

Healthy Communities

Sozialraumorientierte Gesundheitsbildung für
vulnerable Gruppen zur Stärkung von
Resilienz und sozialem Zusammenhalt

Zusammenfassung der nationalen Berichte zum Arbeitspaket 2: Situationsanalyse

Partner:

Deutschland (BGZ Berliner Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit mbH)

Deutschland (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.)

Italien (Eurocultura)

Polen (sTOP – Stowarzyszenie Trenerskie Organizacji Pozarządowych)

Österreich (Caritas der Erzdiözese Wien)

Lead WP2: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.



**Co-funded by
the European Union**

Von der Europäischen Union finanziert. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.



Inhalt

Zusammenfassung der Nationalen Reports zur Situationsanalyse der Gesundheitskompetenz.....	3
1. Inhaltliche Grundlage.....	3
1.1 Gesundheitskompetenz	3
1.1.2 Gesunde Kommune.....	4
2. Details zu den befragten Stakeholdern	6
3. Gesundheitskompetenz und Zielgruppe	6
4. Lots*innenmodelle	9
4.1 Good Practice von Lots*innenmodellen.....	9
4.2 Notwendige Qualifizierung.....	11
4.3 Akzeptanz des Lots*innenmodells in der täglichen Praxis.....	15
5. Zusammenfassung	17
6. Schlussfolgerung / Modell zur Lots*innenausbildung.....	17
Befähigung von Schlüsselpersonen als Gesundheitslots*innen	18
Qualifikation der Gesundheitslots*innen.....	18
Mögliche Aktivitäten der Lots*innen:.....	20
Anbindung an das Umfeld Kommune und Nachbarschaft.....	20
7. Quellen	21
ANNEX.....	22
Tabellen	22
Lots*innen Modell	26

Zusammenfassung der nationalen Berichte zur Situationsanalyse der Gesundheitskompetenz

Diese Zusammenfassung basiert auf den nationalen Berichten aus Österreich (Caritas Wien), Italien (Eurocultura), Polen (sTOP) und Deutschland (Berlin-Brandenburg e. V.), die sich mit der Situationsanalyse zur Gesundheitskompetenz und der Erstellung einer Ausbildung für Gesundheitslots*innen befassen. Diese Ausbildung soll dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen und gesunde Kommunen zu fördern. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den nationalen Berichten zusammengefasst und miteinander verglichen.

1. Inhaltliche Grundlage

1.1 Gesundheitskompetenz

Österreich (Caritas Vienna):

In Österreich nimmt das Thema Gesundheitskompetenz einen hohen Stellenwert ein, insbesondere in benachteiligten Stadtteilen. Die Bemühungen konzentrieren sich darauf, das Verständnis und die Anwendung von Gesundheitsinformationen in der Bevölkerung zu verbessern. In Österreich steht die Gesundheitskompetenz im Mittelpunkt der nationalen Gesundheitsstrategie. Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) spielt eine zentrale Rolle bei der Förderung der Gesundheitskompetenz. Ziel ist es, das Wissen und die Fähigkeiten der Bevölkerung zu stärken, um Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei gefährdeten Gruppen wie Migranten, älteren Menschen und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Die Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz umfassen Bildungsprogramme, Schulungen und Informationskampagnen, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind.

Italien (Eurocultura):

In Italien liegt der Fokus auf der Integration von Gesundheitskompetenz in die Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens. Vor dem Hintergrund einer multikulturellen Gesellschaft, die durch erhebliche kulturelle und sprachliche Unterschiede gekennzeichnet ist, ist es eine besondere Herausforderung, effektive Gesundheitskommunikation sicherzustellen. Die italienischen Maßnahmen zielen darauf ab, diese Barrieren zu überwinden, indem Gesundheitsinformationen in mehreren Sprachen bereitgestellt und kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden. Gesundheitslots*innen sollen dabei eine zentrale Rolle spielen, indem sie als Vermittler*innen zwischen dem Gesundheitssystem und den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen fungieren. Es fehlen kontinuierliche Bildungsmaßnahmen;

bestehende Programme sind oft auf einmalige Aktionen wie Screening-Kampagnen beschränkt. Daher wird ein Bedarf an nachhaltigen, langfristigen Bildungsprogrammen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz festgestellt. Das Ziel ist es, die Bevölkerung zu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen und so ihre eigene Gesundheit aktiv zu gestalten.

Polen (sTOP):

In Polen liegt der Schwerpunkt auf der Verbreitung präventiver Gesundheitsinformationen und der Förderung eines besseren Gesundheitsbewusstseins innerhalb der Bevölkerung. Die Maßnahmen konzentrieren sich auf präventive Ansätze, die durch Gemeindeveranstaltungen, Workshops und andere Bildungsformate umgesetzt werden. Der Zugang zu Gesundheitsinformationen und die Fähigkeit, diese Informationen zu verstehen und anzuwenden, sind zentrale Elemente der polnischen Strategie zur Gesundheitskompetenz. In Polen besteht ein starker Fokus darauf, die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern und die allgemeine Gesundheitskompetenz zu stärken, um langfristig bessere gesundheitliche Ergebnisse in der Bevölkerung zu erzielen.

Deutschland (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.):

Deutschland verfolgt einen umfassenden Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, der sich auf eine Vielzahl von Zielgruppen konzentriert. Ein besonderes Augenmerk liegt auf benachteiligten Gruppen, die durch Programme wie die „Stadtteilmütter“ erreicht werden sollen. Diese Programme zielen darauf ab, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen mit wichtigen Gesundheitsinformationen zu versorgen und ihnen die notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln, um ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Durch den Einsatz von Peer-Edukatoren*innen wird versucht, Barrieren wie Misstrauen oder mangelndes Verständnis gegenüber dem Gesundheitssystem zu überwinden. Die Maßnahmen sind darauf ausgelegt, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und die Bevölkerung in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit aktiv und selbstbestimmt zu gestalten sowie Strukturen so zu gestalten, dass sie eine hohe organisationale Gesundheitskompetenz entwickelt.

1.1.2 Gesunde Kommune

Österreich:

In Österreich steht bei der Förderung einer gesunder Kommunen insbesondere durch die Einbindung lokaler Ressourcen und die aktive Beteiligung der Bevölkerung an Gesundheitsförderungsprogrammen im Vordergrund. Da im Sinne des Modells der Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren & Whitehead, 1991) eine Vielzahl an individuellen

aber vor allem auch äußeren Faktoren die Gesundheit beeinflussen, spielt das Konzept der „Health in All Policies“ eine entscheidende Rolle.

Italien:

In Italien wird ein gemeinschaftsorientiertes Modell verfolgt, bei dem die lokale Bevölkerung aktiv in die Gestaltung und Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen einbezogen wird. Hierbei spielen kulturelle Aspekte eine wichtige Rolle, insbesondere in Bezug auf die vielfältige Zusammensetzung der Bevölkerung. Der aktuelle Stand zeigt, dass es zwar bereits erfolgreiche Ansätze gibt, jedoch noch erhebliche Herausforderungen bestehen, insbesondere in Bezug auf die Überwindung sprachlicher und kultureller Barrieren. Die Gesundheitslots*innen sollen dabei helfen, diese Barrieren zu überwinden und sicherzustellen, dass Gesundheitsinformationen für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich und verständlich sind. Das Ziel ist es, eine gesundheitsfördernde Umgebung zu schaffen, in der die Bevölkerung befähigt wird, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen. Hierbei sollen vor allem innovative digitale Methoden genutzt werden und der gemeinschaftsbezogene kulturelle Lebensstil berücksichtigt werden.

Polen:

In Polen steht die Förderung gesunder Kommunen noch am Anfang, es gibt jedoch bereits einige vielversprechende Ansätze. Der Fokus liegt auf der Sensibilisierung der Bevölkerung für gesundheitliche Themen und der Förderung präventiver Maßnahmen durch Bildungs- und Aufklärungsprogramme. Diese Programme werden oft in Zusammenarbeit mit lokalen Behörden und gemeinnützigen Organisationen durchgeführt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der Gesundheitskompetenz in ländlichen Gebieten, wo der Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten oft eingeschränkt ist. Trotz der noch jungen Entwicklungsphase dieser Programme zeigen erste Ergebnisse, dass es ein wachsendes Interesse und eine zunehmende Teilnahme an gesundheitsfördernden Aktivitäten gibt.

Deutschland:

In Deutschland liegt der Fokus auf der Stärkung lokaler Gemeinschaften durch gezielte Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die insbesondere auf benachteiligte Gruppen abzielen. Im Sinne des Ansatzes der Gesundheitsdeterminante wird die Gesundheit der Bewohner*innen sowohl durch individuelles Verhalten als auch durch die Umgebenden Strukturen gestaltet. Programme wie „Stadtteilmütter“ spielen z.B. im Land Berlin eine zentrale Rolle, indem sie als kulturelle Vermittler zwischen Unterstützungssystem und der Bevölkerung fungieren. Diese Programme können dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz in benachteiligten Vierteln zu erhöhen und die Bevölkerung zu ermutigen, aktiv an ihrer Gesundheit mitzuwirken. Ein weiteres Ziel ist es, die

gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, indem spezifische Bedürfnisse der Gemeinschaften berücksichtigt werden.

2. Details zu den befragten Stakeholdern

Die in den nationalen Berichten befragten Stakeholder sind größtenteils in den Bereichen "Gesundheitserziehung", "Stärkung der Gesundheitskompetenz" und "Entwicklung und Planung von Gesundheitsprogrammen im kommunalen Umfeld" tätig. Diese Fachkräfte bringen umfangreiche Erfahrungen und Expertise mit, die für die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitslots*innenprogrammen von entscheidender Bedeutung sind. Es wurden sowohl quantitative Online Umfragen, als auch qualitative Leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Ergebnisse in den Tabellen (ANNEX) beziehen sich auf die Online-Befragungen. Ergebnisse der Interviews sind ebenso mit in die Zusammenfassung eingeflossen.

Beruflicher Hintergrund:

Die Mehrheit der Befragten arbeitet in Bereichen, die direkt mit der Gesundheitsförderung und -bildung zusammenhängen. Viele der Stakeholder sind in Positionen tätig, die sie direkt mit der Zielgruppe in Kontakt bringen, wie z.B. Sozialarbeiter, Lehrer oder Mitarbeiter in gemeindebasierten Gesundheitsprogrammen. Ein weiterer Teil der Befragten ist in der Entwicklung und Planung von Gesundheitsprogrammen auf lokaler Ebene tätig, wo sie strategische Entscheidungen treffen und Programme entwerfen, die auf die Bedürfnisse der Gemeinschaften abgestimmt sind.

Alters- und Geschlechtsverteilung:

Die Altersverteilung der Befragten zeigt eine breite Streuung, wobei die Mehrheit in der Altersgruppe 35-44 Jahre liegt (39 %), gefolgt von den Altersgruppen 45-54 Jahre (22 %) und 18-34 Jahre (20 %) (Tabelle 1). Die Geschlechterverteilung weist einen deutlichen Frauenüberschuss auf, wobei 79 % der Befragten weiblich und 21 % männlich sind (Tabelle 2). Diese Verteilung spiegelt möglicherweise den höheren Frauenanteil in Berufen wider, die mit Gesundheitsförderung und -bildung zu tun haben.

3. Gesundheitskompetenz und Zielgruppe

Im Rahmen der Befragungen wurde analysiert, welche Zielgruppen besonders von Maßnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz profitieren könnten. Es zeigt sich, dass in allen Ländern ähnliche Zielgruppen identifiziert wurden, die besonders förderungswürdig erscheinen (Tabelle 4).

Personen mit Migrationshintergrund:

Diese Gruppe wurde besonders in Deutschland und Italien als eine der Hauptzielgruppen identifiziert, die von Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren könnten. In Deutschland wurden 17 Befragte und in Italien 12 Befragte gefunden, die diese Gruppe als besonders relevant einschätzten. Dies spiegelt die Herausforderungen wider, denen Migranten gegenüberstehen, wie Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede, die ihren Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten erschweren können.

Pflegende Angehörige:

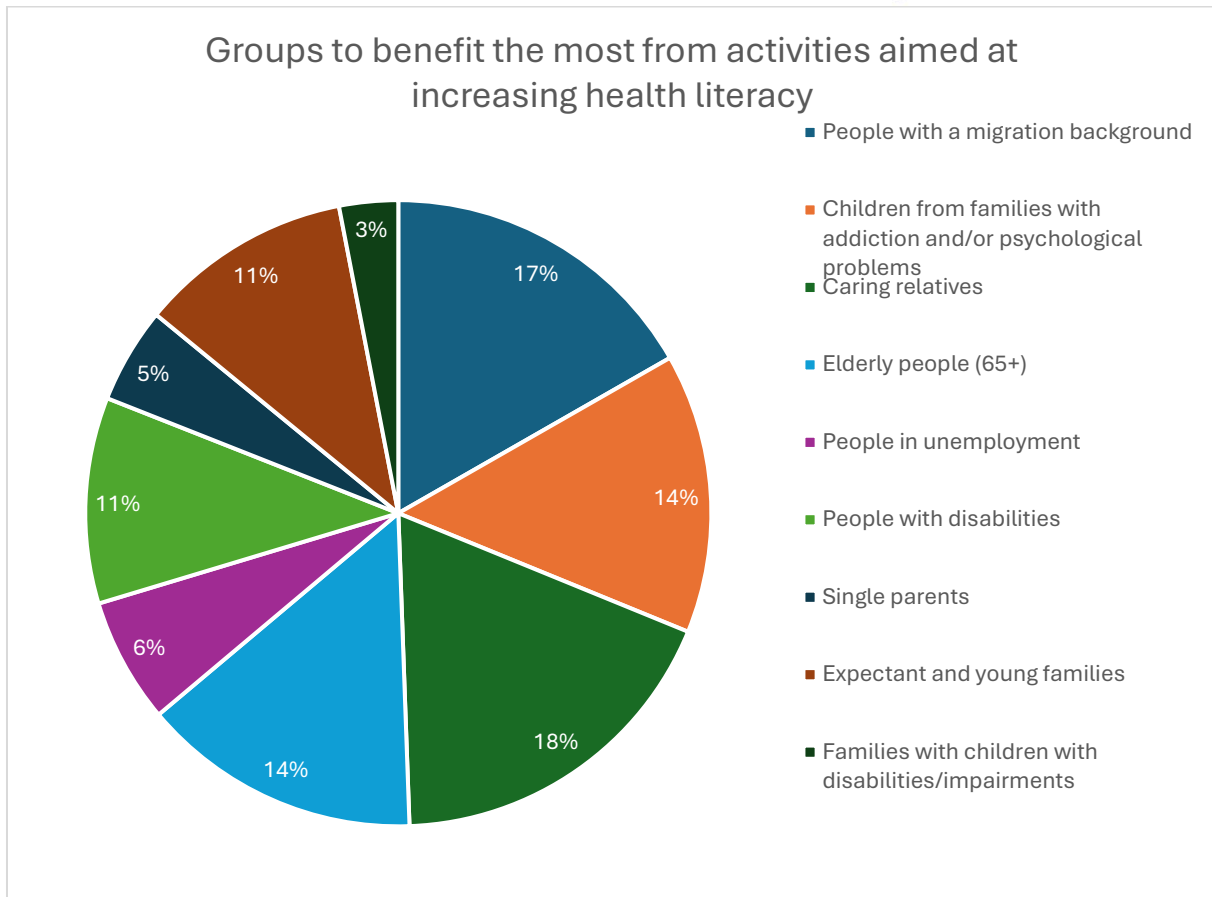
Diese Gruppe wurde von 48 der Befragten als besonders wichtig erachtet, da sie häufig in Situationen sind, in denen sie Entscheidungen für die Gesundheit anderer treffen müssen, oft ohne ausreichende Unterstützung oder Zugang zu den notwendigen Informationen. Besonders in Deutschland und Italien wurde die Bedeutung dieser Zielgruppe hervorgehoben, da sie eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem spielen und gleichzeitig oft übersehen werden.

Kinder aus Familien mit Sucht- oder psychischen Problemen:

Diese Zielgruppe wurde von insgesamt 38 Befragten als besonders förderungswürdig eingestuft. Kinder, die in solchen Umgebungen aufwachsen, sind oft mit besonderen Herausforderungen konfrontiert, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gefährden können. Die Unterstützung dieser Kinder durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung ihrer Gesundheitskompetenz wird als eine Möglichkeit angesehen, langfristige gesundheitliche Schäden zu verhindern.

Ältere Menschen (65+):

Ältere Menschen wurden als eine der Hauptzielgruppen identifiziert, die von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung profitieren könnten. In allen Ländern wurde diese Gruppe hervorgehoben, da ältere Menschen oft vor besonderen Herausforderungen stehen, wenn es um den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten geht. Sie sind oft mit chronischen Erkrankungen konfrontiert und benötigen daher gezielte Unterstützung, um ihre Gesundheit zu erhalten und ihre Lebensqualität zu verbessern.



In den Befragungen verdeutlichen folgende Ergebnisse den aktuellen Stand der Gesundheitskompetenz:

Niedriger Allgemeiner wissenschaftlicher Analphabetismus:

- Es besteht ein weit verbreiteter Mangel an wissenschaftlicher Grundbildung, der zu einem allgemeinen Analphabetismus im Gesundheitsbereich beiträgt.

Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Materialien zur Gesundheitsbildung:

- Bestehende Materialien zur Gesundheitserziehung sind nicht weit verbreitet und aufgrund der Fachsprache oft schwer verständlich.
- Die Informationen sind nicht einheitlich zugänglich, und es fehlt an einer festen Finanzierung für die Erstellung und Verbreitung von klarem, benutzerfreundlichem Aufklärungsmaterial. Die Wirkung von Aufklärungsinitiativen ist gering und es fehlt an Folgemaßnahmen.

Kommunikationshemmnisse:

- Die von den Angehörigen der Gesundheitsberufe bereitgestellten Gesundheitsinformationen sind manchmal zu technisch, so dass sie für die breite Öffentlichkeit schwer verständlich sind. Selbst wenn die Gesundheitsinformationen klar und deutlich vermittelt werden, haben die Fachleute oft nicht genug Zeit, um sich den Patient*innen zu widmen.

- Die Fachkräfte der Gesundheitsberufe müssen ihre Sprache vereinfachen und sicherstellen, dass die Patienten ihren Gesundheitszustand und ihre Behandlungen vollständig verstehen.
- Mündliche Kommunikation allein ist unzureichend; schriftliches Material muss klar und vereinfacht sein und ist nützlich, wenn der Patient die Behandlungen zu Hause nicht selbst nachmachen kann.

4. Lots*innenmodelle

Lotsenmodelle bieten Unterstützung, wenn das umgebende System zu komplex und hochschwellig wird und die Unterstützung im direkten persönlichen Netzwerk nicht ausreicht. Insbesondere ältere Menschen, junge Familien und Migranten benötigen aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität und einer neuen Lebenssituation und möglicherweise auch einer neuen Umgebung und Kultur wohnortnahe Angebote. Durch einen aufsuchenden Ansatz erreichen Lots*innenmodelle Menschen, die aufgrund mangelnder Kompetenzen und Zugangsmöglichkeiten von Diensten, die sich an die Allgemeinheit richten, eher nicht erreicht werden.

In allen Ländern bestehen bereits aktive Lots*innenmodelle. Ihr Hauptfokus ist nicht die Gesundheitskompetenz, aber viele von ihnen haben in Ihrem Alltag oft mit Gesundheitsfragen zu tun. Meistens handelt es sich um Freiwillige, die eine spezifische Ausbildung erhalten und in ihren eigenen Communities gut vernetzt sind.

4.1 Good Practice von Lots*innenmodellen

In den Berichten wurden verschiedene Bedürfnisse und Erfolge aktueller Lots*innenmodelle identifiziert. Diese Programme sollen als Vorbild für die Entwicklung eines Gesundheitslots*innenmodell dienen, das in den verschiedenen Ländern implementiert werden kann.

Bei der Arbeit und der Ansprache verschiedener Zielgruppen ist es wichtig, die unterschiedlichen Lebensumstände und -bedingungen zu kennen und diese zu adressieren. Es ist wichtig, einen guten, stabilen und vertrauensvollen Kontakt aufzubauen. Dies geschieht zum Beispiel durch die Implementierung von Peer-Education-Programmen, wie den "Grätzeleltern" (Wien) oder „Stadtteilmütter“ (Berlin), die eine Brückenfunktion zwischen den Gesundheitsdiensten und der Gemeinschaft übernehmen. Diese Peer-Educators stammen häufig selbst aus den Zielgruppen und sind daher besonders geeignet, das Vertrauen der Gemeinschaft zu gewinnen und gleichzeitig komplexe Gesundheitsinformationen verständlich zu machen.

Spezifisch für die Ausbildung von Gesundheitslot*innen wurden folgende Punkte als relevant herausgestellt (Tabelle 5):

Ansprechen spezifischer gesundheitlicher Anliegen in der Gemeinschaft:

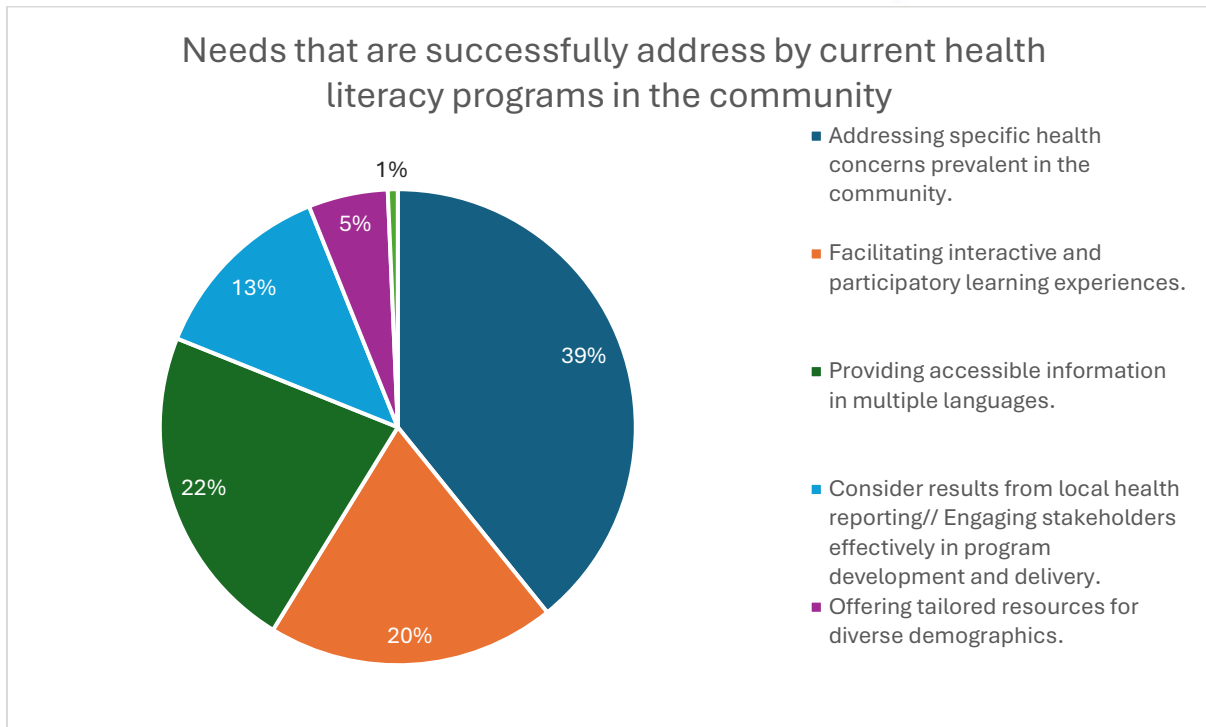
Mit 39 % der Nennungen wurde dies als der wichtigste Aspekt erkannt, der in den Programmen erfolgreich adressiert wird. Besonders in Deutschland und Italien legten die Befragten großen Wert darauf, dass die Programme spezifische gesundheitliche Anliegen der Gemeinschaften ansprechen, wie etwa chronische Erkrankungen, psychische Gesundheit und präventive Maßnahmen. Dies zeigt, dass erfolgreiche Programme diejenigen sind, die gezielt auf die Bedürfnisse der Gemeinschaften eingehen und relevante Gesundheitsinformationen bereitstellen.

Bereitstellung zugänglicher Informationen in mehreren Sprachen:

Die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen in mehreren Sprachen wurde insbesondere in multikulturellen Gemeinschaften als entscheidend angesehen. In Deutschland, Österreich und Italien wurde dies als ein entscheidender Faktor identifiziert, um die Gesundheitskompetenz in multikulturellen Gemeinschaften zu fördern. Die Bereitstellung von Informationen in den Muttersprachen der Zielgruppen trägt dazu bei, Sprachbarrieren abzubauen und den Zugang zu wichtigen Gesundheitsinformationen zu erleichtern.

Niedrigschwelliger Zugang zu Gesundheitsdiensten:

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in den Berichten hervorgehoben wurde, ist der Bedarf an niedrigschwelligen Zugängen zu Gesundheitsdiensten. Insbesondere in benachteiligten Gebieten ist es wichtig, dass Gesundheitsdienste und -informationen leicht zugänglich sind. Dies kann durch mobile Gesundheitsdienste, Gesundheitslots*innen in der Nachbarschaft oder durch die Integration von Gesundheitsinformationen in bereits bestehende Gemeinschaftsdienste erreicht werden.



4.2 Notwendige Qualifizierung

Die Qualifikationsbedarfe für zukünftige Gesundheitslots*innen sind vielfältig und betreffen sowohl fachliche als auch soziale Kompetenzen. In den nationalen Berichten wurden mehrere Themen als besonders wichtig identifiziert (Tabelle 7).

Umgang mit Fake News im Gesundheitssektor:

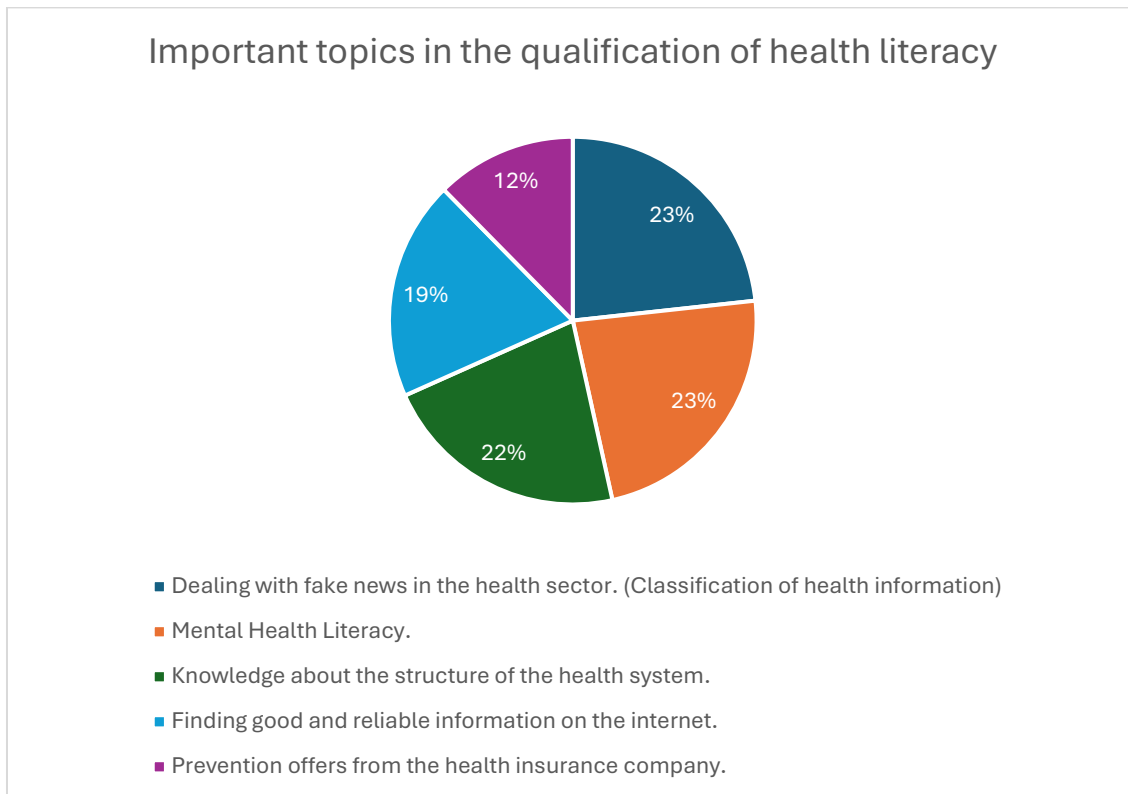
Mit 23 % der Nennungen wurde dies als eines der zentralen Themen hervorgehoben, insbesondere in Italien und Deutschland. In einer Zeit, in der Fehlinformationen weit verbreitet sind, ist es entscheidend, dass Gesundheitslots*innen in der Lage sind, verlässliche Informationen von falschen zu unterscheiden und ihre Zielgruppen entsprechend aufzuklären. Dies erfordert sowohl ein tiefes Verständnis für Gesundheitsinformationen als auch die Fähigkeit, diese Informationen auf verständliche Weise zu vermitteln.

Psychische Gesundheitskompetenz:

Ebenfalls mit 23 % der Nennungen wurde dieses Thema als kritisch eingestuft. Die Befragten in Italien und Deutschland betonten die Bedeutung von psychischer Gesundheit und die Notwendigkeit, dass Gesundheitslots*innen in der Lage sind, über dieses Thema zu informieren und Unterstützung zu bieten. Psychische Gesundheit ist ein zentrales Thema in der modernen Gesundheitsförderung, und es ist wichtig, dass Gesundheitslots*innen in der Lage sind, sowohl präventive Maßnahmen zu fördern als auch bei Bedarf Unterstützung anzubieten, ohne jedoch in die Lage zu kommen, Diagnosen zu stellen oder eine Therapieform zu ersetzen.

Kenntnisse über das Gesundheitssystem:

Diese Qualifikation wurde von 22 % der Befragten als wichtig erachtet, wobei die meisten Nennungen aus Deutschland kamen. Gesundheitslots*innen müssen ein umfassendes Verständnis des Gesundheitssystems haben, um ihre Zielgruppen effektiv unterstützen zu können. Dies beinhaltet Kenntnisse über die verfügbaren Gesundheitsdienste, wie man diese Dienste in Anspruch nimmt und welche Rechte und Pflichten die Bürger*innen im Gesundheitssystem haben.



Als Kompetenzen der zukünftigen Lots*innen wurden folgende Punkte herausgestellt (Tabelle 8):

Empathie und Verständnis, um sich mit Gemeinschaftsmitgliedern zu verbinden

Empathie und Verständnis wurden in allen Ländern als wesentliche Fähigkeiten hervorgehoben, insbesondere in Deutschland (18 Nennungen) und Polen (13 Nennungen). Insgesamt waren 18 % der Antworten auf diese Kategorie konzentriert, was ihre Bedeutung in der effektiven Kommunikation und im Aufbau von Beziehungen innerhalb der Gemeinschaft unterstreicht.

Kulturelle Kompetenz, um respektvoll mit vielfältigen Bevölkerungsgruppen zu interagieren

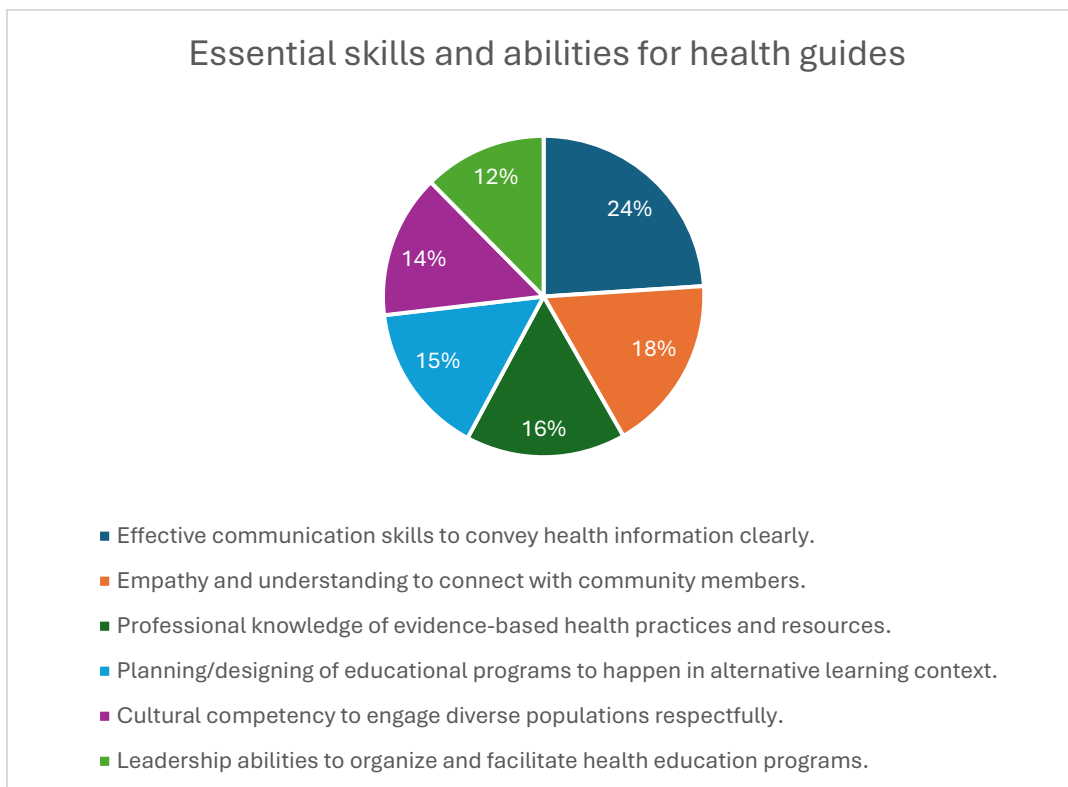
Diese Fähigkeit wurde in Österreich und Italien stärker betont (jeweils 9 Nennungen), während sie in Polen weniger Priorität hatte (1 Nennung). Insgesamt machte diese Kompetenz 14 % der Antworten aus, was auf ihre Bedeutung in multikulturellen Gesellschaften hinweist, insbesondere für die Arbeit in vielfältigen Gemeinschaften.

Effektive Kommunikationsfähigkeiten, um Gesundheitsinformationen klar zu vermitteln

Die Fähigkeit zur klaren und effektiven Kommunikation von Gesundheitsinformationen wurde als die wichtigste Fähigkeit identifiziert, mit 24 % der Antworten. Besonders Polen (23 Nennungen) und Italien (14 Nennungen) hoben diese Fähigkeit hervor, was auf die entscheidende Rolle der Kommunikation in der Gesundheitsbildung hinweist.

Fachwissen über evidenzbasierte Gesundheitspraktiken und -ressourcen

Das Fachwissen über evidenzbasierte Gesundheitspraktiken wurde in Polen und Deutschland als besonders wichtig erachtet (jeweils 11 Nennungen). Insgesamt belief sich diese Fähigkeit auf 16 % der Antworten, was ihre Rolle bei der Sicherstellung von Qualität und Zuverlässigkeit in der Gesundheitsförderung betont.



Als inhaltliche Themen der Ausbildung wurden folgende Punkte genannt (Tabelle 3):

Psychische Gesundheit und Stressbewältigung:

Mit 65 Nennungen insgesamt ist dieses Thema das relevanteste. Besonders Polen (18 Nennungen), Deutschland (18 Nennungen) und Italien (15 Nennungen) betonen die Bedeutung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Stressbewältigung. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, in Qualifizierungsprogrammen Kompetenzen in der Unterstützung und Förderung psychischer Gesundheit zu integrieren.

Körperliche Aktivität und Bewegung:

Dieses Thema wurde insgesamt 54 Mal genannt, mit besonderer Betonung in Deutschland (19 Nennungen) und Polen (15 Nennungen). Die Förderung körperlicher Aktivität wird als zentral angesehen, um die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden in der Gemeinschaft zu verbessern. Dies legt nahe, dass Rollenmodelle über Kenntnisse und Fähigkeiten in der Organisation und Förderung von Bewegungsprogrammen verfügen sollten.

Ernährung und gesundes Essen:

Mit 51 Nennungen ist auch die Bedeutung von gesunder Ernährung und Ernährungserziehung ein wichtiges Thema. Polen (23 Nennungen) und Deutschland (15 Nennungen) heben dieses Thema besonders hervor. Dies zeigt die Notwendigkeit, dass Rollenmodelle in der Lage sein sollten, fundierte Ernährungsberatung anzubieten und gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern.

Verbesserung des Gesundheitssystems und Zugänglichkeit:

Insgesamt 39 Nennungen, vor allem aus Deutschland (16 Nennungen) und Italien (14 Nennungen), zeigen, dass eine Verbesserung des Gesundheitssystems und eine bessere Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten von Bedeutung sind. In der Qualifizierung von Gesundheitslots*inne sollte daher ein Fokus auf das Wissen über das Gesundheitssystem und den Zugang zu Gesundheitsleistungen liegen.

Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheits-Check-ups:

37 Nennungen, vor allem in Deutschland (13 Nennungen) und Österreich (9 Nennungen), heben die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen hervor. Rollenmodelle sollten daher in der Lage sein, die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen zu kommunizieren und zu fördern.

Management chronischer Krankheiten (12%):

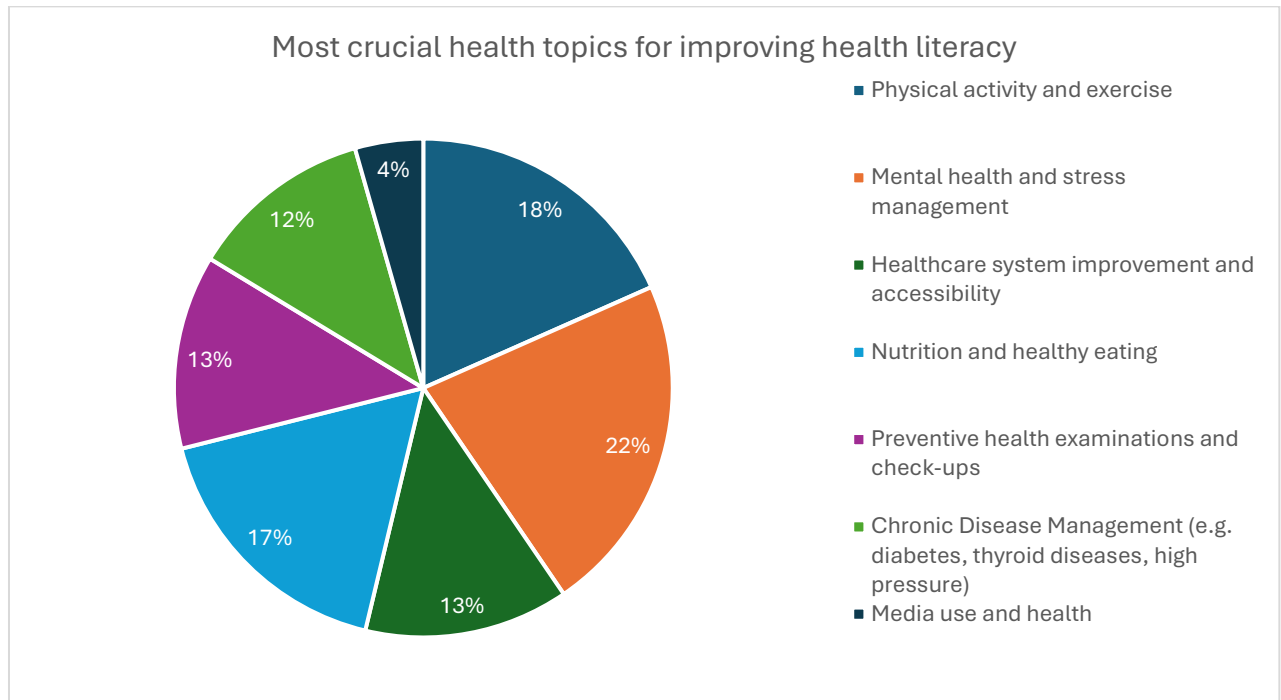
Dieses Thema wurde 35 Mal genannt, wobei Polen (13 Nennungen) und Deutschland (11 Nennungen) besonders darauf hinweisen. Die Qualifikation der Rollenmodelle sollte daher auch das Wissen über das Management chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck umfassen.

Mediennutzung und Gesundheit (4%):

Mit nur 13 Nennungen, hauptsächlich aus Polen (11 Nennungen), ist dies das am wenigsten genannte Thema. Dennoch zeigt es, dass die Kompetenz in der Mediennutzung und das Verständnis über deren Einfluss auf die Gesundheit eine Ergänzung in den Qualifizierungsprogrammen darstellen könnte.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualifizierung von Gesundheitslots*inne in der Gesundheitsförderung auf eine breite Palette von Themen abzielen sollte, wobei

psychische Gesundheit, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung als die wichtigsten Bereiche identifiziert wurden.



4.3 Akzeptanz des Lots*innenmodells in der täglichen Praxis

Die Akzeptanz des Modells der Gesundheitslots*innen in der Praxis ist entscheidend für den Erfolg der Programme. Gesundheit ist ein ständiges Thema im Arbeitsalltag der Menschen in den Lots*innensystemen, aber um Interesse an der Ausbildung zu wecken, muss es eng mit den aktuellen gesellschaftspolitischen Herausforderungen verbunden sein. Es wurden mehrere Barrieren identifiziert, die die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten verhindern (Tabelle 6). Diese müssen von den Lots*innen adressiert werden und bieten deshalb eine Grundlage zur Erstellung des Modells.

Unzureichende Bekanntheit der Angebote:

Mit 29 % der Nennungen wurde dies als das größte Hindernis identifiziert, insbesondere in Italien und Deutschland. Viele Menschen wissen oft nicht, dass es Gesundheitsförderungsprogramme gibt, oder sie sind sich nicht bewusst, wie sie diese in Anspruch nehmen können. Dies deutet darauf hin, dass die Programme stärker beworben und sichtbarer gemacht werden müssen, um eine breitere Zielgruppe zu erreichen.

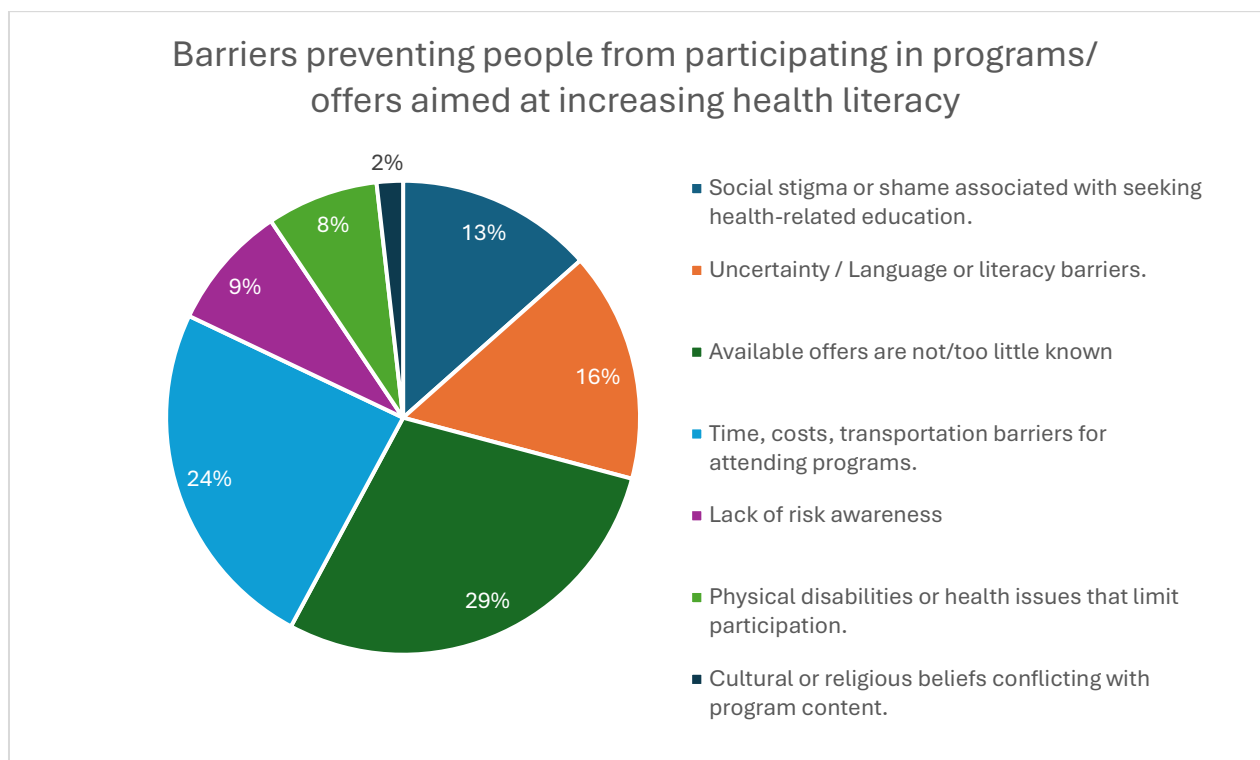
Zeit-, Kosten- und Transportbarrieren:

Diese wurden von 24 % der Befragten als problematisch angesehen, wobei Polen den höchsten Anteil an Nennungen hatte. Für viele Menschen ist es schwierig, an

Programmen teilzunehmen, weil sie zeitlich gebunden sind, keine finanziellen Mittel haben oder keine geeigneten Transportmöglichkeiten existieren. Dies deutet darauf hin, dass Gesundheitsprogramme flexibler gestaltet werden sollten, um diese Barrieren zu überwinden.

Sprach- und Verständnishürden:

Dies wurde von 16 % der Befragten als erhebliche Barriere identifiziert, insbesondere in Österreich und Italien. Sprachbarrieren und das mangelnde Verständnis komplexer Gesundheitsinformationen sind häufige Gründe, warum Menschen nicht an Gesundheitsförderungsprogrammen teilnehmen. Hier ist es wichtig, dass Programme sprachlich und kulturell angepasst werden, um eine breitere Zielgruppe zu erreichen.



Insgesamt wäre es sinnvoll, bestehende Lots*innen-Modelle zu nutzen und ein modulares Trainingsprogramm für bestehende Lots*innen mit gesellschaftspolitisch relevanten Inhalten anzubieten. Diese bereits funktionierenden Systeme bieten durch bestehende Vertrauensverhältnisse und Kenntnisse der lokalen Strukturen Zugang zu schwer zugänglichen Bevölkerungsgruppen.

Durch die Anbindung der Lots*innen an eine bestehende Institution innerhalb der Kommune wird sichergestellt, dass sie nicht auf sich allein gestellt sind. Diese Institution sollte kontinuierliche Unterstützung, Zugang zu Ressourcen und regelmäßige Schulungen anbieten. Die Förderung enger Verbindungen zwischen den Lots*innen und kommunalen Einrichtungen wie Gesundheitszentren, Schulen und lokalen kulturellen Organisationen erhöht die Reichweite und Wirkung von Programmen zur Gesundheitskompetenz.

Akkreditierte Kurse, die eine anerkannte Zertifizierung und Weiterbildungspunkte bieten, erhöhen die Glaubwürdigkeit der Lots*innen. Die Lehrmethoden sollten flexibel sein und Online-Module für die Zugänglichkeit mit persönlichen Workshops für die praktische Erfahrung kombinieren. Hybride Modelle, die beide Ansätze integrieren, können das Engagement und die praktische Anwendung maximieren.

Interaktive Lernmethoden wie Simulationen, Rollenspiele und reale Fallstudien verbessern das Verständnis und das Erinnerungsvermögen. Kontinuierliche Evaluierung und Feedback sind für eine kontinuierliche Verbesserung unerlässlich. Die Motivation kann aufrechterhalten werden, indem die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und die positiven Auswirkungen der Vorbildfunktion für die Gemeinschaft hervorgehoben werden.

5. Zusammenfassung

Die nationale Analyse zeigt, dass in allen Ländern ähnliche Herausforderungen und Ziele im Bereich der Gesundheitskompetenz bestehen. Während die spezifischen Schwerpunkte variieren, liegt der gemeinsame Fokus auf der Verbesserung der Gesundheitskompetenz in benachteiligten Gemeinschaften und der Schaffung eines nachhaltigen Modells für Gesundheitslots*innen. Die Ergebnisse der Befragungen bieten wertvolle Einblicke in die Bedürfnisse und Hindernisse der Zielgruppen sowie in die Qualifikationen, die zukünftige Gesundheitslots*innen mitbringen sollten.

Ein wesentlicher Aspekt, der aus allen Berichten hervorgeht, ist die Notwendigkeit, Programme und Initiativen stärker auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppen zuzuschneiden und Barrieren abzubauen, die den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten behindern. Die Gesundheitslots*innen spielen hierbei eine Schlüsselrolle, indem sie als Brücke zwischen den Gesundheitssystemen, -angeboten sowie -einrichtungen und der Bevölkerung fungieren und dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz auf lokaler Ebene zu stärken.

Insgesamt wird deutlich, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Förderung gesunder Gemeinschaften eng miteinander verbunden sind und dass beide Ziele nur durch eine koordinierte und zielgerichtete Herangehensweise erreicht werden können. Die Gesundheitslots*innenprogramme bieten eine vielversprechende Möglichkeit Gesundheitskompetenz zu verbessern und gesunde Kommunen zu schaffen, indem sie die Bevölkerung befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen und aktiv an ihrer Gesundheit mitzuwirken.

6. Schlussfolgerung / Modell zur Lots*innenausbildung

Auf Grundlage der nationalen Reporte wurde folgendes Modell zur Lots*innenausbildung erstellt. Die grafische Darstellung findet sich im ANNEX (Lots*innen Modell).

Befähigung von Schlüsselpersonen als Gesundheitslots*innen

Ein zentrales Element des Projekts ist der Aufbau eines Systems von Gesundheitslots*innen. Diese fungieren als Bindeglied in die Gesundheitsangebote in den Kommunen. Bestehende (ehrenamtliche) Strukturen werden einbezogen: In unserer Situationsanalyse haben wir festgestellt, dass Ehrenamtliche oder die anderen vielfältig bestehenden Lots*innen häufig mit Gesundheitsfragen konfrontiert werden. In den bestehenden Systemen und Netzwerken stellen Teilnehmende ihre Gesundheitsfragen, weil eine vertrauensvolle Atmosphäre herrscht und Zeit zum Reden ist. Insgesamt ist die Arbeit als (ehrenamtliche*r) Gruppenleiter*in eine anspruchsvolle Aufgabe. Sie werden mit den Bedürfnissen von Menschen in aktuellen Krisen (Klimawandel, Rassismus, psychische Gesundheit) konfrontiert. Daher ist die Selbstfürsorge der Lots*innen und die Stärkung ihres eigenen Gesundheitsbewusstsein ein weiteres wichtiges Thema in unserem Projekt.

Folgende Personen (Freiwillige/Fachkräfte) wurden als mögliche Lots*innen für das Projekt ermittelt:

- Gruppenleiter*innen (z. B. in der Selbsthilfe, Nachbarschaftsarbeit, Integrationsangeboten, Sprachschule),
- Menschen, in der Beratung und Begleitung (z. B. in kommunalen Netzwerken, Jobcentern) ,
- Peers im Gemeinwesen (z. B. Menschen mit Migrationsgeschichte, die einen guten Kontakt zu Migrant*innencommunities haben),
- Personen, die Interesse an Gesundheitsthemen haben oder andere Menschen unterstützen wollen.

Grundsätzliches:

- Es sind keine Vorkenntnisse im Gesundheitsbereich erforderlich
- Soziale Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen, Eigeninitiative, Kommunikationsfähigkeit, interkulturelle Sensibilität sind wichtige Bedingungen und werden zusätzlich auch geschult
- Es ist von Vorteil, bereits als Lots*in tätig zu sein, aber nicht zwingend erforderlich
- Teilnehmende an der Ausbildung sollten Kapazitäten haben, um als Lot*innen tätig zu sein.
- Für die Tätigkeit der Lots*innen wird durch das Projekt keine Vergütung oder Aufwandsentschädigung gezahlt.

Qualifikation der Gesundheitslots*innen

Lehrmethoden: Wir entwickeln ein nicht-formales Lernangebot. Es wird als Blended-Learning-Format organisiert. Das bedeutet, dass auf ein persönliches Treffen in der Gruppe Lerninhalte folgen, die unabhängig voneinander digital aufbereitet werden und

umgekehrt. Bei den persönlichen Treffen ist Raum, um mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, sich auszutauschen, die Informationen und das Wissen, das online gelernt wurde, zu diskutieren und zu reflektieren sowie bei technischen Herausforderungen zu helfen. Die digitalen Schulungsanteile machen die Qualifizierung geeigneter für unterschiedliche Bedürfnisse und stärken die digitalen Kompetenzen. Sie geben allen die Möglichkeit, flexibel zu lernen, in einem Tempo und zu einer Zeit, die selbst bestimmt werden kann. Die Inhalte werden durch eine Vielzahl von Methoden (Kurzfilme, Fragen, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele) auf ansprechende Weise vermittelt. Der Ansatz der Qualifizierung zielt darauf ab, die Kompetenzen der Lots*innen anzuerkennen und ihr Wissen zu integrieren.

Validierung der Qualifizierung: Die Qualifizierung ist ergebnisorientiert. Sie soll eine Bereicherung für die praktische Arbeit vor Ort sein. Zusätzlich erhalten die Teilnehmenden ein Zertifikat. Die Qualifikation kann durch die standardisierte Vergabe von EDCs (European Digital Credentials for Learning) im Europass als Mittel zur Validierung nicht-formaler Qualifikationen dokumentiert werden. Die Validierung unterstützt die Lots*innen bei der Übertragung ihrer Fähigkeiten auf andere Arbeitsplätze und stärkt die Karrierechancen der Teilnehmenden in ganz Europa.

Inhalte der Ausbildung:

Navigationale Gesundheitskompetenz

- Orientierung im Gesundheitssystem: Verstehen von Informationen über das Gesundheitssystem, Beurteilung der Eignung von Gesundheitsdienstleistungen, Beurteilung des Umfangs des Krankenversicherungsschutzes
- Suche nach zuverlässigen Gesundheitsinformationen online und offline (finden)
- Umgang mit Fake News (Bewerten)
- Weitergabe und Anwendung von Informationen (nutzen)

Psychische Gesundheit

- Bewältigung von Stress
- Verständnis von Einsamkeit und Möglichkeiten, damit umzugehen
- Auswirkungen des Klimawandels auf die mentale Gesundheit
- Selbstfürsorge (Erkennen der eigenen Grenzen)

Die Rolle der Lots*innen und kommunikative Fähigkeiten

- Einsatzmöglichkeiten als Gesundheitslots*in
- Rolle und Aufgaben von Gesundheitslots*innen
- Rahmenbedingungen für die Freiwilligenarbeit
- Fortgeschrittene Kommunikationsfähigkeiten (diversitätssensible und kultursensible Fähigkeiten)

Körperliche Gesundheit

- Ernährung
- Bewegung im Alltag
- Körperliche Gesundheit
- Auswirkungen des Klimawandels auf die körperliche Gesundheit
- Selbstfürsorge (körperliche Erfahrungen für die Gesundheit)

Mögliche Aktivitäten der Lots*innen:

Als vermittelnde Struktur in der Nachbarschaft übernehmen die Gesundheitslots*innen folgende Aufgaben:

Mögliche Aktivitäten:

- Ansprache von Erwachsenen und Sensibilisierung für Gesundheitsfragen
- Verbreitung von gesundheitsbezogenen Informationen
- Orientierung im Gesundheitssystem geben
- Verweis auf Kontaktstellen für weitere Hilfe und Beratung (online/ in der Nachbarschaft/im Quartier)
- Menschen motivieren, gesundheitsbezogene Dienstleistungen zu nutzen
- Raum für Austausch und Diskussion bieten

Grenzen der Aufgaben:

- Keine medizinischen Ratschläge erteilen
- Keine Diagnose von Krankheiten
- Keine Empfehlungen für ein bestimmtes Verhalten im Krankheitsfall
- Keine Therapie

Anbindung an das Umfeld Kommune und Nachbarschaft

Unser Ziel ist es, dass die Aktivitäten der Lots*innen in bestehende Strukturen in der Kommune oder Nachbarschaft integriert werden. Die Erfahrung in der Arbeit mit Freiwilligen zeigt, wie wichtig verlässliche Anlaufstellen sind, an die sie sich mit ihren Fragen wenden und Unterstützung erhalten können. Gleichzeitig können die Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit eine gute Infrastruktur für die Tätigkeit der Lots*innen bereitstellen, wie etwa Treffpunkte oder Veranstaltungsräume.

Diese Einrichtungen und lokalen Stellen können gute Anlaufstellen sein, zum

Beispiel:

- Nachbarschaftszentren oder Treffpunkte, Familienzentren mit einem guten lokalen Netzwerk,
- Sprachschulen,
- (integrativ arbeitende) Gesundheitszentren.

Autor*innen

Barbara Eifelhuber, Eva Häfele (Caritas Wien)

Beatrice Colasanto, Dalmar Mohamed Ali (Eurocultura – mobilita internationale)

Julian Bollmann, Cornelia Reichert (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.)

Anna Skocz, Edyta Gleich (sTOP – Stowarzyszenie Trenerskie Organizacji
Pozarządowych)

Kontaktperson:

Julian Bollmann

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

bollmann@gesundheitbb.de

+49 030 44 31 90 79

7. Quellen

Nationaler Bericht zu WP 2.1. Situationsanalyse Deutschland

Nationaler Bericht zu WP 2.1. Situationsanalyse Italien

Nationaler Bericht zu WP 2.1. Situationsanalyse Österreich

Nationaler Bericht zu WP 2.1. Situationsanalyse Polen

ANNEX

Tabellen

Table 1. Altersverteilung in den Befragungen.

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
18-34	2	5	3	7	17	20%
35-44	10	2	15	7	34	39%
45-54	4	7	3	5	19	22%
55-64	3	0	3	7	13	15%
65 and older	2	0	1	1	4	5%
Ergebnis	21	14	25	27	87	

Table 2. Geschlechtsverteilung in den Befragungen.

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
Male	6	2	3	7	18	21%
Female	15	12	22	20	69	79%
Ergebnis	21	14	25	27	87	

Table 3. Die wichtigsten Themen, um Gesundheitskompetenz zu stärken und gesunde Kommunen zu gestalten.

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
Physical activity and exercise	19	13	15	7	54	18%
Mental health and stress management	18	14	18	15	65	22%
Healthcare system improvement and accessibility	16	9		14	39	13%
Nutrition and healthy eating	15	9	23	4	51	17%
Preventive health examinations and check-ups	13	9	13	2	37	13%
Chronic Disease Management (e.g. diabetes, thyroid diseases, high pressure)	11	4	13	7	35	12%
Media use and health	1 NV		11	1	13	4%
Ergebnis	93	58	93	50	294	

Table 4. Welche der folgenden Gruppen würde Ihrer Meinung nach am meisten von Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz profitieren?

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
People with a migration background	17	14	1	12	44	17%

Children from families with addiction and/or psychological problems	16	8	7	7	38	14%
Caring relatives	14	6	14	14	48	18%
Elderly people (65+)	13	5	7	13	38	14%
People in unemployment	11	4	1	1	17	6%
People with disabilities	10	8	6	4	28	11%
Single parents	9	3	1	0	13	5%
Expectant and young families	9	5	9	6	29	11%
Families with children with disabilities/impairments	1	NV	7		8	3%
Ergebnis	100	53	53	57	263	

Tabella 5. Welche Bedürfnisse werden durch die derzeitigen Programme zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Gemeinde erfolgreich angesprochen?

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
Addressing specific health concerns prevalent in the community.	19	9	15	15	58	39%
Facilitating interactive and participatory learning experiences.	15	0	7	7	29	20%
Providing accessible information in multiple languages.	15	7	0	11	33	22%
Consider results from local health reporting// Engaging stakeholders effectively in program development and delivery.	6	1	3	9	19	13%
Offering tailored resources for diverse demographics.	1	NV	3	4	8	5%
Self-help groups	1	NV	0	0	1	1%
Ergebnis	57	17	28	46	148	

Tabella 6. Welche Barrieren hindern Menschen daran, an Programmen/Angeboten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz teilzunehmen?

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
Social stigma or shame associated with seeking health-related education.	15	8	3	4	30	13%
Uncertainty / Language or literacy barriers.	15	10	0	10	35	16%
Available offers are not/too little known	15	12	14	23	64	29%

Time, costs, transportation barriers for attending programs.	15	12	17	10	54	24%
Lack of risk awareness	5	2	8	4	19	9%
Physical disabilities or health issues that limit participation.	4	5	8	0	17	8%
Cultural or religious beliefs conflicting with program content.	3	1	0	0	4	2%
Ergebnis	72	50	50	51	223	

Tabelle 7. Welche Themen im Bereich der Gesundheitskompetenz sind Ihrer Meinung nach wichtig und sollten Teil der Qualifizierung sein?

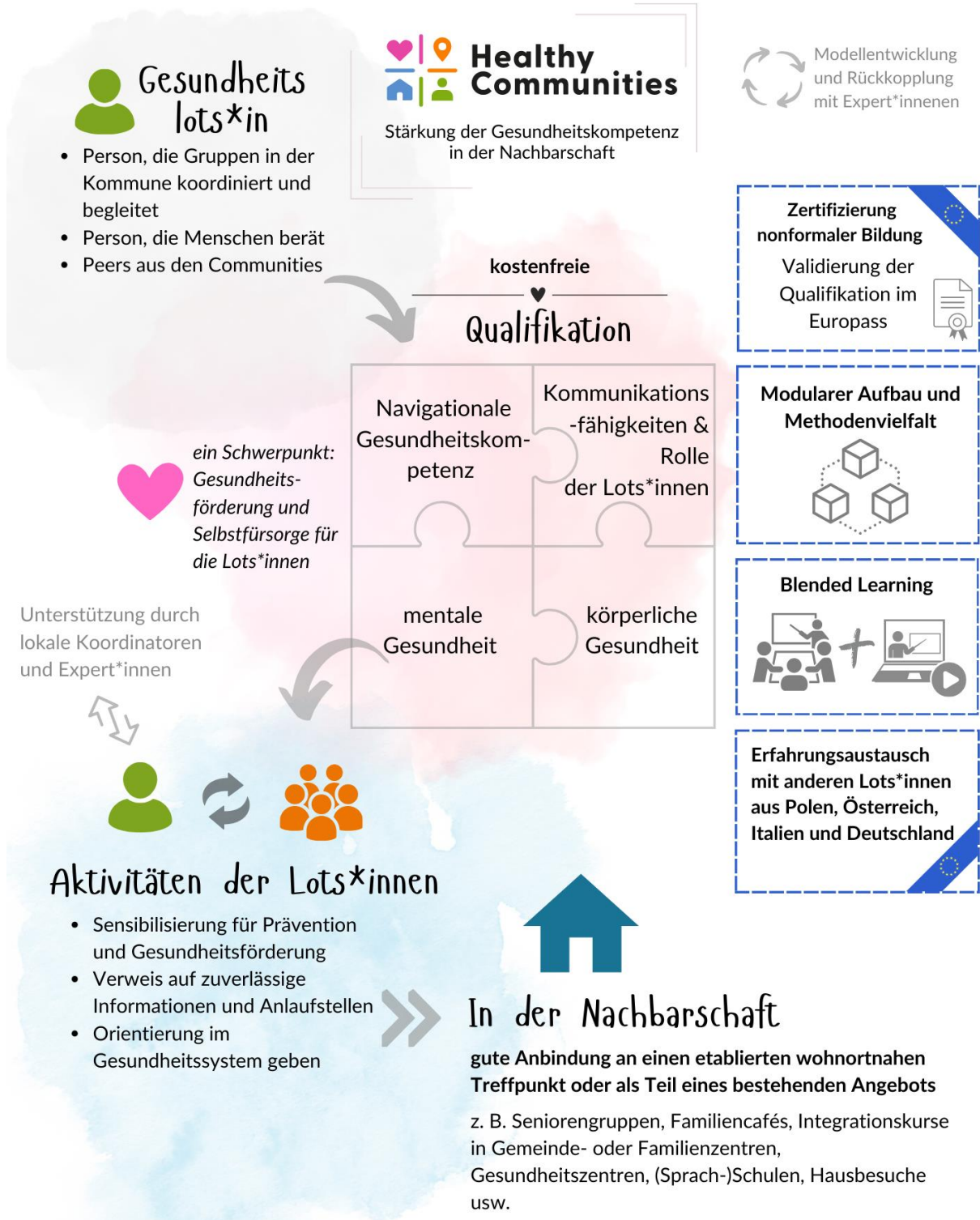
	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
Prevention offers from the health insurance company.	12	8	NV	5	25	12%
Finding good and reliable information on the internet.	13	11	10	5	39	19%
Dealing with fake news in the health sector. (Classification of health information)	13	12	7	15	47	23%
Mental Health Literacy.	14	10	6	17	47	23%
Knowledge about the structure of the health system.	17	6	11	10	44	22%
too much bureaucracy	1	NV	NV	1	2	1%
Ergebnis	70	47	34	53	204	

Tabelle 8. Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sind für Vorbilder wichtig, um die Gesundheitskompetenz in der Gemeinschaft erfolgreich zu verbessern? Welche Kompetenzen und Fähigkeiten müssen Menschen mitbringen, wenn sie "Wegweiser" werden wollen?

	Germany	Austria	Poland	Italy	Sum	Percent
Empathy and understanding to connect with community members.	18	6	13	6	43	18%
Cultural competency to engage diverse populations respectfully.	16	9	1	9	35	14%
Effective communication skills to convey health information clearly.	15	6	23	14	58	24%
Leadership abilities to organize and facilitate health education programs.	13	4	8	5	30	12%
Planning/designing of educational programs to	13	6	8	10	37	15%

happen in alternative learning context.						
Professional knowledge of evidence-based health practices and resources.	11	8	11	9	39	16%
Ergebnis	86	39	64	53	242	

Lots*innen Modell



Finanziert von der Europäischen Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die des Autors/der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können für diese verantwortlich gemacht werden.