

# „Werd‘ aktiv, bleib‘ gesund“

Gesundheitsförderung für bildungsbenachteiligte Zielgruppen  
**PROJEKTHANDBUCH**

Mag.<sup>a</sup> Beate Gfrerer | Sylvia Ladin, B.A. | Mag.<sup>a</sup> (FH) Gloria Sagmeister

## **„Werd' aktiv, bleib' gesund“**

Gesundheitsförderung für bildungsbenachteiligte Zielgruppen

### **PROJEKTHANDBUCH**

Mag.<sup>a</sup> Beate Gfrerer

Sylvia Ladin, B.A.

Mag.<sup>a</sup> (FH) Gloria Sagmeister

Fotos: pixabay.com, pixelio.de



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR GESUNDHEIT

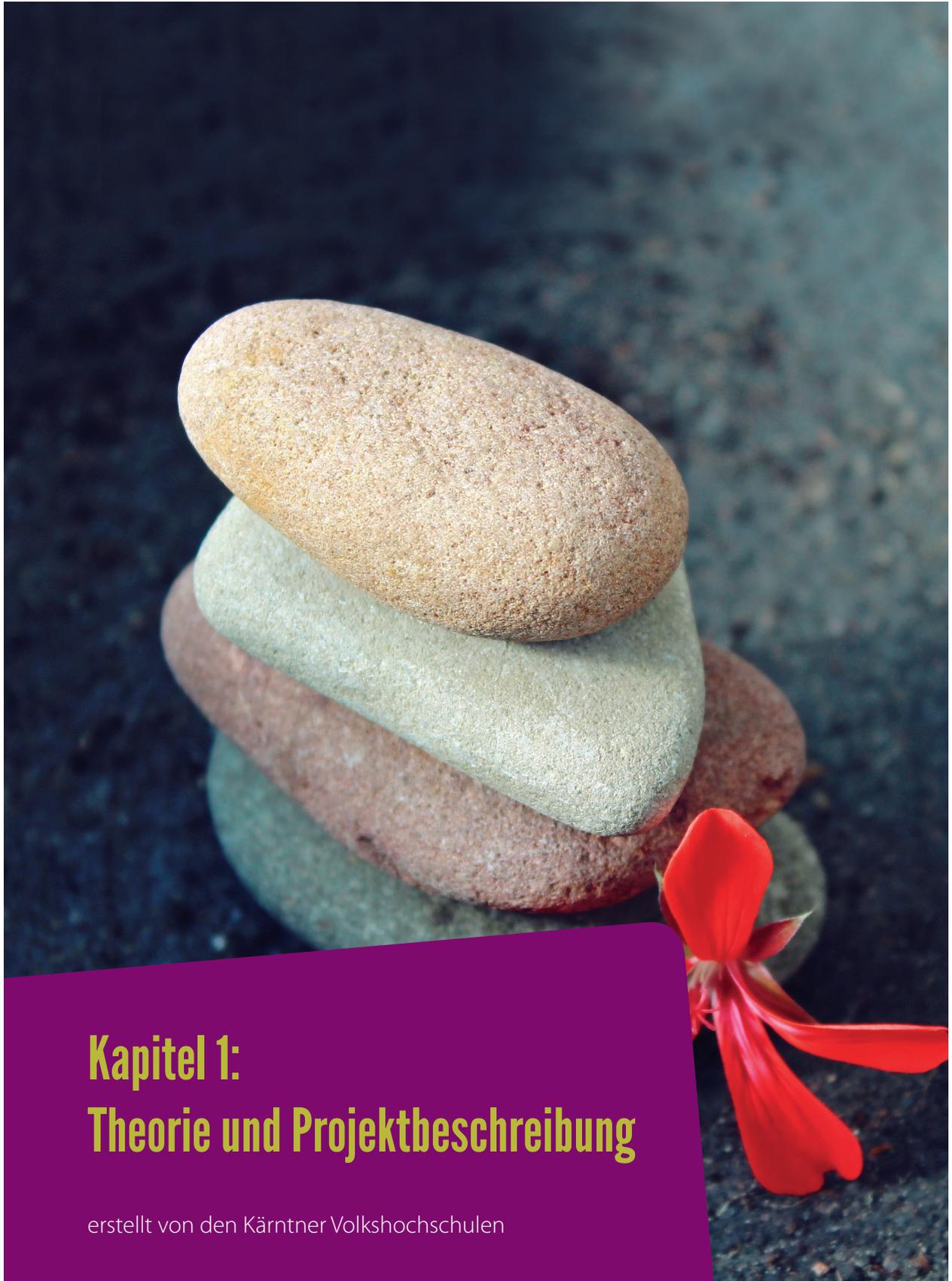
Gesundheit Österreich  
GmbH ●●●



Fonds Gesundes  
Österreich

LAND  KÄRNTEN

Das Projekt „Werd' aktiv, bleib' gesund“ wird gefördert aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich und des Landes Kärnten.



# Kapitel 1: Theorie und Projektbeschreibung

erstellt von den Kärntner Volkshochschulen

## Inhalt

1.1. Einleitung .....	5
1.2. Basisbildung und Gesundheit .....	5
1.3. Gesundheitsförderung .....	6
1.4. Gesundheitskompetenz im Kontext Bildungsbenachteiligung .....	8
1.5. Zielgruppen .....	8
1.6. Modellprojekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz .....	9
1.7. Resümee Modellprojekte .....	10
1.8. Werd aktiv-bleib gesund (Entstehungsgeschichte) .....	10
1.9. Zielsetzungen im Projekt .....	11
1.10. Die Projektumsetzung .....	12
1.11. Teilnehmendenakquise und -struktur .....	12
1.12. Evaluation – Instrumente, Verfahren, Ergebnisse .....	13
1.13. Unsere „Learnings“ .....	15
Literatur .....	16

## 1.1. Einleitung

In Kärnten leben ca. 63.000 Erwachsene, die Probleme mit dem Lesen, Schreiben, Rechnen oder dem Umgang mit Kommunikations- und Informationstechnologien (PC, Smartphone, Bankomat) aufweisen. Neben Einschränkungen im Privat- und Berufsleben, wirkt sich die mangelnde Basisbildung auch auf die Gesundheit der Betroffenen aus. Dies zeigen zahlreiche Fallgeschichten von Teilnehmenden in Basisbildungs- und Pflichtschulabschlusskursen.

Durch ein umfassendes Bildungsangebot mit dem Schwerpunkt Gesundheit sollte die Gesundheitskompetenz von rund 90 Teilnehmenden, insbesondere Menschen mit Basisbildungsdefiziten, Personen mit Migrationserfahrung und sozial und ökonomisch benachteiligten Menschen gefördert werden. Am Ende des Projekts nahmen rund 250 Personen am Projekt teil, erhielten dadurch Sicherheit, sich im österreichischen Gesundheitssystem zurechtzufinden und stellten die eigene Gesundheit wieder in den Mittelpunkt. Die Ergänzung von Gesundheitsthemen in der Basisbildung hat sich als sinnstiftend erwiesen. Doch wo liegt der Zusammenhang zwischen Basisbildung und Gesundheitskompetenz?

## 1.2. Basisbildung und Gesundheit

Basisbildung umfasst die Schlüsselkompetenzen Lesen, Schreiben, Alltagsmathematik, Sprachkompetenz, den Umgang mit neuen Technologien sowie Lernen lernen. Eine zufriedenstellende Partizipation am beruflichen, sozialen und kulturellen Leben wird durch ausreichende Basisbildung ermöglicht.<sup>1</sup>

Laut der PIAAC – Studie der OECD verfügen in Österreich 17,1% der Gesamtbevölkerung, das sind 960.000 Menschen, im Alter von 15 bis 65 Jahren über keine bzw. niedrige Lesekompetenzen. Das bedeutet, dass sie nicht in der Lage sind kurze Texte zu lesen und den Sinn dieser zu erfassen. Sie sind dadurch in Beruf und Alltag benachteiligt und stark gefährdet von Arbeitslosigkeit, Armut und gesundheitlichen Problemen betroffen zu sein.<sup>2</sup>

Zahlreiche weiterführende Studienergebnisse zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status, niedriger Schriftsprachkompetenz und einem höheren Gesundheitsrisiko besteht.<sup>3</sup> Dies ist darin begründet, dass bildungsbenachteiligte Zielgruppen Schwierig-

1 vgl. zentrale Beratungsstelle für Basisbildung und Alphabetisierung o.J.: o.S.

2 vgl. Statistik Austria o.J.: o.S.

3 vgl. Pochobradsky et.al. 2002: 15

keiten haben, gesundheitsbezogene Informationen zu erhalten und diese zu verstehen. Das Lesen des Beipackzettels wird zur unüberwindbaren Hürde, was wiederum zu einer falschen Verwendung von Medikamenten führen kann. Bereits das Aufsuchen von Gesundheitsanbieterorganisationen erfolgt selten oder gar nicht, da die eigene Gesundheit nicht im Mittelpunkt steht und der Zugang durch eine niedrigere Schriftsprachkompetenz erschwert ist.<sup>4</sup>

Die Ergebnisse des European Health Literacy Survey (HLS-EU) zeigen für Österreich ein markantes Ergebnis. 16,7% der Österreicher\_innen weisen eine mangelnde Gesundheitskompetenz auf.<sup>5</sup> Sie sind somit nicht in der Lage Anweisungen des Gesundheitspersonals zu verstehen und Aktivitäten zu setzen, die zur Förderung ihrer Gesundheit beitragen.

### 1.3. Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“<sup>6</sup> So lautet die Definition für Gesundheitsförderung in der Ottawa Charta von 1986. Die erarbeiteten drei Kernstrategien „Health in all policies“, die Stärkung und Befähigung von Menschen zur Nutzung und Erweiterung existenter Gesundheitspotenziale und die Verknüpfung verschiedener gesellschaftlicher Handlungsfelder und deren Professionen prägen nach wie vor die Arbeit in der Gesundheitsförderung.<sup>7</sup>

Speziell in der Praxis werden „verhaltensorientierte“ oder „verhältnisorientierte“ Ansätze der Gesundheitsförderung angewendet. Die Erweiterung des Wissens über gesundheitsfördernde Faktoren ist Teil der Arbeit. Es geht darum, bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, um eine gesundheitliche Chancengleichheit zu erwirken.

In ihrem Modell haben Mielck und Helmert bereits 1998 soziale und gesundheitliche Ungleichheit skizziert. Als soziale Ungleichheiten wurden die Dimensionen Bildung, Macht, Geld und Prestige herangezogen, die sich auf Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen (z.B.: Arbeit, Bewältigung von Belastungen, Zugänglichkeit zu gesundheitlicher Versorgung) und langfristig auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten auswirken.<sup>8</sup>

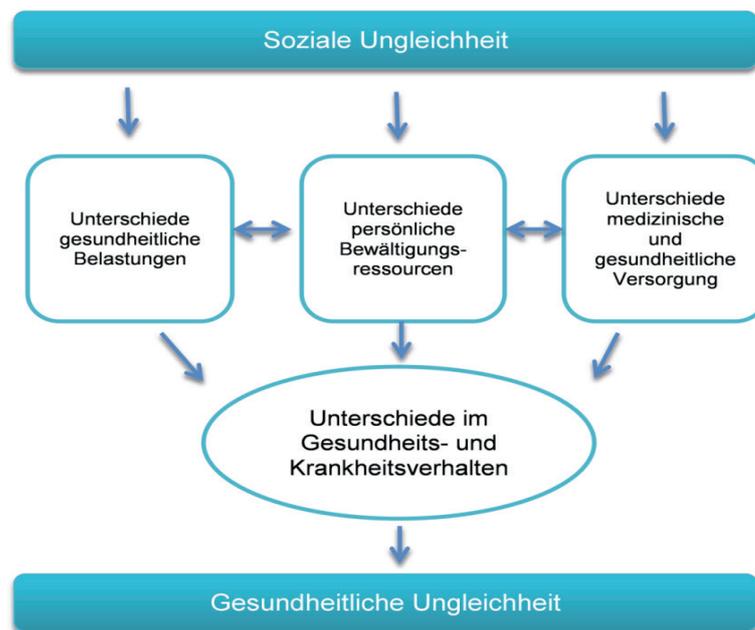
4 vgl. Rath et. al. 2004: 147 ff

5 vgl. Pelikan 2012: 26

6 Weltgesundheitsorganisation 1986: o.S.

7 vgl. Baric/ Conrad 1999: 10

8 vgl. Mielck/ Helmert, 1998: 531



Nach Mielck und Helmert 1998, S. 531.

Weiters stehen auch das Sichtbarmachen bestehender Gesundheitspotenziale und deren Anwendung im Mittelpunkt. Um den Zugang zur eigenen Gesundheit und zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, braucht es ein Bewusstsein über die eigenen Bedürfnisse. Somit stehen Befähigung und Ermöglichung im Fokus der Gesundheitsförderung.

Für die WHO zählen Empowerment und die Beteiligung von Bürger\_innen zu den zentralen Werten und Grundsätzen der Gesundheitsförderung, die zu den Aktivitäten von Gesundheits- und Sozialdienstleistern zählen müssen.<sup>9</sup>

Gesundheitsförderung kann nur dann optimal gelingen, wenn Menschen in ihren Lebenswelten abgeholt werden bzw. diese in bereits vorhandenen sozialen Gefügen passiert. Ein partizipativer aufsuchender Ansatz hat sich in der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit Bildungsbenachteiligung bewährt und zeigt auch im Rahmen des Projekts „Werd aktiv, bleib gesund“ positive Auswirkungen.

<sup>9</sup> vgl. Naidoo/ Wills 2003: 83ff

## 1.4. Gesundheitskompetenz im Kontext Bildungsbenachteiligung

Bildung ist eine wichtige Ressource für Gesundheitskompetenz. Sie spielt eine entscheidende Rolle für Ausprägung und Stabilisierung einer gesundheitsfördernden Lebensweise. Dafür entscheidend sind Einstellungen und Überzeugungen, die sich im Bildungsprozess schon früh entwickeln.<sup>10</sup>

Gesundheitskompetenz wird nach Sorensen wie folgt definiert:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um die im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“<sup>11</sup>

Es zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweist. Betroffene haben Schwierigkeiten beim Zugang, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Meist geht eine schlechte Gesundheitskompetenz mit körperlichen und psychischen Problemen einher. Weiter zeigt sich, dass mangelnde Gesundheitskompetenz häufig mit einem niedrigen Bildungsniveau und Migrationserfahrung auftritt.<sup>12</sup>

Die Kärntner Volkshochschulen unterstützen mit dem Projekt „Werd aktiv, bleib gesund“ die Umsetzung des Österreichischen Rahmen-Gesundheitsziels (R-GZ) 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ indem Gesundheitsworkshops für bildungsbenachteiligte Zielgruppen entwickelt, geplant und umgesetzt wurden.

## 1.5. Zielgruppen

Die Zielgruppen im Projekt sind Menschen mit Basisbildungsbedarf, Menschen mit Migrationserfahrung und sozial und ökonomisch benachteiligte Menschen (unabhängig von Alter und Geschlecht).

Es zeigt sich, dass Menschen mit Basisbildungsbedarf seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, öfter Notfalleinrichtungen in Anspruch nehmen, ihre Verweildauer in stationären Kranken-

10 vgl. Lampert/ Saß/ Häfelinger/ Ziese 2005: 37

11 Sorensen et al. 2012: 80

12 vgl. Jordan/ Töppich 2015: 921f

hauseinrichtungen länger ist, sie generell einen schlechteren Gesundheitszustand haben (subjektiv) und ein höheres Erkrankungsrisiko für 15 verschiedene Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes, Asthma, Migräne und Epilepsie aufweisen.

Menschen mit Migrationserfahrung zeigen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung besondere Gesundheitsrisiken. Sie gelten als „hard-to-reach“-Gruppe, definieren sich durch erhöhte Zugangsbarrieren und ein verringertes Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Vorsorgemaßnahmen. Weitere Barrieren entstehen durch mangelnde Sprachkenntnisse, fehlende Gesundheitskompetenz und kulturelle Konzepte.

Sozial und ökonomisch benachteiligte Personen weisen mehr gesundheitliche Probleme auf, nehmen das Gesundheitssystem öfter in Anspruch, konsultieren seltener Fachärztinnen und Fachärzte, ihnen werden kostengünstigere Arzneimittel verschrieben und sie nutzen Vorsorgeleistungen weniger oft.<sup>13</sup>

Diese Tatsachen haben auch andere Non-Profit-Organisationen im europäischen Raum dazu bewogen, die Gesundheitskompetenz von bildungsbenachteiligten Zielgruppen zu stärken.

## 1.6. Modellprojekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz

In unterschiedlichen Modellprojekten stand die Förderung der Gesundheitskompetenz im Mittelpunkt. Dazu zählen u.a. das Projekt Alphabetisierung – Basisbildung – Gesundheit, das Projekt GEKONA, das Projekt FITZU und das Projekt Alphabetisierung und Bildung.

### **Alphabetisierung – Basisbildung – Gesundheit (Volkshochschule Bielefeld):**

Die Gesundheitskompetenz bildungsbenachteiligter Personen wurde in dreisemestrigen Kursen mit Hilfe von Unterrichtsmaterialien zum Lesen und Verstehen von Beipackzetteln oder zum Thema Brustkrebs und Mammographie, einem Gesundheitslexikon, Entspannungsübungen, etc. gestärkt.<sup>14</sup>

### **Projekt „Gesundheit kommt nachhause“ (GEKONA) und Projekt „Gemeinsam fit in die Zukunft (FITZU):**

Beide Projekte sollten die Gesundheitskompetenz und das Wohlbefinden erhöhen. Auch die gesundheitliche Chancengleichheit sollte gefördert werden. Zielgruppe waren sozioökonomisch benachteiligte Migrantinnen und ihre Familien. Beim Projekt GEKONA wurde mit einem Gesundheitskoffer gearbeitet. Dieser beinhaltete illustrierte Bilderbücher, in denen Gesundheitsthemen in Geschichten aufgearbeitet und dazugehörige Informationsblätter zu den Themen Bewegung

13 vgl. Groot, Wim; Maassen van den Brink, Henriette 2006: o.S. und Mayer, Julia 2001 o.S. und Pochobradsky et.al. 2002: 15 und Till-Tentschert 2011: o.S.

14 vgl. Fenzl T. 2015: 9 zit. n. Döbert, 2007; Anders, 2008 und Bax, 2008

und Sport, gesunde Ernährung, Entspannung, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, Körper und Körperfunktionen etc. bearbeitet wurden. Beim Projekt FITZU erhielten die Teilnehmenden einen „Sack voller Broschüren“. Dieser enthielt mehrsprachige Publikationen öffentlicher Stellen und ein Begleithandbuch als Leitfaden mit Zusatzinformationen.<sup>15</sup>

### **Projekt „Alphabetisierung und Bildung“:**

Den Basisbildungskursen lag hier das Food-Literacy-Konzept zugrunde. Dieses zielt darauf ab, die Fähigkeit der Teilnehmenden zu stärken und ihren Ernährungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und genussvoll zu gestalten. Durch einen starken Alltagsbezug wurde den Teilnehmenden der Nutzen rasch verdeutlicht. Zur konkreten Umsetzung von Food Literacy gab es ein Food Literacy Handbuch mit Übungen für den Kurseinstieg, Vertiefung und Kursabschluss.<sup>16</sup>

## **1.7. Resümee Modellprojekte**

Im Rahmen unterschiedlicher Projekte hat sich gezeigt, dass es schwierig ist, die Zielgruppe, die eine geringe Gesundheitskompetenz aufweist, zu erreichen. Zugangshürden können sehr gut überwunden werden, wenn Teilnehmende einen direkten Nutzen im Besuch von Kursen und Maßnahmen zur Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz erkennen können. Der Nutzen liegt einerseits in der Verbesserung der Lese- und Schreibkompetenzen und andererseits im Alltagsbezug der Themenbereiche und der Möglichkeit zur sofortigen Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen im eigenen Lebenskontext.

## **1.8. Werd aktiv-bleib gesund (Entstehungsgeschichte)**

Das Projekt „Werd aktiv, bleib gesund“ entstand aufbauend auf das Projekt „Alpha Power im Gesundheitswesen“ der Kärntner Volkshochschulen. Im Jahr 2013 wurden Gesundheitsdienstleister in ganz Kärnten zum Thema Gesundheit und Basisbildung sensibilisiert. In speziellen Schulungen wurde der Zusammenhang der Thematiken erläutert und es wurden Lösungsansätze erarbeitet, wie Gesundheitsinformationen an Menschen mit geringen Lese- und Schreibkenntnissen zielgruppengerecht vermittelt werden können.

Rückmeldungen von Lerner\_innen in Basisbildungskursen, deren Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen haben gezeigt, dass das Thema Gesundheit in den Basisbildungskursen stärker thema-

<sup>15</sup> vgl. Fenzl T. 2015: 9f

<sup>16</sup> vgl. Fenzl T. 2015: 10 zit. n. Groeneveld et al. 2011, Klinger und Wilhelmi 2013 und Müller und Groeneveld 2015.

tisiert werden muss. Aus diesem Grund entwickelte das Projektteam von „Werd aktiv, bleib gesund“ Materialien in einfacher Sprache zu den Themen „Gesunde Ernährung“, „Bewegung“, „Life-Balance“ und „Lebenskompetenzen“. Neben der Wissensvermittlung stand das Ausprobieren auf dem Lehrplan. Gesundheitstrainer\_innen aus den unterschiedlichsten Bereichen zeigten den Lerner\_innen Möglichkeiten auf, die vermittelten Inhalte und Übungen direkt im Alltag umzusetzen. Die Umsetzung des Programms geschah in vorhandenen Basisbildungskursen, Lehrgängen zum Nachholen des Pflichtschulabschlusses und in Einrichtungen, die mit bildungsbenachteiligten Gruppen arbeiten (z.B.: Sozialökonomische Betriebe). Die Materialien wurden somit mehrfach in Kursen erprobt und aufgrund der Rückmeldungen von Teilnehmer\_innen laufend adaptiert.

Es zeigte sich, dass das Interesse am Thema Gesundheit ein großes ist, da es alle Menschen betrifft. Durch die enge Zusammenarbeit mit Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen wurde sichergestellt, dass die Materialien auch weiterhin im Rahmen von Projekten der Kärntner Volkshochschulen, speziell im Rahmen der Initiative Erwachsenenbildung, ihren Einsatz finden werden.

## 1.9. Zielsetzungen im Projekt

Im Projektantrag wurden folgende Zielsetzungen formuliert, die auf die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels (R-GZ) 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ abzielen. Diese Zielsetzungen wurden erreicht:

- Die Teilnehmenden erarbeiten gemeinsam mit den Trainer\_innen individuelle Themen zur Gesundheitsförderung und gestalten so ihre eigenen Gesundheitsworkshops.
- Die Themen „Gesunde Ernährung“, „Bewegung“, „Work-Life-Balance“ und „Lebenskompetenzen“ sind in den Alltag der Zielgruppe integriert und nachhaltig verankert.
- Bildungsbenachteiligte Menschen mit geringer Basisbildung, Migrationserfahrung, einem niedrigen sozioökonomischen Status haben ihren Wissensstand über Zugänge, Leistungen und Angebote des Gesundheitswesens erweitert. Dadurch sank die Barriere, Gesundheitsanbieter für Vorsorge- bzw. Therapiemaßnahmen aufzusuchen und Informationen zum eigenen Gesundheitszustand einzuholen.
- Trainer\_innen und Multiplikator\_innen verankern den Themenbereich Gesundheit als fixen Bestandteil in der Arbeit mit der Zielgruppe.
- Als Produkt entsteht ein Handbuch zur Konzeption und Umsetzung von Gesundheitsworkshops für die Zielgruppe.
- Weiters steht ein Materialienpool zu Gesundheitsthemen zur Verfügung. Die Materialien können von Trainer\_innen individuell im Unterricht eingesetzt werden.

## 1.10. Die Projektumsetzung

### Projektstufe 1:

Im Rahmen von Fokusgruppen mit Teilnehmenden, Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen wurden Interessen und Bedarfe zum Thema Gesundheit identifiziert, welche als Grundlage für die Planung und Umsetzung von Gesundheitsworkshops dienen.

Gemeinsam mit fünf Pilotgruppen erfolgte die Erprobungsphase. Die Gesundheitsworkshops enthielten die Themenbereiche Ernährung, Bewegung, Work-Life-Balance und Lebenskompetenzen im Rahmen von theoretischen Inputs und praktischen Übungen.

### Expert\_innenbeirat

Am Ende der ersten Projektphase wurde ein Expert\_innenbeirat eingeladen, um das Projekt vorzustellen und eine Außensicht auf das Projekt zu erhalten.

Die Expert\_innen waren eingeladen, ihre Erfahrungen mit den Zielgruppen einzubringen und die bisherige Arbeit des Projektteams zu reflektieren und zu beurteilen. Weiters wurden Inputs zur weiteren Projektumsetzung gegeben.

### Projektstufe 2:

Die Ergebnisse aus den Planungsgruppen wurden in weitere Kursgruppen transferiert und dort erprobt. Durch die „Testphase“ wurde ersichtlich, dass die von den Planungsgruppen konzipierten Gesundheitsveranstaltungen tatsächlich für die Zielgruppen geeignet sind.

### Projektstufe 3:

In der letzten Projektphase erfolgt der Transfer des Lernraums „Werd´ aktiv, bleib´ gesund“ in eine andere Institution bzw. einen sozialökonomischen Betrieb.

## 1.11. Teilnehmendenakquise und -struktur

Für die Umsetzung eines Gesundheitsprojekts für bildungsbenachteiligte Zielgruppen hat es sich als förderlich erwiesen, sowohl Projektkoordinator\_innen als auch Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen, welche in ihren Projekten mit den Zielgruppen arbeiten, über das Projekt und die Fortschritte zu informieren, sie in die aktive Planung und Umsetzung und besonders in die Teilnehmendenakquise mit einzubeziehen.

Somit wurde gewährleistet, dass die direkte Zielgruppe auch tatsächlich erreicht wurde. Bei der indirekten Zielgruppe, Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen, erfolgte eine Steigerung der Ak-

zeptanz für die Notwendigkeit der Integration des Themas Gesundheit in der Arbeit mit bildungsbenachteiligten Zielgruppen. Gesundheitsförderung kann nur dann weitgreifend passieren, wenn eine strukturelle Verankerung vollzogen wird und gesundheitsrelevante Angebote geschaffen werden. Dies geschieht durch die Förderung von Beteiligung, Bewusstseinsbildung, Vermittlung und Austausch von Informationen und Kompetenzen.

## 1.12. Evaluation – Instrumente, Verfahren, Ergebnisse

Die Evaluation wurde extern durch Dr. Thomas Fenzl als begleitende Maßnahme durchgeführt. Die Informationen aus den unterschiedlichen Erhebungssettings ermöglichten die partizipative Planung und Umsetzung der Gesundheitsprogramme mit und für die Teilnehmenden. Eine externe Begleitung implizierte einen objektiven Blick von außen und somit Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Es wurde eine dreistufige Evaluation durchgeführt:

- (1) Befragung von auf das Thema Gesundheit sensibilisierten Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen aus dem Bereich Basisbildung mittels Fragebogen mit teils offenem und teils geschlossenem Antwortformat zu Gesundheitsdefiziten/-ressourcen und Bedarf an Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe sowie Gelingens-Faktoren für das Projekt.
- (2) Literaturrecherche zu anderen Projekten aus dem deutschsprachigen Raum mit verhaltenspräventivem Ansatz zur Gesundheitsförderung bei bildungsfernen Zielgruppen, Datenerhebung in den durchgeführten Planungsgruppen zur partizipativen Gestaltung der Gesundheitsworkshops mit
- (3) (a) Fokusgruppeninterviews in der ersten oder zweiten Kurseinheit für die Bedarfserhebung sowie die Feststellung von Gesundheitsdefiziten und –ressourcen, und mit  
(b) zielgruppengerecht gestalteten Feedbackbögen mit teils offenem und teils geschlossenem Antwortformat sowie Fokusgruppeninterviews am Ende der Gesundheitsworkshops zur Erfassung des subjektiven Gesundheitsempfindens und Gesundheitsbewusstsein, der Bewertung und Reaktionen auf die Gesundheitsworkshops (Zufriedenheit, Wissenszuwachs, Nützlichkeit, Verhaltensveränderung) sowie des nicht abgedeckten Bedarfs.

Die Kombination aus Fokusgruppen- und Reflexionsgesprächen sowie einer schriftlichen Rückmeldung hat sich bewährt. Ebenso war der Einbezug der Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen zu Beginn des Evaluationsprozesses wichtig, um den Entwicklungsprozess zu starten. Der externe Evaluator reagierte im Rahmen des Evaluationsprozesses sehr flexibel und unterstützte das Projektteam durch seine Anmerkungen und Ideen bei der Umsetzung.

Das angestrebte Ziel mit der partizipativen Planung und Durchführung von bedarfsorientierten und auf die individuellen Lebensweisen der Zielgruppe abgestimmten Gesundheitsworkshops wurde zufriedenstellend erreicht. Angesichts der erfahrungsgemäß hohen Fluktuation bei den Teilnehmenden in Basisbildungsangeboten ist dieses Ergebnis sehr positiv zu bewerten.

Vergleichbar mit dem Stand der Forschung und Ergebnissen aus anderen Projekten zum Thema Gesundheitsförderung bei sozioökonomisch benachteiligten Personengruppen (Pochobradsky et al., 2002; Parsons and Bynner, 2008; Löffler und Wigger, 2009; Wigger, Rehberg und Schöne, 2009) – und damit wenig überraschend – stellten sich sowohl in der Selbsteinschätzung der Teilnehmenden der Gesundheitsworkshops wie auch in der Fremdeinschätzung durch auf das Thema Gesundheit sensibilisierter Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen der Basisbildung Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung sowie Schlafstörungen als bedeutende Gesundheitsdefizite bei der Zielgruppe heraus. Defizite bei schriftsprachlichen Kompetenzen verstärkten die Stressbelastung der Teilnehmenden, die sich in einer Abwärtsspirale aus sozialer Stigmatisierung und konfliktbeladenen Lebensumständen (z.B. Arbeitslosigkeit, fehlender sozialer Rückhalt, Beziehungsprobleme, etc.) sowie einem mangelnden Gesundheitsbewusstsein (z.B. ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, etc.) verfestigt (Pochobradsky et al., 2002; Dugdale and Clark, 2008). Im Einklang mit dem von den Trainer\_innen attestierten Wissen der Zielgruppe über das österreichische Gesundheitssystem und vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien (Löffler und Wigger, 2009; Wigger, Rehberg und Schöne, 2009) stand den Gesundheitsdefiziten die regelmäßige Nutzung von Anlaufstellen im Gesundheitssystem, insbesondere der Weg zum Hausarzt bzw. Hausärztin sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Zahnarzt, Frauenarzt, Kinderarzt, etc.), als wichtige Gesundheitsressource gegenüber.

Die Zufriedenheit der bildungsfernen und sozioökonomisch benachteiligten Personen mit Basisbildungsdefiziten und Migrationshintergrund mit den Gesundheitsworkshops war sehr hoch, was sich sowohl in der ausschließlich sehr guten Bewertung der Maßnahme als auch im Gefühlserleben (Freude, Neugier, Entspannung) während der Teilnahme zeigte. Als besonders positiv hervorgehoben wurden die Rahmenbedingungen mit der kleinen Gruppengröße und dem sozialen Aspekt der Kurse sowie die Trainer\_innen und die Arbeitsmaterialien (Gesundheitslexikon, Arbeitsblätter, etc.). Auf Basis der Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden kann von einem hohen Wissenszuwachs beim Thema Gesundheit durch die Teilnahme am Workshop ausgegangen werden. Entsprechend ihren Erwartungen und Wünschen am Beginn des Gesundheitsworkshops haben die Teilnehmenden neue Bewegungsangebote kennen gelernt, Wissen über verschiedene Nahrungsmittel sowie deren gesunde Zubereitung erworben und ihr bestehendes Wissen über das Gesundheitssystem in Österreich erweitert. Auch im Hinblick auf den Praxistransfer gaben die Planungsworkshops den Teilnehmenden vor allem durch die in den Kursen vermittelten, für den Alltag hilfreichen und nützlichen Informationen Anstöße zu Verhaltensveränderungen im Gesundheitsbereich Bewegung, zum einen im Bereich der Motivation sich im Alltag regelmäßiger zu bewegen, und zum anderen mit praktischen Turnübungen für zu Hause.

Die Reaktionen der Teilnehmenden deuteten insgesamt darauf hin, dass in den Planungsworkshops die Schwerpunkte eher in Richtung der Gesundheitsthemen gesunde Ernährung, Bewegung und Sport sowie allgemeine Aspekte wie das Gesundheitssystem in Österreich, Krankheiten und Gesundheitsvorsorge gelegt wurden, während der Bereich Work-Life-Balance scheinbar weniger intensiv bearbeitet worden ist. Geht man in Ergänzung zu den Reaktionen von den kaum vorhandenen Anregungen zu zusätzlichen oder ergänzenden Inhalten für die Gesundheitsworkshops aus, geben die Ergebnisse aus den Feedbackbögen und Fokusgruppeninterviews einen Hinweis darauf, dass der Bedarf der Zielgruppe bildungsferner und sozioökonomisch benachteiligter Personen mit Basisbildungsdefiziten und Migrationshintergrund mit dem bestehenden Konzept gut abgedeckt zu sein schien.

### 1.13. Unsere „Learnings“

Gesundheit als Thema ist den Menschen wichtig, allerdings nur dann, wenn die Informationen und Übungen direkt in der eigenen Lebenswelt umgesetzt werden können. Deshalb ist eine partizipative Planung und Umsetzung unabdingbar. Will man Menschen mit Basisbildungsbedarf erreichen, muss dies über die Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen erfolgen.

Trainer\_innen und Sozialpädagog\_innen müssen von der Planung bis zur Umsetzung in den Gesundheitsworkshop mit einbezogen werden. Somit steigt die Akzeptanz für das Thema, die Notwendigkeit der Integration des Themas in den Basisbildungsunterricht wird erkannt und die positiven Auswirkungen auf die Teilnehmenden werden ersichtlich.

Die Auswahl externer Gesundheitstrainer\_innen ist sehr wichtig. Sie müssen Empathie besitzen und die Probleme von Menschen mit Basisbildungsbedarf kennen, um die Unterrichtssequenzen auf die Zielgruppe abgestimmt, umzusetzen.

## Literatur

Baric, L./Conrad, G., 1999: Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflicht zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Fenzl, T., Mayring Ph. (2015): Evaluation des Projekts „Werd' aktiv, bleib' gesund“. Zentrum für Evaluation und Forschungsberatung. Klagenfurt

Groot, W. und Maassen van den Brink, H. (2006). Stil vermogen, een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggelettertheid. Online im Internet: <http://lezenenschrijven.nl/algemeen/files/2011/08/stil-vermogen.pdf> Universität Amsterdam [Zugriff am 18.07.2012].

Jordan S, Töppich J (2015) Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.

Lampert T, Saß AC, Häfelinger M, Ziese T (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Mayer, J. (2001): Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. Online im Internet: [http://www.integrationsfonds.at/oeif\\_dossier/gesundheit/](http://www.integrationsfonds.at/oeif_dossier/gesundheit/). [Zugriff am 22.07.2013].

Mielck, A.; Helmert, U. (1998). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich.

Naidoo, J., Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.). 1. Auflage der deutschen Ausgabe, Hamburg, Verlag für Gesundheitsförderung

Pelikan, J., Röthlin, F. & Ganahl, K. (12.01.2012). European Health Literacy Survey – Erste Ergebnisse für Österreich. Online im Internet: [http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/Optimiert\\_Gesundheitsziele\\_19\\_1\\_inclusive\\_Gender.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/Optimiert_Gesundheitsziele_19_1_inclusive_Gender.pdf). Letzter [Zugriff am 28.06.2016].

Pochobradsky, E., Habl, C. und Schleicher, B. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Rath, O. (2004). Kursbuch Grundbildung. Ergebnisse des Projekts Literacy in Progress. Graz: Isop GmbH.

Statistik Austria: Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/12 (Erscheinungsdatum: 07/2013). Im Internet: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/5/index.html?id=5&listid=5&detail=661](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/5/index.html?id=5&listid=5&detail=661), [21.10.2015]

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 (1), 80.

Till-Tentschert (2011): Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich: Ergebnisse aus EU-SILC 2010, Sozialpolitische Studienreihe, Band 8, Dezember 2011.

Weltgesundheitsorganisation: Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Online im Internet: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1). [Zugriff am 28.06.2016].

zentrale Beratungsstelle für Basisbildung und Alphabetisierung o.J.: für die Öffentlichkeit. Online im Internet: <http://www.basisbildung-alphabetisierung.at/fuer-die-oeffentlichkeit/definitionen-und-terminologie/> [Zugriff am 28.06.2016].