung

Um bestimmen zu können, welche professionellen Kompetenzen für Gesundheitsförderung benötigt werden, ist ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheitsförderung zielführend – so das Credo von Prof. Dr. Eberhard Göpel, Vorstandsmitglied des Kooperationsverbands Hochschulen für Gesundheit e.V.

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dazu bereits 1986 ein inzwischen weltweit genutztes Grundlagen-Dokument veröffentlicht, erinnerte der Referent. Darin wird u. a. hervorgehoben, dass wesentliche Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen in den sozialen Lebens- und Beziehungswelten ihres Alltags verankert sind. Eine nachhaltig wirksame Gesundheitsförderung erfordert daher systemische Veränderungsprozesse mit und durch die Beteiligten wie es z. B. in den

Setting-Ansätzen in öffentlichen Organisationen und Betrieben zunehmend praktiziert wird. In diesem Kontext kann das Gesundheitsmotiv als »regulative Leitidee« (I. Kant) für gemeinschaftliches Handeln zur Entwicklung gesunder Lebensverhältnisse wirksam werden, das es zu fördern, zu erhalten und zu schützen gilt. Selbstbewusste Lebenslust, solidarische Gemeinschaften, menschenfreundliche Organisationen und Betriebe, gesundheitsfördernde Kommunen und eine vorsorgende Gesundheitspolitik geraten allerdings notwendigerweise auch in Konflikt mit anderen Interessen. Gesundheitsförderung wirkt z. B. bewusst als »Wachstumsbremse« gegenüber Geschäfts- und Herrschaftsmodellen, die das Ausnutzen der Furcht vor Krankheit und Tod, Angst vor Versagen und mangelnder sozialer Akzeptanz oder sozialer Vereinzelung und Verunsicherung zur Grundlage haben.

Vor diesem Hintergrund gewinnt eine öffentliche Gesundheitsförderungs-Politik und eine professionelle Praxis partizipativer Gesundheitsförderung eine grundlegende gesellschaftliche Bedeutung. Ihre Wirksamkeit wird dabei maßgeblich durch das persönlich-fachliche Engagement der handelnden Akteurinnen und Akteure bestimmt. Eine entsprechende Qualifizierung vor allem der Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufe ist dabei von wesentlicher Bedeutung.

Benötigt wird dafür ein wissenschafts- und alltagstaugliches Handlungskonzept, das eine tragfähige Handlungsorientierung in unterschiedlichen persönlichen und beruflichen Verantwortungssituationen unterstützt.

In diesem Zusammenhang verdeutlichte der Referent die Vielzahl verschiedenartiger methodischer Zugänge zur Förderung von Gesundheit, die je nach beruflichem Erkenntnisinteresse und Aufmerksamkeits-Fokus unterschiedliche Perspektiven auf die Gesundheit entwickeln. Die gewählten disziplin- und professionsbezogenen Präferenzen werden allerdings gegenwärtig nur selten in einem erweiterten Kontext reflektiert – viele Gesundheitsberufe werden z. B. bisher in ihrem beruflichen Handeln allein vom biomedizinischen Modell bestimmt. Hier gilt es nun, eine Perspektiverweiterung vom biotechnischen Maschinenbild zu einer »reflexiven Anthropologie« zu unterstützen.

Die Herausforderung besteht folglich darin, unterschiedliche methodische Perspektiven zu verknüpfen – Sinn- und Sachlogiken sowie Struktur- und Prozesslogiken sollten in einer ganzheitlichen Betrachtung verbunden werden.



Abbildung 3: Handlungsansätze professioneller Gesundheitsförderung (Vortragsfolie Prof. Eberhard Göpel)

Dies kann zu integrativen Handlungskonzepten führen, die z. B. die nachfolgenden fünf Ausgangspunkte für gesundheitsfördernde Aktivitäten verbinden können:

- Gesundheits-Determinanten,
- Dimensionen gesundheitlicher Lebensqualität,
- grundlegende Regelkreise der Lebensfunktion im sozial-ökologischen Kontext,
- Modelle der gesundheitlichen Selbstregulation,
- systemische Mehrebenen-Konzepte.

Diese Ansätze sind auch bei der Festlegung erforderlicher Kompetenzen für Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Mit dem Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook (CompHP)³ liegt nun ein Grundlagenwerk vor, das folgende Inhalte aufweist:



Abbildung 4: Inhalt des CompHP (Vortragsfolie Prof. Dr. Eberhard Göpel)

Die Kernkompetenzen beschreiben grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werte, die von Fachkräften im Bereich Gesundheitsförderung zur effizienten, effektiven und adäquaten Ausführung ihrer Arbeit erwartet werden. Die Aneignung von Kompetenzen wird dabei nicht als einmalige Angelegenheit aufgefasst, sondern als kontinuierlicher Prozess, der individuelle Lernaktivitäten und soziale Erfahrungen, kollegiales Feedback und Supervision erfordert.

Entwickelt wurde das CompHP von der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)⁴ auf Basis von Gesundheitsförderungszielen in den Strategien der Europäischen Union (EU), der Ottawa-Charta und von Folgedokumenten der WHO.

Das Handbuch richtet sich an Fachkräfte der Gesundheitsförderung, die eine entsprechende Qualifikation anstreben sowie an andere Berufe, die Gesundheitsförderung in ihre berufliche Praxis einschließen oder sich für gesunde Lebensweisen einsetzen wollen.

Den Benefit von CompHP stellte Herr Prof. Göpel folgendermaßen dar:

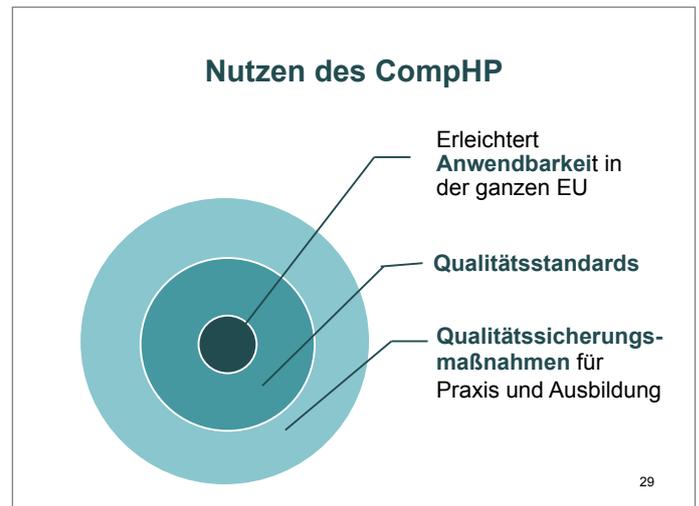


Abbildung 5: Nutzen des CompHP (Vortragsfolie Prof. Dr. Eberhard Göpel)

Das Handbuch kann – so Prof. Göpel – als gemeinsame Grundlage für die Qualifizierung im Bereich der Gesundheitsförderung in Deutschland genutzt werden. Auch der BVPG schrieb der Referent in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle zu. So plädierte er für die Bildung eines kooperativen Qualifizierungs-Netzwerks im Rahmen der Bundesvereinigung. Darüber hinaus sprach er sich für die Bildung einer Akkreditierungsorganisation für Praktikerinnen und Praktiker der Gesund-

³ Dieses steht auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum kostenlosen Download bereit: www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/konzepte/

⁴ Weitere Informationen zur IUHPE finden Sie online unter: www.iuhpe.org

heitsförderung (»European Health Promotion Practitioner (EuHP)«) auf der Grundlage des CompHP-Verfahrens aus.

Abschließend verwies Prof. Göpel auf die am Nachmittag stattfindenden Workshops und erläuterte die drei zugrunde liegenden Reflexionsebenen:

- **Workshop A:** Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Allgemeinbildung betrachtet Gesundheitsförderung als kulturelle Vermittlung einer gesellschaftlich verankerten, alltäglichen Gesundheitskompetenz. Im Fokus dabei stehen u.a. Erwachsenen- und Familienbildung, Bildung in Kitas, Schulen und Hochschulen, öffentliche Medien und Informationsstellen sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens.
- **Workshop B:** Gesundheitsförderung als interprofessionelle Kernkompetenz fasst Gesundheitsförderung als salutogenetische Orientierung beruflicher Praxis auf. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang sind berufliche Ausbildungspläne, institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen, Arbeitsregelungen und Leistungsvereinbarungen sowie öffentliche Anerkennung und Gratifikationen.
- **Workshop C:** Gesundheitsförderung als berufliche Spezialisierung betrachtet Gesundheitsförderung als systemische Organisationsentwicklung für gesündere Lebenswelten. Verantwortung kommt in diesem Zusammenhang u. a. Führungskräften in Organisationen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, PolitikerInnen, BürgermeisterInnen und DezernentInnen, StadtplanerInnen und ArchitektInnen sowie Verantwortlichen in Wirtschaftsbetrieben und Verwaltungen zu.

Referent: **Prof. Dr. Eberhard Göpel** | Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. c/o Alice Salomon Hochschule Berlin | Alice Salomon Platz 5 | 12627 Berlin | E-Mail: goepel@ash-berlin.eu

II.3 | Evidenzbasierung für Gesundheitsförderung und Public Health?

Zur Erörterung der Frage »Welche Kompetenz braucht die Gesundheitsförderung?« setzte sich Prof. Dr. Beate Blättner, Studiendekanin des Fachbereichs »Pflege und Gesundheit« der Hochschule Fulda, im Rahmen ihres Vortrags mit der Bedeutung von Evidenzbasierung für Gesundheitsförderung und Public Health auseinander.

Der Referentin zufolge ist die Forderung nach Evidenz angesichts knapper Ressourcen notwendig. Ohne diesen Gedanken in Frage zu stellen, wies sie jedoch darauf hin, dass insbesondere der Aspekt der Partizipation der Betroffenen in diesem Zusammenhang häufig unberücksichtigt bleibt. Zugleich sei die Forderung mit der Gefahr verbunden, das »Darwinsche Gesetz der Prävention«⁵ zu verstärken. Danach setzen sich in der Praxis nicht die Interventionen durch, die nach gesund-

heitswissenschaftlichen Erkenntnissen nachhaltige Wirkungen erwarten lassen, sondern diejenigen, die den gesellschaftlichen Bedingungen gut angepasst sind. Das sind eher Maßnahmen der medizinischen Prävention oder der Verhaltensprävention als eine an sozialer Teilhabe und Veränderung von Lebensbedingungen orientierte Gesundheitsförderung. Nicht angepasste Konzepte »mutieren« auf ihrem Weg von der Idee bis zur Umsetzung – es sei denn, sie haben starke gesellschaftliche Verbündete. Die Anwendung medizinischer Goldstandards bei der Suche nach strengen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen kann diesen Trend verstärken.

Notwendig ist vor diesem Hintergrund eine Weiterentwicklung der Methodik, die nachfolgende Aspekte umfasst:

- den Einbezug verschiedener Studientypen und der Abschied vom Goldstandard randomisierter, kontrollierter Studien (RCT),
- eine Diskussion über angemessene Outcomes (z. B. gesundheitsbezogene Lebensqualität und nicht ausschließlich Morbidität), die auch die zeitliche Dynamik berücksichtigen und
- eine Überprüfung möglicher unerwünschter Effekte, insbesondere unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit.

Ansätze zur Weiterentwicklung erhofft sich die Referentin vom Fachbereich Public Health des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin und von der beschlossenen Gründung eines Satelliten der Cochrane Public Health Group im deutschsprachigen Raum – vorausgesetzt, fachliche und methodische Kompetenzen sind dort gleichermaßen vertreten.

Anhand des Modells »Evidence-Based Public Health«⁶ verdeutlichte Frau Prof. Blättner weiterhin, dass die Frage nach Evidenz jedoch nicht allein auf wissenschaftlicher Ebene entschieden wird, sondern Fragestellungen und Schlussfolgerungen von gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren mit bestimmt werden. Aber ohne Kenntnisse der Methodik der Evidenzbasierung sind diese nicht in der Lage, sich kritisch mit dem Handlungsfeld auseinanderzusetzen.

Welche Kompetenzen der Evidenzbasierung auf verschiedenen Niveaustufen vorausgesetzt werden können, verdeutlichte die Referentin anhand des Europäischen Qualifikationsrahmens. Diesem zufolge können auf Stufe 6 (entspricht einem Bachelor-Abschluss) Kompetenzen vorausgesetzt werden, die die Aneignung von Wissen, wie Evidenz recherchiert werden kann, ermöglichen. Dieses umfasst die Entwicklung geeig-

⁵ Kühn H, Rosenbrock R (1994, 2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. Zuerst erschienen in: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B M (Hrsg.) (1994): Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin: Ed. Sigma, 29-53.

⁶ Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O (2008): Evidence-Based Public Health. Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Wissenschaft, Werten und Interessen. Med Klin. 103 (6): 406-412.

nerer Fragestellungen, die Recherche von Übersichtsarbeiten sowie deren Bewertung nach vorgegebenen Checklisten. Auf Stufe 7 (entspricht dem Master-Abschluss) kann die Kompetenz erwartet werden, Evidenz zu generieren, das heißt z. B. systematische Übersichtsarbeiten zu erstellen. Dies ist inzwischen häufig Gegenstand von Public Health-Studiengängen. Die Weiterentwicklung der Methodik setzt Stufe 8 voraus, wie sie etwa durch eine Promotion erreicht werden kann. Auf Stufe 5, d.h. unterhalb eines Studienabschlusses, kann die korrekte Umsetzung evidenzbasierter Programme erwartet werden. Dies funktioniert jedoch nur, wenn hinreichend Fachkräfte für Gesundheitsförderung auf Stufe 6 und 7 ausgebildet sind, die die Evidenz aufbereiten.

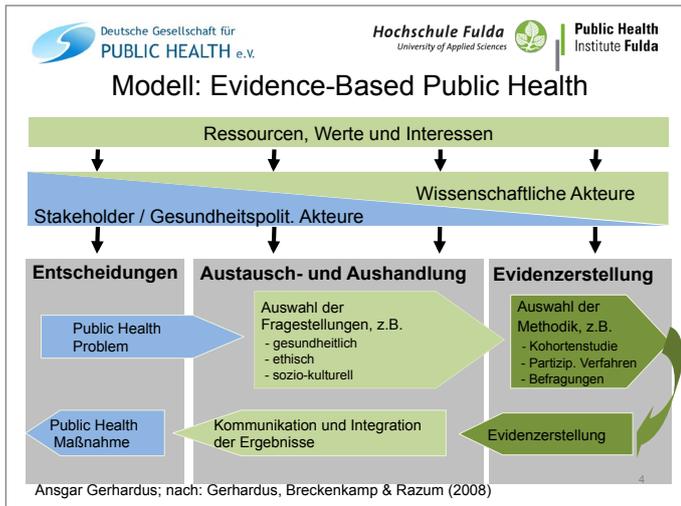


Abbildung 6: Das Modell »Evidence-Based Public Health« (Vortragsfolie mit freundlicher Erlaubnis von Prof. Dr. Ansgar Gerhardus übernommen)

Hier besteht in der Praxis jedoch noch Verbesserungsbedarf, wie die Referentin anhand des Leitfadens Prävention⁷ verdeutlichte. Denn dieser bedient – so Prof. Blättners Kritik – Mainstream-Themen, bei denen nicht immer hinreichend sozial-epidemiologisch begründet ist, warum diese und nicht andere Themen aufgegriffen werden. Weiterhin fehlen teilweise die theoretischen Grundlagen oder diese sind veraltet. Die Themen sind in der Regel zu allgemein, um Fragen nach Evidenz daraus direkt zu generieren. Darüber hinaus ist die angegebene Literatur oft veraltet und nicht von hinreichender Qualität. Hinweise auf den Grad der Absicherung der Wirksamkeit (Evidenz) fehlen vollständig. Diese Schwachpunkte zu beheben, könnte der Referentin zufolge eine mögliche Zukunftsaufgabe der BVPG sein.

Abschließend schlussfolgerte Prof. Beate Blättner, dass die Zukunft der Gesundheitsförderung Kompetenzen in der Methodik der Evidenzbasierung – sowie ihrer Kritik – bedarf. Die Grund-

⁷ GKV Spitzenverband (2010): Leitfadens Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010.

lagen dafür fehlen nicht nur in Deutschland noch weitgehend in der Forschung, in der Ausbildung, in der Konsensbildung und in der Praxis. Benötigt wird eine Kultur der systematischen Aufbereitung und Bewertung des Erkenntnisstandes, getrennt von der Bewertung medizinischer Interventionen. Die zukünftigen Fachkräfte für Gesundheitsförderung bedürfen auch aus diesem Grund einer adäquaten akademischen Ausbildung, die einen Schwerpunkt auf eine gute Methodenausbildung legt.

Referentin: Prof. Dr. Beate Blättner | Hochschule Fulda | Marquardstraße 35 | 36039 Fulda | E-Mail: Beate.Blaettner@hs-fulda.de

II.4 | Partizipative Gesundheitsförderung im Alltag: Wie geht das?

»Wir müssen Abschied vom Zielgruppenbegriff nehmen und uns stattdessen Menschenbildern widmen« – so lautete der Aufruf von Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Im Rahmen seines Vortrags widmete sich der Referent der partizipativen Gesundheitsförderung im Alltag und ging dabei der Frage nach, wie diese gelingen kann.

Einleitend problematisierte Thomas Altgeld die Sehnsucht nach einem effektiven Gesundheitsmarketing und stellte in diesem Zusammenhang die Absicht, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen mit Hilfe von Broschüren, Plakaten oder Werbespots herbeiführen zu wollen, in Frage. Denn – wie der Referent ausführte – werden bei der Themenbildung und Konzeption von Kampagnen Zielgruppen nur selten einbezogen, soziale Kontexte bleiben damit weitgehend unberücksichtigt.

Für eine gelingende Gesundheitsförderung ist hingegen eine Abkehr vom derzeit vorherrschenden Zielgruppenbegriff notwendig. Anstelle von mechanistisch geprägten Menschenbildern, die sich durch Bevormundung und Erziehung auszeichnen, ist die Einführung eines neuen Menschenbilds erforderlich, das im Sinne einer partizipativen Orientierung den Aspekt der Selbstbestimmung in den Mittelpunkt rückt. Eine zentrale Rolle spielen in diesem Zusammenhang »Verwirklichungschancen«. Dabei handelt es sich nach Amartya Sen (2000) um die Möglichkeit von Menschen, »bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen (...) für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen«. Dieser Grundsatz sollte nach Thomas Altgeld auch zum Leitbild der Gesundheitsförderung werden.

Damit dies gelingt, ist die Ausbildung professioneller Fachkräfte notwendig, die zur Stärkung einer partizipativen Orientierung beitragen. Hier besteht in Zukunft verstärkt Handlungsbedarf. Kritisch merkte der Referent weiterhin an, dass der Grad der Partizipation in der Praxis sehr unterschiedlich verstanden und umgesetzt wird. Dies illustrierte er anhand des nachfolgenden Modells von Wright et al.:



Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (M. Wright u.a., 2007)	
Stufe 9: Selbständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8: Entscheidungsmacht	
Stufe 7: Teilweise Entscheidungskompetenz	Partizipation
Stufe 6: Mitbestimmung	
Stufe 5: Einbeziehung	
Stufe 4: Anhörung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 3: Information	
Stufe 2: Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1: Instrumentalisierung	

Nachhaltige GF – AundG 3/2014
Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Abbildung 7: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Vortragsfolie Thomas Altgeld)

Während v.a. die unteren Stufen der Information und Erziehung in der Praxis Anwendung finden, bleiben die höheren Stufen, die »echte« Partizipation implizieren, zumeist unberücksichtigt.

Zu bedenken gab der Referent weiterhin, dass sich Partizipation nicht von selbst ergibt, sondern organisiert werden muss. Dazu ist ein umfassender Prozess notwendig, der bei einer Bestandsaufnahme ansetzt – hier gilt es, den Handlungsbedarf zu ermitteln und auf Grundlage einer Ursachenanalyse Maßnahmen zu entwickeln und diese schließlich auch umzusetzen. Eine fortlaufende Evaluation stellt währenddessen die Qualitätsentwicklung sicher.

Wie Partizipation verwirklicht werden kann, erläuterte Thomas Altgeld anhand des Praxisbeispiels »Gesund Leben Lernen« (GLL). Dieses ist ein Kooperationsprojekt zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Es zielt darauf ab, die »Organisation Schule« zu einer gesunden Lebenswelt für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden zu entwickeln.

Referent: **Thomas Altgeld** | Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. | Fenskeweg 2 | 30165 Hannover | E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

II.5 | Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung: Beiträge der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Einen Überblick über die Fort- und Weiterbildungsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gab Dr. Guido Nöcker, Leiter des Referats für Qualifizierung, Fortbildung und Fachpublikationen der BZgA. Exemplarisch stellte er einige Weiterbildungsangebote und zentrale Medien vor und

thematisierte dabei die strategischen Überlegungen zur nachhaltigen Implementierung von Fortbildungsangeboten.

Die Bedeutung seines Fachgebiets unterstrich der Referent anhand des Errichtungserlasses der BZgA aus dem Jahr 1967. Dieser wies der BZgA die »Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen« als eine von vier zentralen Aufgaben zu.

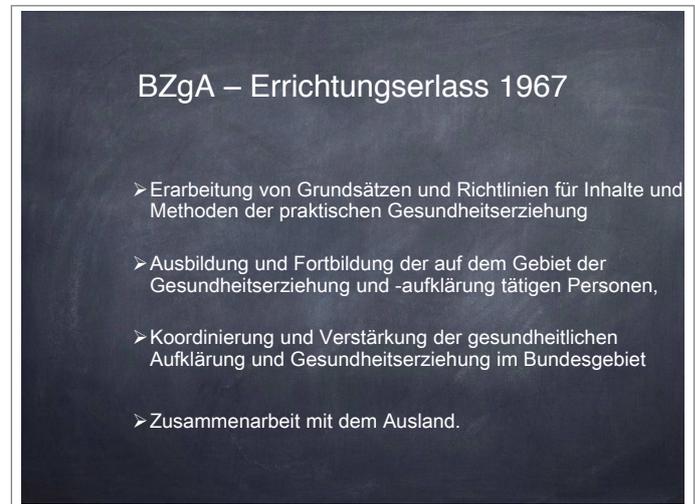


Abbildung 8: Errichtungserlass der BZgA aus dem 1967 (Vortragsfolie Dr. Guido Nöcker)

Die konkrete Ausgestaltung dieser Aufgabe hat sich in den vergangenen Jahrzehnten jedoch wesentlich gewandelt. Standen im Jahr 1967 noch eine Ausstellungsschau sowie Lehrgänge – vorrangig für medizinnahen Berufsgruppen (z. B. Krankenschwestern) – auf der Agenda, erweiterte sich das Angebotspektrum der BZgA in den nachfolgenden Jahren beständig. Seit Anfang der 1980er Jahre wurden neben internationalen Lehrgängen (Lüneburg Kurse) auch Kursangebote für ausgewählte Zielgruppen entwickelt (u.a. Stressreduktion, Raucherentwöhnung) sowie Rahmenkonzepte für unterschiedliche Träger und Veranstalter (u. a. VHS, Familienbildungsstätten) erstellt.

Einer internen Bestandserhebung aus den Jahren 2009/10 zufolge hielt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Erhebungszeitraum 20 verschiedene Fortbildungsmaßnahmen vor. Diese erstreckten sich über 861 Fortbildungstage pro Jahr und wurden von sieben Fachreferaten aus vier Abteilungen der BZgA durchgeführt. Dies erfordere – so der Referent – einen hohen Abstimmungsbedarf bzgl. der didaktischen Konzeption der Fort- und Weiterbildungen.

Auch wenn die Fort- und Weiterbildungsangebote der BZgA heute in ihrer Sichtbarkeit nach Außen weniger präsent sind, so gehören diese doch weiterhin zu den zentralen Bestandteilen der Aufklärungsarbeit insbesondere im Kontext nationaler Kampagnen (Sucht/Aids). Aufgrund des hohen Mittelbedarfs für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen wird außerhalb der großen Kampagnen die modellhafte Entwick-

lung von Programmen favorisiert. Darüber hinaus steht hier die Bereitstellung von Trainings- und Begleitmaterialien, die den Transfer in die Praxis unterstützen sollen, im Vordergrund. Mit den von der BZgA herausgegebenen Fachheftreihen und einem Lehrbuch stehen zudem Grundlagenwerke für die Weiterbildung zur Verfügung.

Fort- und Weiterbildungsangebote zur Qualifizierung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung sind dem Referenten zufolge unverzichtbare Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Vor diesem Hintergrund setzt die BZgA einen Schwerpunkt im Bereich qualitätssichernder Angebote und zielt auf ihre Übernahme und Integration in vorhandene Trägerstrukturen. Exemplarisch wurde dabei die Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) erwähnt, der Module zur Suchtvorbeugung in die Trainerausbildung von Jugend und Übungsleitern von der BZgA übernommen hat.

Abschließend verwies Dr. Guido Nöcker auf die von der Bundeszentrale herausgegebene Broschüre »Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung«, die das Ergebnis eines von der EU-Kommission unter der Federführung der IUHPE (siehe auch die Ausführungen hierzu auf Seite 4) geförderten Projektes war. Dieses fasst Kernkompetenzen und professionelle Standards der Gesundheitsförderung zusammen und stellt damit eine wichtige Grundlage für weitere mögliche bzw. notwendige Implementierungsschritte der Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung dar.

Referent: **Dr. Guido Nöcker** | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) | Ostmerheimer Straße 220 | 51109 Köln | E-Mail: guido.noecker@bzga.de

II.6 | Workshops

Im Rahmen drei paralleler Workshops zu den Bereichen »Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Allgemeinbildung«, »Gesundheitsförderung als interprofessionelle Kernkompetenz von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen« und »Gesundheitsförderung als berufliche Spezialisierung« konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Statuskonferenz an der Diskussion beteiligen. Fokussiert wurden v.a. die Settings Kita und Schule, da in diesen grundlegende Kompetenzen der Heranwachsenden ausgebildet werden; ebenso wurde der Erwachsenenbildung ein hoher Stellenwert beigemessen.

Im Plenum erfolgte im Anschluss die Vorstellung der einzelnen Diskussions-Ergebnisse durch die Leiterinnen und Leiter der jeweiligen Workshops.

A | Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Allgemeinbildung

Workshop-Leitung:

Prof. Dr. Eberhard Göpel |

Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.

Impulsbeiträge:

Prof. Dr. Christina Krause |

Georg-August-Universität Göttingen

Karina Kalinowski |

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – HAG

Protokoll:

Ann-Cathrin Hellwig |

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Nach der Begrüßung der Teilnehmenden durch Prof. Dr. Eberhard Göpel wurde der Workshop »Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Allgemeinbildung« durch zwei Impulsvorträge eröffnet. Während Prof. Dr. Christina Krause im Rahmen ihrer Präsentation den Bereich Kita/Schule beleuchtete, widmete sich Karina Kalinowski dem Themenfeld öffentliche Medien.

Impulsbeitrag zum Bereich Kita/Schule

Im ersten Teil ihres Vortrags setzte sich Prof. Christina Krause mit der Frage auseinander, wie Bildungsinstitutionen dazu beitragen können, Gesundheitsförderung zu einem Bestandteil der Allgemeinbildung zu machen. Dazu zeigte sie einleitend Hindernisse auf, die diesem Vorhaben entgegenstehen.

Neben dem zum Teil begrenzten gesundheitlichen Selbstverständnis von Lehrkräften und ErzieherInnen, sah die Referentin ein weiteres Hindernis in der Struktur des Bildungssystems. Das mehrgliedrige Schulsystem und die damit verbundene Selektion von Schülern und Schülerinnen verstärkten die Chancenungleichheit bei Bildung und Befähigung, was sich nachweislich auf die Gesundheit der Lernenden (und Lehrenden) auswirke.

Gesundheitsförderung als übergreifendes, von der Gesellschaft gewolltes und unterstütztes gemeinsames Bildungsziel verlange jedoch eine salutogene Lernumwelt mit salutogenen Strukturen, ressourcenstärkende und -schützende Anforderungen und Rückmeldungen, Sinn stiftende und Sinn machende Inhalte, Selbstbestimmung und Partizipation ermöglichende Beziehungen.

Um Gesundheitsförderung erfolgreich in Bildungsinstitutionen integrieren zu können, forderte die Referentin auf, den »salutogenetischen Blick« der Beschäftigten zu schärfen. Dazu gehören u. a. folgende Aspekte:

Der salutogenetische Blick als Fachstandard in der Kinder- und Jugendhilfe

- Blick auf die Ressourcen, auf die Stärken
- Kinder fördern statt sortieren
- Entwicklungsfortschritte ermöglichen und wahrnehmen
- Beziehungsgestaltung gesundheitsförderlich bewältigen
- Systemisch denken und handeln

Quelle: 13. Kinder- und Jugendbericht (Leitlinien)

Krause, Göttingen

Abbildung 9: Der salutogenetische Blick (Vortragsfolie Prof. Christina Krause)

Vor allem pädagogischen Fachkräften schrieb die Referentin in diesem Zusammenhang eine Schlüsselposition zu, denn diese stellen die Bezugspersonen für Kinder und Jugendliche dar. Zu klären sind jedoch Aspekte der Qualifizierung und Motivation. Ebenfalls müssen Zeit- und Unterstützungsbedarfe von Lehrkräften und Erziehenden identifiziert werden.

Abschließend setzte sich Prof. Christina Krause mit der Frage auseinander, wann Gesundheitsförderung erfolgreich sein kann und was dafür getan werden muss. Zur Beantwortung dieser Fragen zog die Referentin die Ergebnisse eines europaweiten Reviews zur Evaluation schulbasierter Interventionen (»DataPrev project«⁸) heran. Die Ergebnisse zeigen, dass Interventionen dann besonders erfolgversprechend sind, wenn sie über mehrere Jahre umgesetzt werden, wenn Programme flexibel gehandhabt werden und der salutogenetische Blick geschärft wird. Der Erfolg jeder Maßnahme hängt zudem von der Beziehung der Beteiligten zueinander ab. Diese gesundheitsförderlich zu gestalten, ist jedoch unter den gegenwärtigen schulischen Bedingungen schwierig. Qualifizierung, Training, Coaching, Supervision und andere Maßnahmen für Lehrkräfte und Erziehende sind vor diesem Hintergrund unbedingt notwendig, so Prof. Krause.

Referentin: **Prof. (i.R.) Dr. Christina Krause** | Hasenwinkel 43a | 37079 Göttingen | E-Mail: ckrause@gwdg.de

⁸ Weiterführende Informationen finden Sie unter nachfolgendem Link: <http://dataprevproject.net/>

Impulsbeitrag zum Bereich öffentliche Medien

Stellvertretend für HAG-Geschäftsführerin Susanne Wehowsky stellte Karina Kalinowski (ebenfalls Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – HAG) mit der Kampagne »Schlaf gut, Baby« eine weitere Möglichkeit zur Kompetenzentwicklung im Handlungsfeld »bürgerschaftliche Allgemeinbildung« vor. Diese wurde im Jahr 2013 entwickelt und zielt darauf ab, das Risiko des Plötzlichen Säuglingstods (SIDS) zu mindern sowie eine gesunde Entwicklung zu fördern.



Abbildung 10: Die SIDS-Kampagne »Schlaf gut, Baby« (Vortragsfolie Susanne Wehowsky)

Junge Mütter bzw. junge Eltern mit sachgerechten, emotional ansprechenden Informationen über die Risikofaktoren des Plötzlichen Säuglingstods zu informieren, ohne dabei mit dem »erhobenen Zeigefinger« zu drohen, stellt ein wichtiges Ziel der neuen Kampagne dar. Durch Flyer und den Einsatz neuer Medien werden positive und leicht verständliche Botschaften (u. a. »Legen Sie Ihr Baby zum Schlafen in Rückenlage«, »Ihr Kind braucht viel Liebe und Zuwendung«) verbreitet.

Die Innovation der Kampagne liegt der Referentin zufolge im Einsatz neuer Medien, die besonders junge Mütter/Eltern ansprechen: Ein »bildsprachlicher« Flyer ist mit einem QR-Code versehen, der – mit dem Smartphone gescannt – zu einem von vier Videoclips führt. Diese greifen die Themen »Schlafumgebung«, »Rückenlage«, »Stillen« und »Rauchfrei« auf und vermitteln der Zielgruppe Empfehlungen für einen gesunden Säuglingsschlaf. Ebenfalls Bestandteil der Kampagne ist ein Facebook-Auftritt, der – abgestimmt auf die Bedürfnisse der Zielgruppe – aktuelle Informationen bereitstellt und den Dialog ermöglicht.

Ansprechpartnerin: **Susanne Wehowsky** | HAG Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. | Repsoldstraße 4 | 20097 Hamburg | E-Mail: susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de

Diskussion

In der anschließenden Diskussion bestätigten die Teilnehmenden, dass dem Setting »Schule« eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung zukommt. Dabei muss beides im Blick sein: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche und für Lehrerinnen und Lehrer. Gesundheitsförderung spielt derzeit jedoch in der Ausbildung von Lehrkräften sowie Erzieherinnen und Erziehern keine wichtige Rolle. Zwar gibt es bereits modellhafte Ansätze in einzelnen Bundesländern; eine bundesweite Umsetzung scheiterte jedoch an den föderalen Strukturen. Um die Gesundheitskompetenzen zukünftig zu stärken, betonten die Diskussionsteilnehmerinnen die Notwendigkeit, Gesundheitsförderung als festen Bestandteil in die Ausbildung zu integrieren sowie Möglichkeiten der Weiterbildung zu schaffen.

Einigkeit herrschte weiterhin darüber, dass ein gesundheitsförderlicher Ansatz in Schulen und Kindergärten neben Lehrkräften und Erziehenden auch weitere Akteurinnen und Akteure einbeziehen muss. Ein übergreifendes Team von VertreterInnen aller Akteursgruppen (u. a. Schülerinnen und Schüler, Eltern, Küchen- und Schulpersonal) ist gefragt, um den individuellen Bedarf sowie darauf abgestimmte Lösungsmöglichkeiten einzelner Schulen bzw. Kindergärten zu identifizieren. Notwendig dafür sei jedoch ein »Kümmerer«, der diesen partizipativen Prozess anstoßen, begleiten und nachhaltig verankern muss. Den dabei benötigten Unterstützungsbedarf bereitzustellen, ist den Diskussionsteilnehmerinnen zufolge zielführender, als Schulen und Kindergärten externe Maßnahmen aufzuerlegen.

Konsens bestand ebenfalls darin, dass ein Medienmix, wie er im Rahmen der Kampagne »Schlaf gut, Baby!« eingesetzt wird, wirksam sein kann, um Botschaften nachhaltig zu vermitteln und damit zur bürgerschaftlichen Allgemeinbildung beizutragen. Denn – so waren sich die Teilnehmerinnen einig – eine Botschaft muss an mehreren Stellen auftauchen und permanent wiederholt werden, um präsent zu bleiben.

B | Gesundheitsförderung als interprofessionelle Kernkompetenz von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen

Workshop-Leitung:

Dr. Beate Grossmann |

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Impulsbeiträge:

Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke |

Evangelische Hochschule Darmstadt

Dr. Ute Zocher |

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Theodor Dierk Petzold |

Zentrum für Salutogenese, Bad Gandersheim

Protokoll:

Lisa Toczek |

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Kompetenzen von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen standen im Mittelpunkt des Workshops B. Entsprechende Impulsbeiträge lieferten Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Dr. Ute Zocher und Theodor Dierk Petzold.

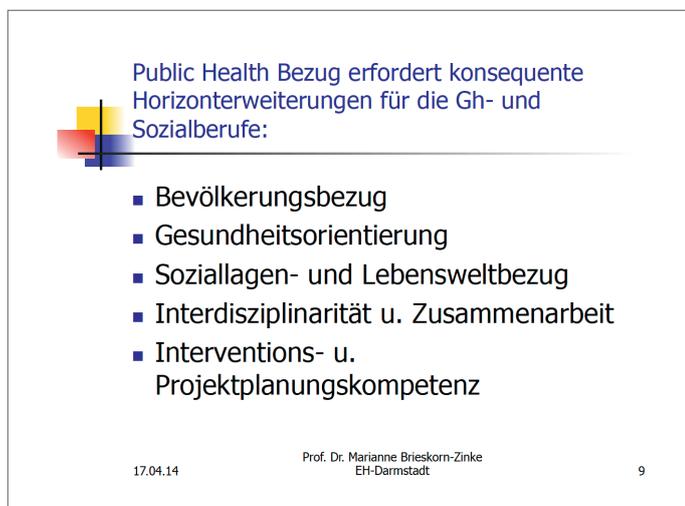
Impulsbeitrag zum Bereich Gesundheitsberufe

Eröffnet wurde der Workshop von Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Professorin an der Evangelischen Hochschule Darmstadt. Im Rahmen ihres Vortrags widmete sich die Referentin dem sich verändernden Versorgungsverständnis der Gesundheits- und Sozialberufe und setzte dabei einen Fokus auf die Pflegeberufe.

Die Referentin zeigte eingangs die Veränderungen in der Gesundheits- und Sozialversorgung und den damit verbundenen quantitativen und qualitativen Wandel der Anforderungen an die Pflegeberufe auf. Anstelle eines biomedizinisch und individuumszentrierten Versorgungsverständnisses, treten nun auf soziale Teilhabe und Unterstützungsstrukturen ausgerichtete Ansätze. Prävention und Gesundheitsförderung sind dabei in allen Phasen des Lebensalters von Bedeutung.

Einhergehend mit dieser Entwicklung ist auch ein entsprechender Wandel von der Krankenpflege zur Gesundheitspflege notwendig; dieser wird der Referentin zufolge derzeit nur teilweise erfolgreich realisiert. Zwar werden Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabengebiete in der Pflege festgeschrieben und Module zur Gesundheitsförderung als Bestandteile in viele Studiengänge integriert, jedoch fehlen bislang die praktischen Konsequenzen. Zwar sei vor allem in den Pflegeberufen das neue Versorgungsverständnis in der Ausbildung und in den Studiengängen angekommen, dennoch fehlte es an wesentlichen Strukturen, um Gesundheitsförderung praktizieren zu können.

Die Verankerung eines konsequenten Public Health-Bezugs in Theorie und Praxis ist demnach als bedeutendes Ziel für die Zukunft der Gesundheits- und Sozialberufe anzusehen. Dies erfordert eine Horizonterweiterung, die insbesondere die nachfolgenden Aspekte umfasst:



Public Health Bezug erfordert konsequente Horizonterweiterungen für die Gh- und Sozialberufe:

- Bevölkerungsbezug
- Gesundheitsorientierung
- Sozialogen- und Lebensweltbezug
- Interdisziplinarität u. Zusammenarbeit
- Interventions- u. Projektplanungskompetenz

17.04.14 Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke
EH-Darmstadt 9

Abbildung 11: Erfordernisse eines Public Health-Bezugs in Gesundheits- und Sozialberufen (Vortragsfolie Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke)

Referentin: **Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke** | Evangelische Hochschule Darmstadt | Zweifalltorweg 12 | 64293 Darmstadt | E-Mail: brieskorn-zinke@eh-darmstadt.de

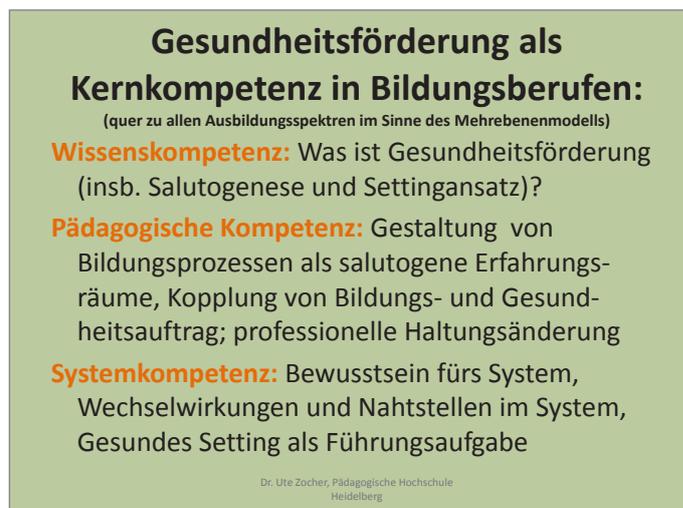
Impulsbeitrag zum Bereich Bildungsberufe

Anschließend stellte Dr. Ute Zocher, freie Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, dar, dass es sich für Bildungsberufe lohnt, von der Gesundheitsförderung zu lernen. Eingangs betonte die Referentin die Bedeutung von Salutogenese und Settingorientierung für die Gesundheitsförderung. Diese Konzepte werden jedoch in den Bildungsberufen hinsichtlich professioneller Haltung, Führungsverhalten und Praxisgestaltung viel zu wenig durchdrungen. Eine konzeptionelle Verbindung von »Bildung – Gesundheit – Institution/Setting« erfolgt kaum. Notwendig wäre die Entfaltung eines entsprechenden professionellen Rollenverständnisses in Bildungsberufen, das die Entwicklung von kohärenzfördernden Bildungsarrangements befördert und Systeme immer als Bestandteil der alltäglichen Handlungsebene mitdenkt und -lenkt. Dazu sind neue Aus- und Weiterbildungsformate notwendig.

Eine Berücksichtigung der konzeptionellen Nähe von Bildung und Gesundheit hat Dr. Ute Zocher zufolge Auswirkungen auf die strukturellen und organisatorischen Ebenen von Unterricht und Schule. Notwendig wird somit ein Reframing hinsichtlich der Themen Bildung und Gesundheit. Die bereits vorhandenen und seit vielen Jahrzehnten diskutierten und weiterentwickelten reformpädagogischen Konzepte, Praxisprojekte und

Schulmodelle sollten dazu auf ihre gesundheitsfördernden Potenziale untersucht und re-interpretiert werden. Um entsprechende Prozesse politisch zu forcieren und konzeptionell zu unterstützen, votierte die Referentin für die Einrichtung einer Kommission »Bildung und Gesundheitsförderung«.

Abschließend hob Dr. Ute Zocher hervor, dass eine solche Auseinandersetzung die Kernthemen der Bildung beflügelt und sie in einen engen Zusammenhang zu Selbstbestimmung und aktiver Teilhabe im Sinne der Gesundheitsförderung stellt. Die systemische Perspektive bereichert die Subjektorientierung und etabliert das gesundheitsfördernde Bildungssetting als konsequente Folge und/oder Vorbedingung gesundheitsfördernder Lern- und Bildungsprozesse. Folgende Kernkompetenzen sind vor diesem Hintergrund für die handelnden Akteurinnen und Akteure von besonderer Bedeutung:



Gesundheitsförderung als Kernkompetenz in Bildungsberufen:
(quer zu allen Ausbildungsspektren im Sinne des Mehrebenenmodells)

Wissenskompetenz: Was ist Gesundheitsförderung (insb. Salutogenese und Settingansatz)?

Pädagogische Kompetenz: Gestaltung von Bildungsprozessen als salutogene Erfahrungsräume, Kopplung von Bildungs- und Gesundheitsauftrag; professionelle Haltungsänderung

Systemkompetenz: Bewusstsein fürs System, Wechselwirkungen und Nahtstellen im System, Gesundes Setting als Führungsaufgabe

Dr. Ute Zocher, Pädagogische Hochschule Heidelberg

Abbildung 12: Gesundheitsförderung als Kernkompetenz in Bildungsberufen (Vortragsfolie Dr. Ute Zocher)

Referentin: **Dr. Ute Zocher** | Pädagogische Hochschule Heidelberg | Keplerstraße 87 | 69120 Heidelberg | E-Mail: ute.zocher@gmx.net

Impulsbeitrag zum Bereich Gesundheit

Theodor Dierk Petzold, Gründer und Leiter des Zentrums für Salutogenese in Bad Gandersheim, rundete den Workshop mit seinem Impulsvortrag zum Thema »Gesundheitsförderliche Kernkompetenzen« ab. Aus einem interdisziplinären Blickwinkel ging er der Frage nach, welche Kernkompetenzen notwendig sind, um Gesundheitsförderung betreiben zu können.

Als grundlegend hierfür bezeichnete der Referent eine salutogenetische Orientierung. Im Gegensatz zur pathogenetischen Sichtweise steht dabei nicht die Krankheit(-ursache) im Fokus, sondern Faktoren, die zur gesunden Entwicklung führen. Die salutogenetische Orientierung wird geprägt durch eine gesunde Selbstregulation, systemische Kontextbezogenheit sowie die Förderung von Autonomie.

Um Gesundheitsförderung durchführen zu können, wird neben einer salutogenetischen Orientierung der handelnden Akteurinnen und Akteure auch eine entsprechend gestaltete Kommunikation benötigt. Dazu bedarf es sowohl einer persönlichen Entwicklung im Hinblick auf Einstellung und Reflexionsvermögen als auch kommunikativer Kernkompetenzen. Dazu gehören:



Kommunikative Kernkompetenzen

- **Selbstwahrnehmung** (auch Motivation / Intention, Emotion und eigene Resonanz differenzieren)
- **Offenheit** für dialogische Prozesse
- Aktiv **zuhören** / offene Fragen stellen
- **Empathie** auch für attraktive Gesundheitsziele (Motivation / Intention)
- **Kooperation** in gesunder Selbstregulation (unterstützendes Begleiten mit geteilter Intentionalität)
- Persönliche **Resonanz** als Feedback mitteilen

Abbildung 13: Kommunikative Kernkompetenzen (Vortragsfolie Theodor Dierk Petzold)

Abschließend benannte der Referent Qualitätskriterien für die salutogenetische Ausrichtung von Intervention und Kommunikation. Im Fokus hierbei stehen:

- Stimmigkeit / Kohärenz,
- attraktive Gesundheitsziele,
- Ressourcen,
- Subjekt und Subjektives,
- systemische Selbstregulation, Kooperation und Kontextbezug,
- Entwicklung und Evolution, konstruktive Dynamik,
- mehrere Möglichkeiten: sowohl – als auch.

Referent: **Theodor Dierk Petzold** | Zentrum für Salutogenese und Dachverband Salutogenese | Am Mühlenteich 1 | 37581 Bad Gandersheim | E-Mail: theopezold@salutogenese-zentrum.de

Diskussion

In der anschließenden Diskussion gingen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops der Frage nach, ob die von den Vortragenden als notwendig benannten Kompetenzen zur Durchführung von Gesundheitsförderung bereits vorhanden sind. Deutlich wurde, dass der Ausprägungsgrad bestehender Kompetenzen unterschiedlich eingeschätzt wird. Während einige die Auffassung vertraten, dass Kernkompetenzen bereits vorhanden und/oder lediglich zu schärfen sind, waren andere

der Meinung, dass zwar Potenzial vorhanden sei, die notwendigen Kompetenzen jedoch erst noch geschaffen werden müssen. Diese zu erwerben, stelle eine wichtige Zukunftsaufgabe für eine gelingende Gesundheitsförderung dar.

C | Gesundheitsförderung als berufliche Spezialisierung

Workshop-Leitung:

Dr. Uwe Prümel-Philippsen |

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Impulsbeiträge:

Prof. Dr. Kerstin Baumgarten |

Hochschule Magdeburg-Stendal

Heinz Kowalski |

Kowalski-Consulting-Health

Dr. Antje Richter-Kornweitz |

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

Protokoll:

Corinna Langhans |

Alice Salomon Hochschule, Berlin

Impulsbeitrag zum Bereich Individuelle Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Kerstin Baumgarten von der Hochschule Magdeburg-Stendal nahm zunächst eine Verortung des Themas mit Bezug auf die Inhalte der Ottawa-Charta vor und zeigte die Verbindungen des Handlungsfeldes »Individuelle Gesundheitsförderung« zu ähnlich gelagerten anderen Handlungsfeldern auf.

Als wichtigste Ziele der Förderung der Gesundheit von Individuen und Gruppen benannte Frau Baumgarten

- die Stärkung der Gesundheitsressourcen,
- die nachhaltige Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten,
- die Entwicklung und Stärkung von Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) sowie
- die Vernetzung von Strukturen und Angeboten.

Als Dilemma hierbei erweist sich die Vielfalt der Akteure mit jeweils unterschiedlichen Denk-Logiken. Von der klassischen Medizin über die Psychologie, die Sportwissenschaften, die Ökotrophologie, die Pädagogik und die Gesundheitswissenschaften etc. entwickeln sich unterschiedliche Ansätze und Bezugspunkte in der Gesundheitsförderung. Wichtig ist es daher, auf bereits vorhandene und breit anerkannte Bezugskonzepte zurückzugreifen bzw. neue in diese zu integrieren.

Solche Bezugskonzepte sind z. B.: die Determinanten von Gesundheit (Lebensweltorientierung), die Salutogenese-Flussmetapher (Health in the River of Life), die zentralen Strategien des Settingansatzes, die Good Practice-Kriterien in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sowie der Public Health Action Cycle – diese Konzepte bilden laut Baumgarten die Wissensbasis für die individuelle Gesundheitsförderung.

Von dieser Wissensbasis her lässt sich nun auch ein Kompetenzprofil für den Bereich der individuellen Gesundheitsförderung gewinnen, wobei der Kompetenzbegriff aufgegliedert werden muss in Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten) und in personale Kompetenz (Sozial- und Selbstkompetenz), die beide wiederum in Handlungskompetenz (im beruflichen Kontext) einmünden.

Ein ähnliches Profil erkannte Baumgarten im CompHP-Rahmenkonzept, welches als Kernkompetenzen »ethische Werte«, »Kenntnisse der Gesundheitsförderung«, »Kommunikation« sowie – im Sinne der beruflichen Handlungskompetenz – die »Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen« aufführt (siehe dazu auch Seite 4).

Neben einem Tableau konkreter Wissensbausteine, die aus den o. e. Wissenskonzepten erwachsen, fasste Baumgarten die Kompetenzen, über die professionelle Akteure in der Gesundheitsförderung verfügen sollten, wie folgt zusammen:

7. Kompetenzen im Bereich der Individuellen GF Kompetenzen – Professionelle Akteure verfügen über:	
Fachkompetenz	Personale Kompetenz
Bedarfsermittlungskompetenzen	Sozialkompetenzen
Planungs- und Konzeptentwicklungskompetenzen	Kommunikations- und Beratungskompetenzen
Fachkompetenzen im Themenfeld	Selbstwahrnehmungs- und Selbstreflektionskompetenzen
Methodenkompetenzen	Präsentationskompetenz
Vernetzungskompetenzen	Interkulturelle Kompetenzen
Dokumentations- und Evaluationskompetenzen	Motivationskompetenzen
	Kooperationskompetenzen

Abbildung 14: Kompetenzen im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung (Vortragsfolie Prof. Dr. Kerstin Baumgarten)

Als Fazit formulierte Frau Prof. Baumgarten vier wichtige Zukunftsaufgaben:

1. die Wissensbausteine und Kompetenzprofile der Gesundheitsförderung sollten curricular verankert sein und in den Ausbildungskonzepten und Modulhandbüchern verankert werden;
2. ein Kerncurriculum für den Bereich der individuellen Gesundheitsförderung sollte erstellt werden;

3. eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Kompetenzprofile und der Abgleich mit den Anforderungen der Berufspraxis sind erforderlich;
4. eine Zertifizierung von professionellen Akteuren im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung ist wünschenswert.

Referentin: **Prof. Dr. Kerstin Baumgarten** | Hochschule Magdeburg-Stendal | Breitscheidstraße 2 | 39114 Magdeburg | E-Mail: kerstin.baumgarten@hs-magdeburg.de

Impulsbeitrag zum Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung

Heinz Kowalski (Kowalski-Consulting-Health) führte in den »Wachstumsmarkt Betriebliche Gesundheitsförderung/Betriebliches Gesundheitsmanagement« mit seinen unterschiedlichen Marktteilnehmern (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Werks- und Betriebsärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, private andere Anbieter und Organisationen) ein und machte deutlich, dass es sich beim Berufsbild BGF/BGM-Berater/-Beraterin nicht um einen eigenständigen Ausbildungsberuf, sondern um eine Vielfalt spezieller Ausbildungsberufe handelt (vor allem der Fachbereiche Sportwissenschaft, Ernährungsberatung, Psychologie, Medizin), die sich mit ihren jeweils unterschiedlichen Kompetenzen nun auf den Handlungsbereich BGF konzentrieren.

Eine gewisse Strukturierung hierfür gibt derzeit lediglich der »Leitfaden Prävention« des GKV-Spitzenverbandes vor, der bzgl. der Umsetzung von Maßnahmen gemäß §§ 20 und 20a SGB V eine Reihe von Anbieterqualifikationen und ggfs. begleitender Zusatzqualifikationen einfordert.

Das Feld der Leistungsanbieter in einem fast unüberschaubaren Themenfeld (Gesundheit, Ergonomie, Demografie, Motivation, Stress, Burn-Out, Sucht, Neuroenhancement, Resilienz, Gute Arbeit, Führung, psychosoziale Beratung, Kommunikation, Rehabilitation, Return on Investment etc.) oszilliert somit zwischen dem Hyper-Berater/der Hyper-Beraterin (letztlich eher ein »Universal-Dilettant«) und dem Spezialisten/der Spezialistin (»nichts von allem, alles von nichts«).

Erforderlich ist mithin zukünftig eine ausgewogene Kombination von Grund- und Spezialkompetenzen. Zur Grundkompetenz in der BGF-/BGM-Beratung zählen vor allem die Beherrschung einschlägiger Instrumente und Methoden der Beratung sowie die Fähigkeit zur internen wie externen Netzwerkarbeit – Spezialkompetenzen sind bei speziellen Aufgaben gefordert (wie z. B. bzgl. Fragen der Ernährung, der Ergonomie, der Psychologie etc.).

Darüber hinaus sind beim Einsatz in der Praxis der BGF stets Teams vonnöten – eine Mischung von (weiblichen und männlichen) Betriebswirten, Sozialwirten, Sozialversicherungsfachangestellten, Dipl.-Sportlehrern, Ernährungsberatern, Sozialpädagogen, Gesundheitswissenschaftlern und sogar Geographen sind durchaus kein Einzelfall.

Der Vielfalt im Feld entsprechend, fallen auch die Forderungen bzw. Vorschläge von Heinz Kowalski mehrdimensional aus:

Forderungen/Vorschläge

- ✓ **Gesundheit ist ein hohes Gut, Prävention ebenso – deshalb sind Professionalität und Qualität gefordert**
- ✓ **BGF-Projekte der Krankenkassen dürfen keine reinen Vertriebsprojekte werden**
- ✓ **BGM-Kompetenz (wie zu erwerben, wie zu bescheinigen, Audits, Zertifizierungen, Transparenz ...?)**
- ✓ **Überarbeitung des GKV-Leitfadens**
- ✓ **Neues Berufsbild / neuer Studiengang**
- ✓ **den Markt entscheiden lassen?**



Abbildung 15: Forderungen im Bereich der Kompetenzentwicklung (Vortragsfolie Heinz Kowalski)

Eine Alternative zu mehr Systematik und Strukturierung »von oben« könnte dem Referenten zufolge auch sein, es dem Markt zu überlassen, wie das Handlungsfeld sich weiter entwickelt.

Referent: **Heinz Kowalski** | Kowalski-Consulting-Health | Wallstraße 16 | 51702 Bergneustadt | E-Mail: kowalski@koco-health.de

Impulsbeitrag zum Bereich Kommunale Gesundheitsförderung

Der dritte und letzte Impulsvortrag von Frau Dr. Richter-Kornweitz (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.) hob die Bedeutung der Gesundheitsförderung »vor Ort«, also im kommunalen Raum, hervor – dort, wo die Grundlagen für ein gesundes Aufwachsen einerseits, später aber auch für ein selbstbestimmtes Leben im Alter gelegt werden.

Entsprechend sind die Ziele der kommunalen Gesundheitsförderung zu definieren. Diese umfassen u.a. die Verbesserung der Lebensbedingungen in den relevanten Settings, den niedrigrschwelligem Zugang aller BewohnerInnen zu gesundheitsrelevanten Angeboten sowie ihre Teilhabe am sozialen Leben.

Hieraus leiten sich bereits bestimmte Anforderungen an die in der Gesundheitsförderung Tätigen vor Ort ab:

- sozialogensensibles und inklusives Denken und Handeln mit dem Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern,
- Kenntnis der (kleinräumigen) kommunalen Daten und Fakten, um die allgemeine kommunale Situation gut zu kennen, zu verstehen und einzuordnen,

- Zusammenarbeit aller Aktiven aus den relevanten Bereichen (Gesundheit, Soziales, Bildung, Jugend, Stadtteil, Umwelt etc.) sowie Ermöglichung der Beteiligung der Bevölkerung an dieser Arbeit,
- Kenntnis von Konzepten und Kriterien zur Sicherung der Qualität kommunaler Gesundheitsförderung.

Auch Dr. Richter-Kornweitz unterschied zwischen Fachkompetenzen und personalen Kompetenzen, deren adäquates Zusammenspiel erst eine qualitativ hochwertige kommunale Gesundheitsförderung ausmacht.

Im einzelnen wurden u.a. die folgenden Beispiele hierfür aufgeführt:



Fachkompetenzen Wissen und Fertigkeiten

- Fachspezifische Kenntnisse der Gesundheitswissenschaften sowie Kenntnisse aus benachbarten Fachgebieten wie Entwicklungspsychologie, Medizin, Soziologie, (Sozial-) Pädagogik
- Kenntnisse kommunaler Strukturen, Akteure und Settings
- Kenntnisse der kommunalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung
- Besonderheiten der Gesundheitsförderung in spezifischen Settings (Kita, Schule, Stadtteil,...)
- Kenntnis der Gesundheitspotenziale bzw. speziellen Gesundheitsrisiken spez. Bevölkerungsgruppen (wie Kinder, Erwerbslose, Ältere)
- Vertiefte und kontinuierlich aufgefrischte Methodenkenntnisse z.B. zur Aktivierung, Beteiligung, Vernetzung, in der Moderation

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


Abbildung 16: Fachkompetenzen (Vortragsfolie Dr. Antje Richter-Kornweitz)



Personale Kompetenzen Sozialkompetenz und Selbstkompetenz

- Empathie
- prosoziales Verhalten
- soziale Verantwortung/Respekt
- Team- und Führungsfähigkeit
- sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- Eigenständigkeit/Verantwortung
- situationsgerechte Selbstdarstellung
- (Selbst-)Reflexionsbereitschaft
- ...

Über kognitive, emotionale und motorische Verhaltensweisen verfügen, die es erlauben, soziale Situationen langfristig günstig zu beeinflussen

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


Abbildung 17: Personale Kompetenzen (Vortragsfolie Dr. Antje Richter-Kornweitz)

Den Einsatz entsprechend qualifizierter Fachkräfte veranschaulichte Dr. Antje Richter-Kornweitz abschließend an drei praktischen Beispielen:

- der Partizipation in einer Kindertagesstätte in Langenhagen bei Hannover,
- einer integrierten kommunalen Strategie zur Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und Familien (»Präventionskette«) und
- einer integrierten kommunalen Strategie zur Gesundheitsförderung bei Älteren.

Ein komprimiertes Fazit für gelingende kommunale Gesundheitsförderung könnte mithin sein: auf der Basis umfassenden Wissens Strukturen schaffen und Beziehungen stiften zu können.

Referentin: **Dr. Antje Richter-Kornweitz** | Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. | Fenskeweg 2 | 30165 Hannover | E-Mail: antje.richter@gesundheitsnds.de

Diskussion

In der Diskussion der drei Impulsbeiträge wurden in der Hauptsache drei Aspekte hervorgehoben:

Erstens: Warum geht die Gesundheitsförderung eigentlich von speziellen Kompetenzen aus? Sind die hier angeführten Kompetenzen nicht grundsätzlich bei allen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialberufen erforderlich?

Je mehr von den Details der einzelnen notwendigen Wissens-elemente und der fachlichen wie personalen »Kernkompetenzen« abstrahiert wird, desto eher ähneln sie in der Tat denen anderer Berufs- oder Fachgruppen. Allerdings müssen die (insbesondere von Frau Prof. Baumgarten) aufgeführten besonderen »Bezugskonzepte« beachtet werden, die sich zu großen Teilen dann schon von denen anderer Professionen unterscheiden.

Zweitens: Sind die Bemühungen um eine standardisierte Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung nicht am Ende vielleicht überzogen und sogar kontraproduktiv?

Dieser Gedanke hängt zusammen mit der These, die personalen Kompetenzen seien im Prinzip ausschlaggebend für qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung – insbesondere die Prozesse der Partizipation als »Beziehungsprozesse« stünden (selbst bei strukturbildenden Maßnahmen) deutlich im Vordergrund. Die Problematik objektiver Messbarkeit personaler Kompetenzen erschwert jedoch den Nachweis dieser These erheblich und rechtfertigt dadurch implizit die aufgezeigten Standardisierungsbemühungen. Im übrigen wird in der Diskussion darauf hingewiesen, dass von jeher die Ausbildung nicht das »learning by doing« ersetzen kann.

Drittens: Sind Zertifizierungen die Krönungen der aufgezeigten Qualifizierungsprozesse?

In dieser Frage herrschte keine Einigkeit. Zum einen sind derzeit (vgl. das Beispiel des o.a. »Leitfadens Prävention«) besondere fachliche Erfordernisse nur durch entsprechende Nachweise von Sonder- oder Zusatzqualifikationen zu verifizieren, zum anderen herrscht auch zunehmende Irritation bei der Frage nach der Legitimation entsprechender Zertifizierungsinstanzen (»Wer zertifiziert die Zertifizierer?«). Die Bedeutung standardisierter Qualifikationsnachweise in einem zwar zusammenwachsenden, aber eben auch im Wettbewerb stehenden europäischen und internationalen »Gesundheitsmarkt« wird weitgehend anerkannt – allerdings mehren sich wohl auch Stimmen, in Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung mehr Gelassenheit an den Tag zu legen.

II.7 | Zusammenfassung

Das Ziel der Konferenz, einen gemeinsamen professionsübergreifenden Diskurs darüber zu führen, welche Kompetenzen die Akteurinnen und Akteure benötigen und welcher Qualifizierungsbedarf besteht, kann als erreicht gelten.

Zur Frage »Welche Kompetenz braucht die Gesundheitsförderung?« machte eine Reihe von Vorträgen deutlich, dass ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, das über die biomedizinische Perspektive hinausgeht, unabdingbar ist. Es gilt, den Blick auf Stärken und Ressourcen zu richten sowie Beziehungen gesundheitsförderlich zu gestalten. Bisher jedoch wird das Konzept der Gesundheitsförderung – so der Tenor der Vortragenden – noch zu wenig durchdrungen. Eine konzeptionelle Verbindung – beispielsweise mit den Settings Schule oder Kita – erfolgt kaum.

Weiterhin hoben einige Vortragende hervor, dass es einer Differenzierung zwischen Fachkompetenzen (Wissen und Fertigkeiten) und personalen Kompetenzen (Sozial- und Selbstkompetenz) bedarf. Denn erst das Zusammenspiel beider macht eine qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung aus.

Die am Nachmittag durchgeführten Workshops gaben erste Hinweise auf die Frage »In welchen Bereichen besteht welcher Qualifizierungsbedarf?«

Vor allem die Settings Schule und Kita wurden in den Blick genommen, denn hier werden grundlegende Kompetenzen der Heranwachsenden ausgebildet. Die Notwendigkeit zur Kompetenzentwicklung wird insbesondere bei Lehrkräften und ErzieherInnen wahrgenommen, denn diese sind maßgeblich an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen im jeweiligen Setting beteiligt.

Entwicklungsbedarf besteht weiterhin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung professioneller Akteurinnen und Akteure. Hier gilt es, Aspekte der Kompetenzentwicklung in berufliche Aus-

bildungspläne und Modulhandbücher zu integrieren, um die persönliche Kompetenzentwicklung voranzutreiben. Darüber hinaus ist die Erstellung eines Kerncurriculums für den Bereich der individuellen Gesundheitsförderung wünschenswert – dieses schließt jedoch eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Kompetenzprofile und einen Abgleich mit den Anforderungen der Berufspraxis ein.

Denkbar wäre auch eine Zertifizierung von professionellen Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung. Fallstricke ergeben sich hier jedoch aus der Legitimation entsprechender Zertifizierungsinstanzen und aus der Problematik der objektiven Messbarkeit v.a. personaler Kompetenzen. Nicht beantwortet wurde hingegen die Frage, was als nächstes konkret getan werden soll und wie dem aufgezeigten Bedarf an Weiterentwicklungserfordernissen nachgekommen werden könnte. Voraussetzungen dafür wären, den Bereich der Gesundheitsförderung im Hinblick auf »Kompetenzentwicklung« systematischer zu »vermessen«, zentrale Stakeholder zu eruieren und Verantwortlichkeiten zu identifizieren.

Erst auf einer solchen Grundlage wäre es dann auch möglich zu bestimmen, welche Aufgabe die BVPG dabei übernehmen könnte.

III | Teilnehmende Organisationen

- AHAB-Akademie GmbH
- Alice Salomon Hochschule Berlin
- AWO Bundesverband e.V.
- BARMER GEK
- Berufsverband der Präventologen e.V.
- Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.
- Berufsverband GESUNDHEITSFÖRDERUNG e.V.
- Berufsverband Oecotrophologie e.V.
- Berufsverband Integrative Gesundheitsförderung e.V.
- Bundesärztekammer
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz

- Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Mettmann e.V.
- Evangelische Fachhochschule Darmstadt
- Fachhochschule Fulda
- Freie Gesundheitsberufe e.V.
- Georg-August-Universität Göttingen
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.
- Hochschule Magdeburg-Stendal
- Hochschulen für Gesundheit e.V.
- Kowalski-Consulting-Health
- Kuratorium Knochengesundheit e.V.
- LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- Pädagogische Hochschule Heidelberg
- SRH FernHochschule Riedlingen
- Verband der Ersatzkassen e.V.
- Verband Physikalische Therapie e.V.
LG Berlin/Brandenburg
- Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe e.V.
- Zentrum für Salutogenese, Bad Gandersheim

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Redaktionelle Bearbeitung: Ann-Cathrin Hellwig

© 2014 Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.