

# 84 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

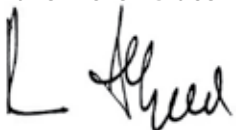
## Im Fadenkreuz der Gesundheitsförderung Abschied vom Zielgruppenbegriff?

**EDITORIAL »** Kurz vor dem vierten Anlauf für ein Präventionsgesetz in Deutschland lohnt es sich vielleicht einmal innezuhalten und nachzudenken, was eigentlich wie erreicht werden soll. Angesichts der Hysterie um bestimmte Präventionsmodethemen – Adipositas bis vor kurzen noch, mittlerweile Psychische Gesundheit/Krankheit – muss umso dringlicher gefragt werden, mit welchen Menschenbildern und Vorstellungen von normierten Leben wird wem wie von den Präventionsakteuren zu Leibe gerückt? Wer wird wann zur Zielgruppe gemacht und soll sich ändern? Warum wird kein Prosecco-Präventionsprogramm für Mittelschichtsfrauen gefordert, obwohl vor allem die davon 300 Millionen Liter pro Jahr trinken? Kennen die alle ihr Limit?

Diese Ausgabe möchte dazu einladen, sich von lieb gewordenen einfachen, aber höchst wirkungslosen Interventionskonzepten zu verabschieden. Wir diskutieren die Fragen, wer schon gerne eine Zielgruppe sein möchte und warum mit solchen militaristisch geprägten Begriffen überhaupt noch gearbeitet wird. Auch die Anlage und Nutzlosigkeit der meisten Präventionskampagnen wird in einigen Artikeln kritisch diskutiert. Als Licht am Horizont erscheint uns und den meisten Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe der Begriff der Verwirklichungschancen, der die Autonomie von Individuen ernst nimmt und zugleich Chancengleichheit fordert. Vielleicht taugt er als neuer Leitbegriff der Gesundheitsförderung besser als die Gesundheitserziehungsgedanken, die viele Programme und Maßnahmen durchziehen. »We don't need no education« sang Pink Floyd trotzig in den 80er Jahren, vielleicht wäre es die gelungene Hintergrundmusik zum Nachdenken über neue Ansätze. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine spannende Lektüre!

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Guter Hoffnung oder fremdbestimmt? Schwangerschaft, Geburt, Eltern sein« (Redaktionsschluss 07.11.2014) und »Führung und Gesundheit, Fachkräftegewinnung und Mitarbeiterbindung« (Redaktionsschluss 06.02.2015). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen oder auch Feedback zur aktuellen Ausgabe zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

Wer möchte schon gerne »Zielgruppe« sein? .....	02
Das Dilemma der Gesundheitsförderung .....	03
Respekt als Leitbild der Gesundheitsförderung .....	04
Zielgruppen und das Problem der sozialen Benachteiligung .....	06
Wer zielt auf wen? Abschied vom Zielgruppenbegriff? .....	07
Soziale Milieus: Ein anderer Blick auf »Zielgruppen« .....	08
Kolumne: Mein Abschied von einem Koffer Vorurteile .....	10
Akademische Qualifizierung im Gesundheitsbereich .....	11
Gesundheitskampagnen und ihre Wirksamkeit .....	12
Wirksamkeit von Medienkampagnen .....	13
Bürgerbeteiligung jenseits der Zielgruppenschranke .....	14
Zielgruppe sein – wie fühlt sich das an? .....	15
Selbsthilfe im Internet – Möglichkeiten und Risiken .....	17
Tagungsbericht: Immer flexibel – schnell erschöpft? .....	18
Gesundheitsvorstellungen, und -verhalten von Berufspolitikern .....	19
Gesundheitsmanagement in der Nds. Landesverwaltung .....	20
Rauchen in Gesundheits- und Sozialberufen .....	21
Gesundheitsregionen Niedersachsen .....	22
Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in der Psychiatrie .....	22
Gesundheitsförderung im kommunalen Setting .....	23
Impressum .....	24
Bücher, Medien .....	25
Termine LVG & AFS .....	29



ANDREAS MIELCK

## Wer möchte schon gern »Zielgruppe« sein?

Möchten Sie, dass auf Sie gezielt wird? Ich nicht! Und doch schaffen wir mit dem Begriff Zielgruppe so etwas wie eine Zielscheibe. In bester Absicht, wohlgemerkt. Wir wollen dazu beitragen, dass andere Menschen gesünder leben können, weniger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, ihre eigenen Ressourcen besser wahrnehmen und entwickeln. Wir wollen die soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern, mehr Gerechtigkeit schaffen. Die Liste ließe sich fortsetzen, aber schon diese Beispiele verdeutlichen, wie hoch die Ideale sind, mit denen wir unser Handeln legitimieren.

### Wer zielt wie, und warum?

Mit »wir« sind hier alle Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler gemeint. Es ist unsere zentrale Aufgabe, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten und individuellen Lebensweisen zu entwickeln. Diese allgemeine Zielsetzung bedarf vermutlich keiner weiteren Legitimation; es wird kaum einen Menschen geben, der sie nicht gutheißen würde. Die konkreten Schritte, die wir in Richtung auf diese allgemeine Zielsetzung unternehmen, müssen jedoch immer wieder einer genauen (Selbst-)Prüfung unterzogen werden. Wichtig sind hier zum Beispiel die folgenden Fragen: Gehen unsere Empfehlungen an der Lebenswirklichkeit der Personen vorbei, die wir erreichen wollen? Werden unsere Empfehlungen (und damit auch wir) als etwas naiv und weltfremd empfunden? Gibt es weitere, vermutlich ebenso wichtige Zielvorstellungen, die durch unsere Empfehlungen verletzt werden könnten, wie zum Beispiel das Recht auf Selbstbestimmung? Oder noch etwas grundlegender und »frecher« gefragt: Was ist das Leitmotiv unseres Handelns? Der Respekt vor den Personen, die wir erreichen wollen, oder die Demonstration unseres Wissens und unserer Wertvorstellungen?

Eine intensive Diskussion dieser Fragen findet man in den Public Health-Wissenschaften erstaunlich selten. Dabei geht es nicht um die Frage, wie sinnvoll die allgemeine Zielsetzung »Verbesserung des Gesundheitszustandes« ist; hier dürfte es keine grundlegenden Meinungsunterschiede geben. Klar ist

auch, dass die Public Health-Wissenschaften einen unverzichtbaren Beitrag zur Erreichung dieser Zielsetzung leisten. Es geht vielmehr um die Frage, wie unsere Empfehlungen bei den Personen ankommen, die wir erreichen wollen. Spüren sie, dass wir ihre Lebenswirklichkeit kennen und respektieren, dass wir sie nicht bevormunden wollen, sondern dass wir ihnen dabei helfen wollen, ihre eigenen Ziele im Leben zu verwirklichen? Und wenn sie uns gar nicht um diese Hilfe gebeten haben, wie können wir unsere Empfehlungen dann legitimieren? Ein japanisches Sprichwort sagt: Gib keine ungebetenen Ratschläge. Wenn wir es aber doch tun, weil wir zu wissen glauben, was eine Person benötigt, sollten wir dann nicht ganz besonders zurückhaltend sein?

### Zielgruppe als Zielscheibe?

Am Begriff »Zielgruppe« wird dieses Dilemma besonders deutlich. Auf der einen Seite ist dies ein eher pragmatischer, technischer Begriff. Im Mittelpunkt steht die Frage: Wie kann man die Gruppe der Personen bezeichnen, die man erreichen möchte? Gibt es hierfür einen kurzen, klaren Begriff? Man könnte beispielsweise Adressatinnen und Adressaten sagen, aber das klingt etwas abstrakt und akademisch. Der Begriff »Zielgruppe« erscheint da viel klarer und griffiger. Zudem wird auch in der englischsprachigen Diskussion immer von »target group« gesprochen. Auf der anderen Seite wird mit »Zielgruppe« aber ein bestimmtes Bild transportiert: Es gibt einen Schützen, ein Schießgerät (zum Beispiel Gewehr) und ein Ziel, das getroffen werden soll. Man kann sich gegen dieses Bild wehren, ganz frei von diesem Bild wird der Begriff »Zielgruppe« aber nie sein. Übertragen auf die Gesundheitswissenschaften transportiert der Begriff somit (ungewollt!) das folgende Bild: Entscheidend ist die wissenschaftliche Expertise der Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Bei der Entwicklung ihres Konzeptes stützen sie sich vor allem auf den Stand ihrer wissenschaftlichen Erkenntnisse. Dann nehmen sie die »Zielgruppe« ins Visier und überlegen, wie sie die Personen erreichen können, die sie erreichen wollen. Anschließend prüfen sie dann, wie sich ihr Konzept in der Praxis bewährt hat, um beim nächsten Mal ein noch ausgereifteres Konzept entwickeln zu können.

Dieses Bild widerspricht somit völlig einer weiteren Zielvorstellung, welche zumeist mit dem Begriff Partizipation umschrieben wird. Die Personen, die erreicht werden sollen, müssen in die Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen integriert werden, so umfassend und früh wie möglich – diese Aussage wird heute allgemein akzeptiert. Umso wichtiger ist es daher, dass wir alle unsere Begriffe und Konzepte daraufhin überprüfen, ob sie für diese Zielvorstellung eher förderlich oder eher hinderlich sind. Wenn beim Begriff »Zielgruppe« an das Bild der Jagd erinnert wird, dann mag dies etwas übertrieben klingen. Mit Partizipation lässt sich ein Begriff wie »Zielgruppe« aber nur schwer in Einklang bringen.

### Welche Alternativen gibt es?

Entscheidend ist letztlich, was die Personen sagen, die wir erreichen wollen. Welchen Begriff würden sie bevorzugen? »Zielgruppe« wird es vermutlich nicht sein. Aber welcher Begriff wäre besser, welcher Begriff würde klar und verständlich sein und zugleich ausdrücken, dass wir die jeweilige Lebensweise respektieren, dass wir Partizipation anstreben und keine Bevormundung? Vielleicht gibt es einen solchen Begriff nicht.



Dann wäre es besser, die jeweilige Personengruppe etwas ausführlicher zu beschreiben und nicht zu versuchen, sie mit einem einzigen Begriff zu charakterisieren. Wenn sich eine Maßnahme an Jugendliche richtet, die kaum Sport treiben, dann kann ich diese Gruppe auch so benennen. Wenn sich eine andere Maßnahme an ältere Arbeitnehmende im Baugewerbe richtet, kann ich auch diese Gruppe genau so benennen. Schwieriger wird es, wenn ich einen Begriff suche, der das Gemeinsame beider Gruppen ausdrücken kann, aber auch dann sollte versucht werden, so deskriptiv (beschreibend) wie möglich zu bleiben (zum Beispiel »die Personen, die erreicht werden sollen«).

Man kann den Diskurs über die Verwendung des Begriffes »Zielgruppe« auch ganz anders führen: Wäre es nicht sinnvoller, nur die Personen als »Zielgruppe« zu bezeichnen, die um einen Ratschlag gebeten haben? Wenn zum Beispiel die Gesundheitsbehörde einer Kommune wissen möchte, wie man Jugendliche zu mehr sportlicher Aktivität bewegen kann, dann richten sich die daraufhin entwickelten Ratschläge doch zunächst einmal an die Mitarbeitenden der Gesundheitsbehörde. Sie wären die »Zielgruppe«, und ein Ratschlag wie Erleichterung des Zugangs zu Sportvereinen wäre hier auch an der richtigen Adresse. Wenn die Jugendlichen also nicht selbst um die Ratschläge gebeten haben, dann sind sie auch nicht die »Zielgruppe« dieser Ratschläge. Sie wären dann eher die »Partner«, die man erst noch überzeugen muss. Dies wird jedoch nur gelingen, wenn man von den Bedürfnissen und Wünschen der Jugendlichen ausgeht, und wenn sie mitentscheiden können über die Planung konkreter Maßnahmen. Wenn die Jugendlichen nicht mehr als »Zielgruppe« angesehen werden, sondern als »Partner«, wäre dies ein wichtiger Wechsel der Perspektive. In den Mittelpunkt rückt dann die Frage, wie sie zur Mitarbeit gewonnen werden können, und damit auch die Bedeutung ihrer Partizipation. Selbstverständlich muss auch gefragt werden, ob und wann ein Begriff wie »Partner« sinnvoll ist und wann nicht.

Diese Überlegungen sollen verdeutlichen, dass der Begriff »Zielgruppe« missverständlich ist und (ungewollt!) Abwehrlungen provozieren kann. Es ist eine etwas mühsame Arbeit, aber es führt kein Weg daran vorbei: Wir müssen unsere Begriffe und Formulierungen immer wieder daraufhin überprüfen, ob sie wirklich dem Ziel dienen, welches wir mit den Public Health-Wissenschaften und mit der Praxis »vor Ort« erreichen wollen.

Literatur beim Verfasser

DR. ANDREAS MIELCK, Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Postfach 1129, 85758 Neuherberg, E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de

THOMAS MATTIG

## Das Dilemma der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung, wie wir sie heute kennen, geht zurück auf Prozesse innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Mit deren Gründung wurde Gesundheit zu einem völkerrechtlich verbrieften Recht und ihre Förderung zur staatlichen Pflicht. Ihre gesellschaftliche Bedeutung erlangte die Gesundheitsförderung aber erst im Jahre 1986, als sie an der ersten WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung zu einem politischen Programm der öffentlichen Gesundheit erhoben wurde. Die nach dem Konferenzort benannte Ottawa-Charta setzt Normen, welche die Tätigkeit der Gesundheitsförderung entscheidend prägen. Will sie sich weiterentwickeln, darf die Gesundheitsförderung diese Normen nicht einfach als gegeben hinnehmen, sondern muss sie zur Diskussion stellen und ihre Legitimität überprüfen.

Zentral geht es dabei um die normativen Werte der Chancengleichheit und Autonomie. Diese Werte können allerdings zu Widersprüchen führen, weil sie unterschiedliche Ziele verfolgen. Im Spannungsfeld zwischen Autonomie der Individuen und Gleichheit in der Gesellschaft bewegt sich die Gesundheitsförderung.

### Leitkonzepte der Gesundheitsförderung

Betrachten wir zwei wichtige Konzepte, auf die sich Gesundheitsförderung stützt:

- » Die Salutogenese nach Antonovsky gilt als Rahmenmodell, welches die Entwicklung der Gesundheitsförderung entscheidend geprägt hat. Gemäß Antonovsky ist nicht nur wichtig, was Menschen krank macht. Entscheidend ist auch, was diese gesund hält, obwohl sie Belastungen ausgesetzt sind. Nach dem Modell der Salutogenese gibt es personenbezogene und soziale Schutzfaktoren, welche es den Menschen erlauben, die Folgen von Belastungen zu mindern. Die personalen Schutzfaktoren sind dann gegeben, wenn Menschen die Vorgänge in ihrem Leben verstehen, sie gestalten und in ihnen einen Sinn erkennen können (Kohärenzgefühl).
- » Das zweite tragende Konzept betrifft die sozialen Determinanten der Gesundheit. Wie bei der Salutogenese wird hier davon ausgegangen, dass die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen wir aufwachsen, wesentlich dazu beitragen, wie sich unser Gesundheitspotential entwickelt. Insbesondere die Arbeiten des Briten Michael Marmot und Richard Wilkinson zeigen, wie soziale Rahmenbedingungen die ungleiche Verteilung von Gesundheit in einer Gesellschaft erklären können.

Diese beiden Ansätze bilden allerdings kein wissenschaftlich fundiertes Modell, auf das sich die Gesundheitsförderung stützen könnte. Das Fehlen einer theoretischen Grundlage hat seine Vorteile: Gesundheitsförderinnen und -förderer sind zumeist praktisch und pragmatisch handelnde Menschen. Sie ergehen sich nicht in langen Theorien, sondern packen dort an, wo es nötig ist. Gleichzeitig verursacht das Fehlen eines Modells im Alltag Probleme: Weder das Konzept der Salutogenese noch jenes der Gesundheitsdeterminanten werden konsequent umgesetzt. Die Gesundheitsförderung betont zwar die Aspekte des Empowerments und der Partizipation. Gleichzeitig verfolgt sie aber einen lenkenden Ansatz, weil sie Chancengleichheit realisieren und die Menschen zu einem



definierten, gesunden Lebensstil bewegen will. Dahinter verbirgt sich letztlich ein paternalistischer Imperativ: »Sei frei, sei stark – aber lebe so, wie es gesund ist.« So steckt Gesundheitsförderung im Dilemma zwischen dem Anspruch auf maximale Chancengleichheit und demjenigen auf maximale Freiheit.

### Der Capability-Approach als ergänzendes Konzept?

Einen möglichen Weg aus diesem Dilemma bietet der sogenannte Capability-Approach (Verwirklichungschancen-Ansatz) des indischen Nobelpreisträgers Amartya Sen und der US-Philosophin Martha Nussbaum. Für Sen und Nussbaum ist Freiheit deshalb wertvoll, weil sie es dem Menschen ermöglicht, selbstbestimmt zu leben. In diesem Ansatz geht es nicht um die Forderung nach einer abstrakten Freiheit, sondern um die Formulierung ganz konkreter menschlicher Bedürfnisse, um die Verwirklichungschancen von Lebensentwürfen. Autonome Menschen sollen ihre Bedürfnisse selbst und frei formulieren können, und es ist Aufgabe des Wohlfahrtsstaates, dies zu ermöglichen. In den Worten von Nussbaum: »Es ist Aufgabe der gesellschaftlichen Institutionen, den Bürgerinnen und Bürgern die materiellen, institutionellen und pädagogischen Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die ihnen den Zugang zum guten Leben eröffnen, und sie in die Lage versetzen, sich für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden.« Ob man einen gesunden oder einen ungesunden Lebensstil führen will, ist allein Sache des Individuums und seiner Autonomie.

Den Capability-Approach ernst zu nehmen bedeutet, keinerlei Zwang auszuüben. Mit anderen Worten: Die Entscheidung zu rauchen oder nicht, sich zu bewegen oder nicht, sich fett und süß zu ernähren oder nicht, ist einzig und allein Sache jeder und jedes Einzelnen und liegt in seiner respektive ihrer Freiheit. Wichtig ist lediglich, dass Gesundheitsförderung dazu beiträgt, dass sich die Menschen prinzipiell frei entscheiden können.

### Bedeutung für die Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung sollte sich vermehrt auf die gemeinsamen Grundlagen von Salutogenese, Gesundheitsdeterminanten und den Capability-Ansatz berufen. Dadurch rückt die Autonomie der Bürgerinnen und Bürger stärker in den Vordergrund. Damit ist nicht eine Autonomie gemeint, die egoistisch nur die eigenen Bedürfnisse im Blick hat, sondern eine Autonomie, die Verantwortung übernimmt für das eigene Handeln. Verantwortung gegenüber sich selbst wie auch gegenüber den anderen.

Natürlich soll Gesundheitsförderung auch vermitteln, was ein gesundes Leben ausmacht, welche Formen der Bewegung, der Ernährung, der Arbeitsgestaltung Gesundheit und Wohlbefinden fördern. Doch darf und kann sie nicht Gesundheitsförderung sein, was sie leider immer noch oft ist.

Es ist an der Zeit, das theoretische Fundament der Gesundheitsförderung zu diskutieren und aufzubauen. Das legt die Basis für künftiges Arbeiten und politisches Durchsetzungsvermögen. Gleichzeitig darf die Gesundheitsförderung ihre pragmatische und praktische Herkunft nicht vergessen. Damit Gesundheitsförderung noch besser wird, mit Theorie und Praxis, mit Kopf, Herz und Hand.

Literatur beim Verfasser

DR. THOMAS MATTIG, Gesundheitsförderung Schweiz, Duffourstraße 30, 3000 Bern 6, E-Mail: thomas.mattig@promotionsante.ch



THOMAS ALTGELD

## Respekt als Leitbild der Gesundheitsförderung

»Je mehr es sich ändert, desto mehr bleibt es sich gleich« lautet ein französisches Sprichwort. In Zeiten der »digitalen Prävention« kann man sich nur wundern, wie wenig sich Denkmodelle und Haltungen verändert haben, auch wenn sie insbesondere junge Menschen dahin verfolgen, wo sie sich statistisch gesehen häufiger aufhalten als die meisten Präventionsakteure selber, nämlich in den sozialen Netzwerke. Die Botschaften, die von mal mehr oder weniger spezialisierten Agenturen trendig aufgearbeitet und eventmäßig in die Netze gebracht werden, sind oft an Simplizität nicht zu überbieten. Auch wenn das jetzt häufig unter der Überschrift »Gesundheitsförderung« vermarktet wird, atmen die meisten Konzepte den antiquierten Geist der Gesundheitserziehung oder der gesundheitlichen Aufklärung.

Die Menschenbilder hinter diesen Konzepten sind meistens trivial, gehen sie doch davon aus, dass beispielsweise ein dicker Mensch nicht ausreichend Wissen darüber hat, was ihn dick macht und wie er dünner werden könnte. Oder etwa im Rahmen der neuen Stresshysterie, dass vielbeschäftigte Menschen nicht wissen, wie sie ihre Ressourcen außer- und innerhalb der Arbeit wieder auftanken können. Ob nun über kleine Tests, lange Broschüren, lustige Animationen, Computerspielchen oder gelenkte Chatmöglichkeiten, immer soll irgendwann eine Erkenntnis erfolgen, die möglichst ein »problematisches« Verhalten in eine gewünschte Richtung verändert. Der Kybernetiker von Foerster hat den Begriff der »nicht-trivialen Maschinen« geprägt. »Der Großteil unserer institutionalisierten Erziehungsbemühungen hat zum Ziel, unsere Kinder zu trivialisieren. Ich verwende diesen Begriff »Trivialisierung« genau so, wie er in der Automatentheorie gebräuchlich ist. Dort ist eine triviale Maschine durch eine festgelegte Input-Output-Beziehung gekennzeichnet, während in einer nicht-trivialen Maschine (Turingmaschine) der Output durch den Input und den internen Zustand der Maschine bestimmt wird.« Bezogen auf den dicken oder durch die Arbeit gestressten Menschen

gehen fast alle Programme oder Schmalspurkampagnen davon aus, als wüssten sie, wie welches Verhalten ausgelöst werden kann. Gesundheitsverhalten im Alltag ist aber keine Frage von Abspulen irgendeines Gesundheitswissens.

Antonovsky, der Begründer der Salutogenese, also der Theorie von dem, was den Menschen gesund erhält, hat bewusst auf enge Gesundheitsdefinitionen verzichtet. Er mahnte sogar, dass Gesundheitsdefinitionen immer auch die Festlegung von Normen beinhalten und damit die Gefahr, andere Menschen nach Maßstäben und Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zutreffen. Ein frühzeitiger Einbezug der Menschen, mit denen gearbeitet werden soll, muss schon bei der Problemdefinition der Goldstandard für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden. Je frühzeitiger in den Dialog gegangen wird, je intensiver Menschen partizipieren an der Problemdefinition und Programmgestaltung, desto niedriger sind die Schwellen der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Die Stellschrauben dafür sind vor allem ein Menschenbild, das von Respekt gekennzeichnet ist, Dialogfähigkeit und Rollenklarheit, was man als Professioneller in diesem Kontext überhaupt erreichen will oder kann.

### Respekt als Grundlage von Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit

Grundlage für das Fließen öffentlicher Gelder in die präventive Programmentwicklung ist meist nicht Wertschätzung von Lebenswirklichkeiten sehr unterschiedlicher Menschen. Häufig werden irgendein epidemiologischer Befund und/oder die Sorge um Folgekosten für die öffentlichen und Sozialversicherungskassen als Anlass genommen, sich um ein »Problem« zu kümmern und »Lösungen« zu entwickeln. Aber schon die Problemdefinition findet nicht in sozialen Beziehungen statt, sondern in asymmetrischen Kontexten. Fachleute, Medien oder die Gesundheitspolitik definieren das Problem, das bestimmten gesellschaftlichen Gruppen zugeschrieben wird. Ob diese selbst das auch als Problem wahrnehmen oder ganz andere, möglicherweise vordringlichere Probleme in ihrem Alltag haben oder gar keine, ist für den Präventions- und Projektaktivismus völlig irrelevant, weil kein frühzeitiger Kontakt gesucht wird. Reale soziale Beziehungen zu den Gruppen existieren in der Regel ohnehin nicht oder nur anekdotisch.

Sennet hat in seinem etwas eklektischen Buch »Respekt im Zeitalter der Ungleichheit« gefordert, »dass man an anderen Menschen akzeptiert, was man nicht versteht«. Das bedeutet auch, dass man Schwachen oder Außenseitern, Autonomie zubilligt und ihnen damit ihre Würde lässt. Respekt bedeutet für Sennet, dass man als Mensch angesehen wird, dessen Anwesenheit etwas zählt, und eben nicht als ein Problemträger. In der ganzen fürsorglichen Sozialpolitik lauert für ihn die Gefahr, das Gegenteil auszulösen und Abhängigkeiten neuer Art zu schaffen – sei es durch umfangreiche Versicherungspflichten, detailregelte Sozialleistungen oder intervenierende Sozialarbeit oder eben in unserem Falle, gut gemeinte, aber schlecht gemachte Präventionsprogramme.

### Rollenklarheit ist notwendig

Für eine partnerschaftliche Gestaltung von Gesundheitsförderungsansätzen ist Rollenklarheit notwendig. Grossmann und Scala haben bereits 1994 vier Rollen ausgemacht, die Professionelle in der Gesundheitsförderung sinnvoll ausfüllen können:

- » Expert (Forschen, Publizieren von Gesundheitsberichten, Fachberatung)
- » Advocate (Öffentlichkeitswirksame Aktionen, Überzeugen von Entscheidungsträgern, Bewusstseinsbildung)
- » Enabler (Fortbildung in Gesundheitsthemen wie Ernährung oder Bewältigungsstrategien)
- » Chance Facilitator (Organisationsentwicklung, Aufbau intersektoraler Kooperationen, Verhandeln, Schaffen von Infrastrukturen)

Gerade die Rollen des Chance Facilitators oder des Advocate sind in der hiesigen Präventionslandschaft unterentwickelt und kaum zu finden, außer in Teilbereichen des betrieblichen Gesundheitsmanagements möglicherweise. Aber gerade diese Rollen würden es möglich machen, Respekt zu zeigen und an den Lebenswirklichkeiten und der Selbstwahrnehmung anderer Menschen anzuknüpfen und erst mal in den Kontakt statt in die Problembeschreibung zu gehen!

Was wir brauchen ist eine andere Leitidee, eine die nicht besserwisserisch oder volksbeglückend daher kommt. Wir brauchen keine Risikoprofile oder Problemlagen irgendwelcher abstrakter Menschen, sondern das Ernstnehmen von Lebensentwürfen und -wirklichkeiten von anderen.

Amartya Sen schlägt Verwirklichungsschancen als Denkfigur dafür vor. Verwirklichungschancen sind für ihn die Möglichkeit jedes Menschen, bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen. Von ihnen und nicht von uns für erstrebenswert gehalten! So eine Orientierung im Denken fehlt uns. Für den Bereich des geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsmanagements habe ich 2009 skizziert welche Stufen vor der Maßnahmenentwicklung stehen sollten. Dieses Modell lässt sich ohne weiteres auf alle Präventionsfelder oder gesundheitsfördernden Settings übertragen:

#### 1 » Selbstreflexion

(Zugang zum Thema, Haltungen, Vorerfahrungen, Kompetenzen, Vorurteile ...)

#### 2 » Festlegen mit wem gesprochen und gearbeitet werden soll

(z. B. nicht »die Männer«, sondern z. B. in einem Betrieb Männer aus bestimmten Altersgruppen, Hierarchieebenen oder Betriebsteilen)

#### 3 » Partizipation und Beteiligung organisieren

(Dialogisches Prinzip, Gemeinsame Problemdefinitionen statt Übermittlung von Botschaften oder Abspulen von Programmen)

#### 4 » Maßnahmenentwicklung und -durchführung

(Kleine Schritte statt Maximallösungen, geschlechtergerechte Sprache bei der Bewerbung von Angeboten, anschließend mögliche Verankerung in Routinen)

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers siehe Impressum



HOLGER ZIEGLER

## Verwirklichungschancen, Zielgruppen und das Problem der sozialen Benachteiligung

Der Capability-Ansatz (CA) hat in den letzten Jahren auch in der Sozialen Arbeit eine gewisse Aufmerksamkeit erfahren. Dies ist kein Zufall, zumal der CA Übereinstimmungen mit einer Reihe von sozialarbeiterischen Traditionen aufweist. Die Idee besteht darin, die Lebensaussichten von Menschen in der Form zu bearbeiten, dass ihre Entfaltungsmöglichkeiten, d. h. ihre realen Entwicklungsmöglichkeiten und Autonomie-spielräume erhöht werden. Die Frage lautet, was Menschen in die Lage versetzt, Praktiken und Zustände zu realisieren, die sie aus guten Gründen wertschätzen. Welche in gesellschaftliche Situationen und Kontexte eingebundenen Handlungsoptionen sind für welche Personen, unter welchen Umständen und zu welchen »Kosten«, möglich? Mit welchen realisierbaren Spielräumen, Beschränkungen und Belastungen sind Menschen in ihren Versuchen konfrontiert, ein gelingendes Leben zu führen? Um diese Fragen geht es im CA. Nicht aber darum, ein athletisches Personenkonzept zu unterstellen, das prinzipiell davon ausgeht, dass das Dasein von Menschen – unabhängig von ungleichen sozialen, politischen, und ökonomischer Bedingungen – das Resultat ihres selbstverantworteten, aktiven Handelns ist.

### Soziale Benachteiligung

Auch der CA geht davon aus, dass ein »gutes Leben« ein praktisch geführtes Leben ist und damit offensichtlich auf »aktives Handeln« verweist. Allerdings betont der CA ein Konzept von Personen, das die prinzipielle Verletzlichkeit, Abhängigkeit und Fürsorge-Bedürftigkeit menschlicher Subjekte ernst nimmt. Nur so wird die Frage, wie Menschen mit den Ermöglicungen und Begrenzungen der Realisierung wertgeschätzter Praktiken, Zustände und Beziehungsmuster umgehen, zu einer gehaltvollen Frage. Die Tatsache sozialer Benachteiligung ist dabei entscheidend. Denn ein wesentlicher Widerspruch gegenwärtiger kapitalistischer Gesellschaften besteht darin, dass ein historisch außergewöhnlich hohes Maß an Wohlstand und Möglichkeiten für Entfaltung offensichtlich mit andauerndem Elend und vereitelten menschlichen Potenzialen einhergehen kann und einhergeht. Die politisch-institutionelle Gestaltung gegenwärtiger Gesellschaften eröffnen einigen Menschen Vorteile im Zugang und der Nutzung mate-

rieller und sozialer Bedingungen menschlicher Entfaltungsmöglichkeiten, die sich als Benachteiligung anderer darstellen. Die Rede davon, dass Benachteiligung ein »Defizit«-Begriff sei, der durch einen Fokus auf Stärken und Resilienz zu überwinden sei, erscheint vor diesem Hintergrund als eine ideologische Realitätsverdrängung. Die Realisierung eines guten Lebens ist mit Arbeit, Anstrengungen, Entbehrungen oder »Kosten« im breitesten Sinne verbunden – nur sind die »Kosten« und deren »Erträge« (d. h. die realen Lebensaussichten) von Beginn an unterschiedlich hoch. Der Begriff der sozialen Benachteiligung verweist darauf, dass es solche Unterschiede in den Kosten und Erträgen gibt und diese weder natürlich noch zufällig sind, sondern politisch, ökonomisch und institutionell hergestellt werden.

### Handlungsfähigkeit und aktives Handeln

Man kann von sozialer Benachteiligung absehen und stattdessen aktives Handeln betonen und Handlungsfähigkeit als Eigenschaft verstehen, die jeder Person per se innewohnt. Damit wird die Frage, was die Realisierung wertgeschätzter Praktiken und Zustände ermöglicht oder beschränkt aber nicht beantwortet, sondern lediglich (der Mangel an) Selbstkontrolle, Selbstverantwortung und Selbststeuerung als moralischer Zurechnungsmodus akzentuiert. Wird die Frage nach »aktivem Handeln« und Handlungsfähigkeit in einer analytisch wie praktisch nutzlosen Weise abstrahiert und verallgemeinert, lässt sich selbst unter miserabelsten und heteronomsten Bedingungen Individualität, Intentionalität, Autonomie, Eigeninitiative, Kreativität und Wahlhandeln suchen und finden. Ein Fokus auf Handlungsfähigkeit und »aktives Handeln« sowie das damit einhergehende Bild der Adressatinnen und Adressaten als aktive Gestalterinnen und Gestalter ihres eigenen Lebens, legt in diesem Kontext nahe, der Frage, inwiefern benachteiligte Menschen selbst für ihre Benachteiligung verantwortlich sind, eine unangemessen hohe Aufmerksamkeit zu schenken: Wenn wir alle unser Leben aktiv selbst gestalten, was bedeutet dies dann mit Blick auf Verantwortungszuschreibungen vor dem Hintergrund der Tatsache, dass manche Lebenswelten durch Ausbeutung, Ausgrenzung, Demütigung, Entfremdung, Entrechtung, Marginalisierung, Missachtung, Ohnmacht und Nicht-Repräsentanz gekennzeichnet sind? Die Antwort liegt auf der Hand: Wer Handlungsfähigkeit und »aktives Handeln« zuschreibt, schreibt auch (moralische) Verantwortung zu.

### Inanspruchnahme von sozialen Diensten

Nimmt man die Tatsache sozialer Benachteiligung ernst, kommt man schnell zu der nur scheinbar pragmatischen Frage nach der Zielgruppe sozialer Dienste. Zwar sind Forderungen, allen Menschen Möglichkeiten zur Gestaltung eines guten Lebens zu eröffnen, legitim und plausibel – angesichts der Ungleichverteilung dieser Möglichkeiten sollte der prioritäre Fokus jedoch auf denjenigen liegen, die im genannten Sinne sozial benachteiligt werden. Es ist nun empirisch evident, dass alle praktischen Angebote, die »offen« und ohne Zielgruppenbezug gestaltet werden, einen sozialen Gradienten aufweisen: Je größer die Benachteiligung ist, desto unwahrscheinlicher wird es, dass solche Angebote in Anspruch genommen werden. Die Nicht-Inanspruchnahme von Angeboten erscheint als massives Problem. Es ist davon auszugehen, dass auf jede Person, die personenbezogene soziale Leistungen in Anspruch nimmt, eine um ein vielfaches höhere Anzahl von Personen kommt, die solche Leistungen trotz



Berechtigung nicht in Anspruch nehmen. Zu den wesentlichen Gründen der Nicht-Inanspruchnahme gehören zum einen ein mangelnder Informationsstand über Berechtigungen und Zugänge sowie bürokratische Hürden, zum anderen eine Reihe subjektiver Motive, die sich nicht zuletzt aus Stigmatisierungsbefürchtungen und/oder Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber Leistungserbringern und Behörden speisen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Angebote so gestaltet sind, dass sie tatsächlich als eine zugängliche Option betrachtet werden, d. h., ob es Angebote sind, die von den Betroffenen so angeeignet werden können, dass sie als effektive und sinnvolle Möglichkeit betrachtet werden, die es ihnen erlaubt (oder zumindest erleichtert) ihr Leben in einer Weise zu gestalten, die sie begründet wertschätzen. Meines Wissens ist dies bislang kein Leistungsindikator in Wirkungsstudien. Auch Versorgungsforschungen oder systematische Analysen zur Nicht-Inanspruchnahme personenbezogener Dienste finden sich im Feld der Sozialen Arbeit derzeit nicht.

### Die »Paternalismusfrage«

Mit solchen Perspektiven ist eine unangenehme »Paternalismusfrage« verknüpft. Was ist zu tun, wenn die unmittelbar artikulierten – und häufig den Realitäten einer sozial benachteiligten Lebenslage angepassten – subjektiven Wünsche der Menschen nicht deckungsgleich mit dem sind, was ihre objektiven Aussichten auf die Realisierung eines guten Lebens erhöht? Massive Wissenslücken und ein Unbehagen, sich systematisch der komplexen Frage zu stellen, was rechtfertigbare und nicht-rechtfertigbare Formen paternalistischer Interventionen sind, dürften zumindest auf der akademischen Ebene die Zutaten sein, die es attraktiv machen, am besten auf Begriffe »der Klientin, des Klienten« und der »Zielgruppe« zu verzichten und stattdessen die Mär von Menschen als freischwebende Gestalterinnen und Gestalter ihres Lebens und ihrer Lebens- und sozialen Umwelten zu erzählen. Die Gerechtigkeitseffekte dieses Märchens dürften biblischen Ausmaßes sein: »Denn wer da hat, dem wird gegeben, dass er die Fülle habe; wer aber nichts hat, dem wird auch das genommen, was er hat.« (Mt. 25,29).

Literatur beim Verfasser

DR. HOLGER ZIEGLER, Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft / AG 8 Soziale Arbeit, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-33 23

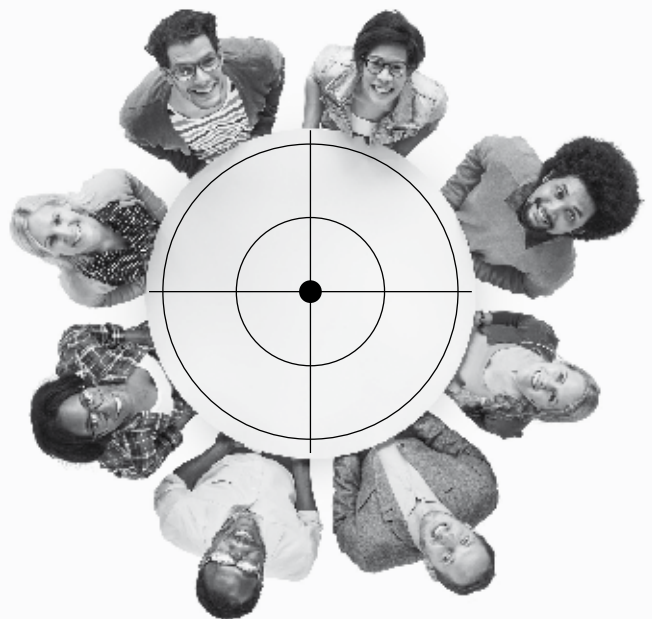
UWE H. BITTLINGMAYER, DIANA SAHRAI

## Wer zielt auf wen? Abschied vom Zielgruppenbegriff?

Auf den ersten Blick ist der Begriff Zielgruppe innerhalb von Public Health wenig spektakulär. Und doch liegt im Thema Zielgruppen die gesamte Komplexität des schwierigen Verhältnisses von Public Health-Theorie und -Praxis eingeschlossen. Im Folgenden sollen einige Dilemmata skizziert und in Hinblick auf ihre Bedeutung für die Praxis diskutiert werden.

### Die üblichen Verkürzungen in den Zielgruppen-Konstruktionen

Klassische speziellere Zielgruppen in Public Health sind Gruppen, die als schwer erreichbar für die zur Verfügung gestellten Public Health-Angebote gelten. Solche schwer erreichbaren



Gruppen werden aus der betrieblichen Gesundheitsförderung (etwa die manuell tätigen Arbeiterinnen und Arbeiter) ebenso wie aus der Präventionsarbeit (schulbildungsferne oder unterprivilegierte Gruppen, Wohnungslose, Migrantinnen und Migranten) kontinuierlich gemeldet. Dabei wird allerdings das Spektrum der schwer erreichbaren Gruppen in der Regel bei den Bemühungen, diese Gruppen doch für Public Health-Angebote zu begeistern (oder in den autoritären Varianten wahlweise zu ihrem Glück zu zwingen), eingeschränkt. Denn es gibt eine Reihe von Zielgruppen, deren Gesundheit vermutlich ebenso wie Unterprivilegierte von Public Health-Angeboten profitieren würde, an die aber kein Herankommen möglich scheint, wie etwa Topmanager (in aller Regel Männer), Spitzenpolitikerinnen und -politiker, Superreiche, Chefärztinnen und -ärzte. Das liegt am klassischen Mittelschicht-bias der Public Health-Praxis. Damit ist gemeint, dass Public Health-Angebote häufig auf die Lebenswelten der Anbietenden selbst zugeschnitten sind und bestimmte Arbeitsumgebungen und soziale Positionierungen im unteren sozialen Mittelfeld repräsentieren. Menschen, die über erheblich mehr Status und Handlungsmacht verfügen, werden mit kursförmigen Angeboten kaum adressiert, vermutlich aus eigenen Unterlegenheitsgefühlen. Stattdessen werden alle, die auf jeden Fall unterhalb der eigenen gesellschaftlichen Position liegen, wiederholt in den Blick genommen: Junge Mütter, Wohnungslose, Gefängnisinsassen, Menschen in sozialen Brennpunkten etc. Die Rede von den schwer erreichbaren Zielgruppen hat insofern immer schon einen Beigeschmack, wenn nicht alle empirisch schwer erreichbaren Gruppen mit aufgezählt werden.

### Die Festlegung auf ein zielgruppenspezifisches Merkmal

Eine zweite problematische Form zielgruppenspezifischer Arbeit besteht in der vorherigen Zurüstung auf ein einziges Merkmal von Personen, die als Gruppe als schwer erreichbar klassifiziert werden. Das wird besonders augenfällig bei der Gruppe der Migrantinnen und Migranten. In der Ungleichheitstheorie werden seit Jahren Intersektionalitäten, also Kreuzungen von Ungleichheitsbereichen thematisiert, um darauf hinzuweisen, dass es nicht ein einziges Merkmal, sondern das Zusammenspiel von unterschiedlichen Merkmalen (zum Beispiel die Kombination aus ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sozialem Status, Bildungshintergrund, körperlichen Einschränkungen, sexueller Orientierung und religiösem Glauben) zu Ungleichheitsverhältnissen führen. Unabhängig davon, wie überzeugend einem der Ansatz der Intersektionalität erscheint, ist die Perspektive zweifellos richtig, dass die Fest-

legung auf ein einzelnes Kriterium bei allen Formen von Diskriminierung im Normalfall nicht zutrifft: Also eine gesamtgesellschaftliche Unterdrückung von Frauen wird durch Frauen der Oberschicht oder in politischen Ämtern gebrochen und durch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit möglicherweise verstärkt. Die überragende Mehrzahl der zielgruppenspezifischen Angebote von Public Health kommt mit diesem Komplexitätsniveau nicht mit und reduziert die Adressierung auf eine einzelne soziale Kategorie wie Migrantinnen und Migranten, Männer oder Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Auch aus der Perspektive der überschaubaren Public Health-Theorie lässt sich dagegen halten, dass Menschen immer Bündel von Ressourcen sind und sich nicht auf ihre Einschränkungen in den Handlungsressourcen festlegen lassen – das wäre der konsequente salutogenetische Gedanke. Das Fazit der Argumentation bis hierhin lautet also: Zielgruppen werden im Rahmen zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention von vorneherein selektiert und dann auch noch auf ein einziges Benachteiligungsmerkmal zugeschnitten. Und trotzdem plädieren wir im letzten Abschnitt für eine zielgruppenspezifische Arbeit!

#### **Trotzdem: Zielgruppenspezifische Arbeit ist unter bestimmten Bedingungen sinnvoll!**

Die bisherige skeptische Argumentationslinie gegenüber zielgruppenspezifischen Angeboten war sozialkonstruktivistisch und ungleichheitstheoretisch verankert und liefert aus unserer Sicht wichtige regulative Perspektiven auf eine allzu naive Praxis, die im Rahmen ihrer Zielgruppenkonstruktionen die Zielgruppen in dieser Form der problematischen Unterversorgung mit Public Health-Angeboten gleich mit produziert. Die Perspektive der Praxis ist tatsächlich zum Teil problematisch in der Fixierung auf die Frage »Was wirkt denn nun?« und »Wie komme ich zu meinen Klientinnen und Klienten?«. Trotzdem ist Vorsicht geboten, konstruktivistische Argumente für eine Public Health-Praxis zu überzeichnen. Denn die scheinbare Radikalität des Arguments, dass Public Health zunächst die Gruppen konstruiert, die sie dann anschließend verarzten kann, hat seine materialistische Grenze an tatsächlich ungleichen Ressourcenausstattungen, wie etwa körperliche Beeinträchtigungen oder sozial ungleichen Lebensverhältnissen und Lebenserwartungen. Wenn gute zielgruppenspezifische Angebote im Rahmen einer salutogenetisch orientierten Stadtteilarbeit von der Wohnbevölkerung genutzt werden und sich dadurch statistische Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Rettungsdienst-Einsätzen und Unfallhäufigkeiten reduzieren und allgemein das Wohlbefinden gesteigert wird, wäre es vollkommen zynisch, diese Angebote wegen möglicher stigmatisierender Effekte der Konstruktion eines problematischen Stadtteils zu kritisieren. Allerdings sollte bei der Konstruktion von Angeboten mitbedacht werden, dass es sich bei der Formulierung von Zielgruppen stets um »Zielgruppen auf dem Papier« handelt, die »in natura« komplexer sind als in einer Konzeptarbeit abgebildet werden kann. Hier reichen partizipative Ansätze oder eine gesundheitskommunikative Perspektive deutlich weiter als klassisches Rezeptwissen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

PROF. DR. UWE H. BITTLINGMAYER, Soziologe am Institut für Soziologie der PH Freiburg, E-Mail: uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de

PROF. DR. DIANA SAHRAI, Soziologin am Institut für Spezielle Pädagogik an der FHNW, PH Basel, E-Mail: diana.sahrai@fhnw.ch



HELMUT BREMER

## **Soziale Milieus: Ein anderer Blick auf »Zielgruppen«**

Die Ausrichtung der Arbeit an Zielgruppen ist in vielen ganz unterschiedlichen Bereichen weit verbreitet, sei es in der Kommunikations- und Werbebranche, Mediennutzung oder in der Bildungsarbeit. Immer geht es darum, aus der Gesamtheit von Adressatinnen und Adressaten einer Botschaft oder eines Produktes eine bestimmte Teilgruppe heraus zu differenzieren, um die Botschaft auf Lebenslage und Bedürfnisse dieser Gruppe spezifischer abzustimmen. Üblicherweise wird zur Bestimmung von Zielgruppen auf sozialstrukturelle bzw. soziodemographische Merkmale zurückgegriffen: So werden Frauen, Männer, Jugendliche, Ältere, Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte, Ausländerinnen und Ausländer zu Zielgruppen, bei denen beispielsweise in der Erwachsenenbildung aufgrund ihrer Lebensumstände bestimmte Benachteiligungen oder Privilegierungen und daraus folgend ein besonderer Bildungsbedarf gesehen wird. Es werden also bestimmte Merkmale hervorgehoben, die Menschen gemeinsam haben, und die, so die implizite Annahme, in so bedeutsamer Weise die Lebensverhältnisse bestimmen, dass sie die Bildungsinteressen und Lerndispositionen der Menschen irgendwie »prägen«.

In verschiedenen sozialwissenschaftlichen Bereichen ist in den vergangenen Jahren zunehmend Kritik an dieser Form der Bildung von Zielgruppen geübt worden. Im Kern zielt diese auf zweierlei: Zum einen hätten die herangezogenen Merkmale nur bedingt Aussagekraft. Lebensweisen und Lebensstile seien weniger davon bestimmt als vielfach gedacht. Demzufolge gibt es »die Jugend« eben so wenig wie »die Frauen«, »die Alten« oder »die Migranten«. Zum anderen würden durch diese Merkmale Zielgruppen nur von außen bestimmt, mit Blick auf die Lebensumstände und -bedingungen. Sie sagen aber wenig über die Innensichten aus, also darüber, wie die Menschen diese äußeren Lebensbedingungen wahrnehmen und verarbeiten. Gerade das ist für »gelingende« Zielgruppenarbeit aber von erheblicher Bedeutung.

#### **Was sind »soziale Milieus«?**

Das Konzept der sozialen Milieus antwortet gewissermaßen auf diese Kritik. Milieus sind Gruppen von Menschen, die ihre Lebensumstände in ähnlicher Weise wahrnehmen, eine ähnliche Lebensführung haben und ihren Alltag in ähnlicher



Weise gestalten. Konkret: Sie haben ähnliche Vorlieben und Haltungen zu Arbeit und Bildung, zu Familie und Freunden, zur Freizeit und zu gesellschaftlicher Partizipation. Diese Vorlieben sind in der Regel nicht einfach wechselbar wie Hose oder Hemd; sie bauen auf Haltungen, Dispositionen und Werten auf, die über längerfristige Sozialisationsprozesse verinnerlicht – Teil des Habitus – geworden sind.

Es leuchtet unmittelbar ein, dass auch Fragen, die mit Gesundheit im engeren oder weiteren Sinn zu tun haben, in diese Logik der Alltagskultur eingeordnet werden können. Das betrifft etwa den Umgang mit dem Körper, die »objektiven« und »subjektiven« Vorstellungen von Gesundheit, die gesundheitlichen Belastungen des Alltags, aber auch die Beziehung zu Ärztinnen, Ärzten und anderen Professionen des Gesundheitswesens.

Die Forschung unterscheidet zehn soziale Milieus. In der oberen Etage der Gesellschaft finden wir Milieus, die zu Distinktion (sozialer Abgrenzung) neigen und den Ton in der Gesellschaft angeben (die konservativ-technokratische Machtelite, die akademischen Intelligenzmilieus, die postmodernen Trendsetter; zusammen ca. 25%). Sie grenzen sich mit einer exklusiven Lebenspraxis von den »gewöhnlichen« Milieus, ihrer Massenkultur und ihrer oft als wenig gesundheitsförderlich betrachteten Lebensweise ab. Zu ihnen gehören auch die meisten, die in den gehobenen Gesundheitsberufen tätig sind. In der breiten Mitte der Gesellschaft finden sich Milieus, die ihr Streben nach sozialer Anerkennung und geachteten, stetigen Lebensweisen verbindet (die ständisch-kleinbürgerlichen Milieus, die Milieus der »guten Facharbeit« und jugendkulturelle Milieus; zusammen ca. 65%). Sie haben teils eher Weltbilder, in denen traditionelle Ordnung, Status und Prestige wichtig sind, teils eher die eigene Leistung und relative Eigenständigkeit zählen oder aber Spontaneität und Genussorientierung. Man grenzt sich dabei ab von Menschen, die vermeintlich weniger diszipliniert sind in Bezug auf Arbeit, Bildung, Leistung und eine methodische Lebensführung.

Die unterprivilegierten Milieus am unteren Rand der Gesellschaft (ca. 10%) sehen sich oft als ohnmächtig den Lebensumständen »ausgeliefert«. Das Leben erscheint als wenig planbar; Gesundheit bzw. Krankheit gelten als Glück oder Schicksal. Sie ringen am stärksten um den Anschluss an die respektable Gesellschaft, d. h., um ein geregeltes Leben in geordneten, »vorzeigbaren« Verhältnissen. Sie leben oft in prekären Lebensverhältnissen und gehen häufig Tätigkeiten nach, die körperlich belastend sind und mehr gesundheitliche Risiken mit sich bringen und haben auch sonst wenig gesundheitsförderliche Lebensbedingungen (etwa was die Lage und Infrastruktur der Wohnquartiere betrifft). Nicht selten werden sie in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten auch stigmatisiert.

### Gesundheit und Milieuzugehörigkeit

Die bisher wenigen Forschungen zum Zusammenhang von sozialen Milieus und Gesundheit haben die Milieuspezifität von Gesundheit und Krankheit deutlich aufgezeigt. Das betrifft zum einen das grundsätzliche Gesundheitsverständnis und den Zugang zu Medizin. Beispielsweise sehen ältere, traditionelle Milieus Gesundheit tendenziell als Abwesenheit von Krankheit (»Gesundheit als Vakuum«) und neigen zu einer »Reparaturmedizin« (Stichworte: Verzichtsmoralität, nicht klagen, robust sein, klassische Schulmedizin). Unterprivilegierte Milieus verbinden mit Gesundheit eher biologische Robustheit und Stärke (»Gesundheit als Reservoir«) und nei-



gen zu einer »Rettenmedizin« (Stichworte: wenig Achten auf Gesundheit, Neigung zu Genussmittelkonsum, Körper als Material, Verdrängen von Risiken). Gehobene und distinktive Milieus sehen Gesundheit eher als Balance zwischen körperlichem und psychischem Wohlbefinden (»Gesundheit als Gleichgewicht«) und neigen zu präventiven Lebensweisen (Stichworte: Selbstachtsamkeit, aktive Vorsorge, alternative Medizin bzw. Naturheilverfahren).

Ebenso konnte gezeigt werden, dass sowohl die generelle Krankheitslast als auch die Verteilung bestimmter Krankheiten (etwa Fettleibigkeit, Allergien) nicht nur auf das Lebensalter und die soziale Lage, sondern auch auf die Milieuzugehörigkeit zurückzuführen sind. Das Konzept der sozialen Milieus kann also erheblich zur Aufklärung des Gesundheitsverhaltens beitragen.

### Milieuperspektive eröffnet Handlungsperspektiven

Mit dem Konzept der sozialen Milieus wird Zielgruppenarbeit keineswegs obsolet. Es ermöglicht aber einen anderen Blick auf »Zielgruppen«. In Teilen der Weiterbildung wird bereits häufiger mit dieser Art Zielgruppenansatz gearbeitet, auch im Bereich der Gesundheitsbildung. Durch die Milieuperspektive wird transparent, welchen subjektiven und objektiven Stellenwert und welche Funktion Bildung, Politik, Konsum oder eben Gesundheit im Alltag der Menschen haben und wie sie mit anderen Dingen zusammenhängen. Das ermöglicht ein tieferes Verstehen von Phänomenen, zum Beispiel warum präventive Formen der Gesundheitsförderung oft so schwierig umzusetzen sind, warum (gut gemeinte) Appelle (die nicht selten als stigmatisierende »Belehrung« von oben wahrgenommen werden) häufig so wenig greifen. Niemand kann so einfach raus aus seiner Haut. Aber das Verstehen des milieuspezifischen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit eröffnet immer auch Handlungsperspektiven.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HELMUT BREMER, Universität Duisburg-Essen, Institut für Berufs- und Weiterbildung, Berliner Platz 6–8, 45127 Essen, Tel.: (02 01) 1 83 22 10/60 31, E-Mail: helmut.bremer@uni-due.de



CRISTINA MARINA

## Mein Abschied von einem Koffer Vorurteile /Kolumne/

Als ich hörte, dass ich über den Abschied vom Zielgruppenbegriff schreiben sollte, dachte ich sofort: Oh, sch...lechts ist es bestimmt nicht! Aber ich konnte die ersten Einwände förmlich hören, vom Stammtisch bis in die ehemaligen Vorstände der Bundesbank hinauf: »Na sicher, eines nach dem anderen werden jetzt alle Wörter unserer Sprache abgeschafft!« (wahlweise als neues Buch herausgebracht: »Deutsch schafft sich ab!«), »Wo kommen wir hin, wenn wir selbst unsere Zielgruppen hinterfragen?«, »Man wird ja in unserem Lande wohl noch zielen dürfen...!« und so weiter.

Bei dem Gedanken einer Debatte, die ich möglicherweise damit anzetteln würde, wurde mir warm ums Herz. Denn ich kann nicht genug betonen, wie sehr wir es brauchen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Dabei ist mir praktisch jedes Thema recht, ganz besonders die Zielgruppenbildung. Auch wenn ich eigentlich in dieser Kolumne die Frage beantworten soll, wie ich mich selbst als Zielgruppe fühle. Als Migrantin.

Nun: Zu meinem Migrationshintergrund habe ich, offen gestanden, ein super Verhältnis. Es verbinden uns aber auch schon ein paar Jährchen. Das Einzige, was manchmal nervt, ist, wenn er sich doch nicht im Hintergrund hält. Ansonsten finden uns alle unzertrennlich.

In dieser Hinsicht ist die Welt für mich ganz einfach: Es gibt Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund. Genauso, wie die Welt schwarz oder weiß, gut oder böse, homo- oder heterosexuell ist, und aus Rauchern oder Nicht-Rauchern besteht.

Zielgruppe hingegen sind wir alle. Zielgruppe zu sein, verbindet über alle gesellschaftlichen Schichten hinweg. Von den oben genannten Kategorien ganz zu schweigen. Zielgruppe zu sein, stellt den vermutlich einzigen Bereich auf der Welt dar, in dem es tatsächlich keine Exklusion gibt. Klar, so etwas wird von den meisten für sich in Anspruch genommen, aber an dieser Stelle stimmt es auch. Für irgendjemanden ist man immer Zielgruppe, so viel ist sicher wie der Werbespot im Fernsehen. Man wird also nicht erst dazu, denn man muss praktisch gar nichts dafür tun. Man ist bereits als Zielgruppe geboren. Wie kann man es also nicht lieben, Zielgruppe zu sein?

Neulich wollte ich mir für meine vielen Dienstreisen einen neuen Koffer kaufen. Ich stöberte online, denn im Netz findet man ja bekanntlich alles. Also dachte ich mir, auch für meine Bedürfnisse wird es das passende Modell geben. Nach stundenlanger Suche wurde ich endlich fündig: Abmessungen, Stabilität, alles wie erwünscht. Gerade, als ich auf »In den Warenkorb« drücken wollte, fielen mir die letzten Zeilen der Produktbeschreibung auf.

Da machte ich große Augen! Denn da fand sich erstaunlicherweise eine eigene Marketing-Analyse des Anbieters über die Käuferinnen und Käufer des von mir ausgewählten Koffermodells wieder. Die Zielgruppen-Beschreibung war offenbar versehentlich online geraten, denn Wochen darauf war sie wieder aus dem Netz verschwunden. Aber in genau diesem Moment war sie für Außenwelt sowie Kundinnen und Kunden sichtbar. Gespannt las ich: »Rationale Verbraucher, vor allem Familien, die Koffer für all ihre Bedürfnisse der Familie suchen, sei es geschäftlich oder privat. Diese Menschen reagieren empfindlich auf hohe Kosten, haben ein paar Kinder, leben in Vorstädten, haben ein sicheres Auto und genießen ein paar Ferien pro Jahr mit ihrer Familie, und eventuell ein paar Geschäftsreisen. Suspension ist stark, lang anhaltend, nicht zu teuer. Ab in die Sonne!«

Nix ab in die Sonne! Die Beschreibung traf in meinem Fall einfach nicht zu. Merkwürdigerweise empfand ich plötzlich auch keinen Drang mehr, den Koffer zu kaufen. Da ich jetzt wusste, dass ich nicht zur Zielgruppe gehörte, ergab der Kauf offensichtlich keinen Sinn, denn es waren ja nicht meine Bedürfnisse, wie geglaubt, die der Koffer erfüllt hätte, sondern doch die von irgendwelchen Familien. »Schade eigentlich«, brummte ich verstimmt. Vielleicht war doch alles nicht so einfach, wie ich dachte. Wenn man Pech hatte, konnte man also auch der falschen Zielgruppe angehören.

Jedoch sollte unsere Geschichte hier nicht so enden. Tage darauf las ich einen Zeitungsbericht, der bei mir wieder Hoffnung aufkeimen ließ. Der Bericht trug die Überschrift »Wirtshaus zum netten Hetzer« und handelte um niemand Geringeres als den früheren NPD-Chef Holger Apfel, der nach dem Austritt aus seiner Partei ein neues Leben als Gastwirt auf Mallorca begann. Laut der »Mallorca Zeitung« hatte er also nicht nur selbst ins Lager der »Migranten« gewechselt, nein, er hieß in seinem Lokal auch noch »Linke und Menschen anderer Nationalitäten« ausdrücklich willkommen. Dies war der Zeitpunkt, an dem ich das Vertrauen in die Zielgruppenbildung wiedergewann. Denn wenn sich ein ehemaliger hoher Parteifunktionär auf dermaßen flexible Zielgruppen einschwören konnte, dann war natürlich noch nicht alles verloren. Ausgerechnet Herr Apfel zeigte mir, dass es keine falschen Zielgruppen gab – sondern vielleicht nur welche, die sich zur falschen Zeit an falschem Ort befanden, oder anderenorts welche, die den Begriff versehentlich wortwörtlich nahmen.

Aber was Apfel Holger für einen unglaublichen Transformationsprozess in kürzester Zeit durchlief, war besser als jedes Märchen, denn es war wahr. Und es ließ mich hundertprozentig darauf vertrauen, dass uns allen anderen auch möglich wäre, unsere Zielgruppen dementsprechend zu ändern, wenn wir nur wollten.

CRISTINA MARINA, E-Mail: [Cristina.Marina@gmx.de](mailto:Cristina.Marina@gmx.de)



CHRISTOPH BRÄUTIGAM, MICHAELA EVANS, JOSEF HILBERT

## Berufe basteln? Akademische Qualifizierung im Gesundheitsbereich

Die Bildungslandschaft für den Gesundheitsbereich ist überaus umfangreich und schillernd. Es existieren nicht nur diverse Angebote der Ausbildung, sondern auch ein nahezu unüberschaubares Feld an Fort- und Weiterbildungsangeboten. Dabei hat die akademische Aus- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Zwei Akademisierungsstränge lassen sich differenzieren:

- » **Akademische weiterbildende Qualifikationen.** Jenseits der etablierten Studiengänge wie Pflegemanagement oder Pflegepädagogik finden sich zunehmend weitere akademische Qualifikationen. Ein Beispiel sind Studienangebote für »Advanced Nursing Practice«, die klinisch tätige Pflegeakademikerinnen und -akademiker mit Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen qualifizieren. Ein anderes Beispiel ist der interdisziplinär ausgerichtete Bachelor-Studiengang »Allied Health«, der auf Basis einer Berufsausbildung Spezialisierungen als »Physician Assistant«, »Cardiology Assistant« oder »Intensive Care Practitioner« anbietet. Andere häufig berufsbegleitende Angebote haben interdisziplinären Charakter, beispielsweise in den Bereichen Gesundheitsökonomie, Case Management oder Public Health.
- » **Die grundständige akademische Berufsqualifizierung** jenseits der Medizin beginnt sich insbesondere in der Pflege, dem Hebammenwesen und den therapeutischen Berufen zu etablieren. Der Wissenschaftsrat verweist im Rahmen seiner »Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen« (2012) darauf, dass die Komplexität der Aufgaben die fachschulische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in Pflege, Therapie und Hebammenwesen an ihre Grenzen führe. Empfohlen wird eine partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zur Ausbildung reflektierter Praktikerinnen und Praktiker.

Insgesamt bestehen allein in Deutschland mehrere hundert akademische Qualifizierungsangebote für den Gesundheitsbereich. Es kann also durchaus von einem vitalen tertiären »Bildungsmarkt« gesprochen werden. Es bestehen diverse Möglichkeiten sowohl vertikaler als auch horizontaler beruflicher Karriereentwicklung, allerdings in einer ausgesprochen unübersichtlichen Bildungslandschaft.

### Motive und Interessen

Die Nachfrage nach Weiterbildung ist häufig mit dem Wunsch nach einer beruflichen Neuorientierung verbunden. Zentrale Motive für die Aufnahme eines berufsbegleitenden Studiums liegen in der Verbesserung der Arbeitsmarktchancen, der Bewältigung beruflicher Anforderungen sowie der Erlangung interdisziplinären Wissens.

Studienangebote können zum einen vorausschauend dazu beitragen, die bedarfsgerechte Entwicklung der Versorgungslandschaft aktiv zu befördern, zum anderen können sie als eine Reaktion auf veränderte Anforderungen der Praxis verstanden werden. Als problematisch muss die Tatsache gelten, dass die Berufsfeldentwicklung in den Gesundheitsberufen von vielen verschiedenen Interessen und aus unterschiedlichen Perspektiven vorangetrieben wird. Bislang bleiben in der Debatte die Konsequenzen und Gefahren der skizzierten Entwicklung vielfach ausgeblendet. Nachfolgend werden drei Fragen gestellt, die einer kritischen Betrachtung bedürfen.

### Sind Aus- und Weiterbildungsangebote durch entsprechende Tätigkeitsfelder in der Praxis fundiert?

Über die Relevanz und Verwertbarkeit vieler Studienabschlüsse im Arbeitsalltag ist bislang wenig bekannt. Zurzeit ist es häufig unklar, für welche Aufgaben die Absolventinnen und Absolventen der teils neuen Studiengänge im Gesundheitswesen eingesetzt werden sollen. Wenn die neuen Abschlüsse zukunftsfähig sein sollen, brauchen sowohl Studierende als auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mehr Orientierungswissen über Erfolg versprechende Aufgaben- und Verantwortungszuschneite, ansonsten drohen »Phantomkarrieren«. Entscheidend ist die Integration entsprechender Kompetenzprofile in Arbeitskonzepte und Teamstrukturen. Probleme treten auf, wenn neue Qualifikationen isoliert eingesetzt und nicht in die Prozessgestaltung eingebunden werden oder wenn die Prozesse die Nutzung neuer Qualifikationen nicht zulassen. Während viele Hochschulen entsprechende Antworten von der Praxis erwarten, setzt diese voraus, dass Antworten auf die formulierten Probleme im Vorfeld gefunden werden.

### Zahlen sich die häufig unter großem persönlichen und finanziellen Einsatz absolvierten Bildungsmaßnahmen für die Beschäftigten aus?

Im Gegensatz zu anderen Bereichen von Wirtschaft oder Verwaltung führen solche Anstrengungen im Gesundheitsbereich häufig nicht oder kaum zu finanzieller Besserstellung. Auch ist teilweise nur eine sehr begrenzte Ausweitung von Autonomie und Entscheidungskompetenzen damit verbunden. Es sollte dafür Sorge getragen werden, dass Qualifikationen durch adäquate Tarifstrukturen und Gestaltungsspielräume in der Praxis abgebildet werden können. Auch wird zu wenig thematisiert, dass es in den potenziellen Einsatzfeldern für neue akademische Abschlüsse bei den traditionell Ausgebildeten, Unsicherheiten über ihre zukünftigen Aufgaben und Perspektiven gibt.



### Für jedes Problem ein neuer Beruf?

Fragwürdig erscheint schließlich die Tendenz, für alle möglichen Problembereiche (vor)schnell Spezialqualifikationen zu schaffen. Dieses »Berufebasteln« produziert zwar reichlich neue Studienangebote, in vielen Fällen könnten aber möglicherweise auch die etablierten Berufe praktikable Lösungen anbieten. Bislang ist nicht geklärt, ob und unter welchen Voraussetzungen sich etwa der Einsatz neuer Berufsbilder gegenüber einer Reorganisation der Aufgaben etablierter Berufe als überlegen erweist. Hier ist zukünftig mehr Transparenz über entsprechende Lösungen, ihre Effekte und kritische Erfolgsfaktoren nötig.

Solche und ähnliche Fragen sollten bei der Entwicklung der akademischen Bildungsangebote im Gesundheitsbereich künftig deutlich mehr Beachtung finden, wenn eine bedarfsgerechte und transparente Bildungslandschaft das Ziel ist.

Literatur bei den Verfassern

CHRISTOPH BRÄUTIGAM, MICHAELA EVANS, PROF. DR. JOSEF HILBERT, Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen, Tel.: (02 09) 17 07-222, Fax: (02 09) 17 07-140, E-Mail: braeutigam@iat.eu

WOLF KIRSCHNER, STEFAN FISCHER

## Gesundheitskampagnen und ihre Wirksamkeit

Kampagnen sind in einer Vielzahl von verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen präsent. Ungeachtet dessen, auf welchem Gebiet Kampagnen durchgeführt werden, zielen diese darauf ab, durch die systematische Kombination von Maßnahmen oder Einzelprojekten im Vorfeld definierte Ziele zu erreichen. Als Zielgruppe von Kampagnen kommt die gesamte Bevölkerung aber auch eine spezifische Population in Betracht. Neben Kampagnen in den Bereichen der Politik und Wirtschaft fanden sich bereits vor mehreren Jahrzehnten im Rahmen von Kampagnen durchgeführte Maßnahmen zur Erreichung gesundheitlicher Ziele. Auch in der heutigen Zeit werden Kampagnen genutzt, um nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Gesellschaft zu erreichen.

### Möglichkeiten der Wirksamkeitsbeurteilung

Es scheint kein Zweifel daran zu bestehen, dass Kampagnen – wie auch andere Maßnahmen im Gesundheitswesen – lediglich sinnvoll sind, wenn die daraus resultierenden Effekte und Wirkungen abgeschätzt und beurteilt werden können. Um die Wirksamkeit von Maßnahmen greifbar zu machen, ist eine valide epidemiologische Datenbasis unerlässlich, wenngleich es oftmals an ihr fehlt.

Grundsätzlich gilt, dass gesundheitliche Risiko- oder Protektivfaktoren durch gezielte Interventionen prinzipiell beeinflussbar sein müssen. Welche Interventionen dazu geeignet sind, untersucht die Evaluationsforschung. Dabei ist die Wirksamkeit rein medialer Interventionen aufgrund der starken Komplexität der Zusammenhänge aber prinzipiell fraglich. Darüber hinaus müssen die Interventionen dauerhaft wirksam und von der gesamten Bevölkerung – auch unabhängig von sozioökonomischen und soziodemographischen Faktoren – als akzeptabel bewertet werden. Angesichts der nur begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen,



sollte ferner die auf Grund der Intervention resultierende Kosteneinsparung größer sein, als die durch die Maßnahmen für die Gesellschaft entstandenen monetären Belastungen.

Für die Analyse der Wirksamkeit kommen zwei verschiedene Herangehensweisen in Betracht. Zum einen kann eine Beurteilung der Effekte gesundheitsbezogener Kampagnen auf Grundlage metaanalytischer Untersuchungen erfolgen, wobei diese neben dem Problem möglicherweise widersprüchlicher Erkenntnisse der herangezogenen Studien nicht losgelöst von der Problematik des *publication bias* (wirkungslose Interventionen werden unterproportional publiziert) bewertet werden können.

Die Ergebnisse dieser aufwendigen metaanalytischen Untersuchungen, wie sie beispielsweise für den US-amerikanischen Raum durchgeführt worden sind, lassen sich mit dem Worten von Bonfadelli und Friemel zusammenfassen: »Die potentielle Wirksamkeit von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich kann somit als gesichert betrachtet werden.« An der Richtigkeit dieser konjunktivistischen Formulierung kann zwar kein Zweifel bestehen; dennoch trägt diese Erkenntnis nicht wesentlich zur Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit gesundheitsbezogener Kampagnen bei.

Alternativ zu aufwendigen metaanalytischen Untersuchungen, die auf Grund ihres hohen Aufwandes eigenständige Forschungsprojekte darstellen, lassen sich Kampagnen unter dem Gesichtspunkt der Evaluationsergebnisse betrachten.

### Wirksamkeit von Anti-Raucher-Kampagnen

Angesichts der umfangreichen Kenntnisse über die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit besteht kein Zweifel daran, dass ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel in der Verringerung der Raucherprävalenzen existieren. Im besonderen Fokus primärpräventiver Bestrebungen stehen Kinder und Jugendliche, da einer frühzeitigen Intervention eine große Bedeutung für die Ausgestaltung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen im weiteren Leben zukommt.

Auf Grund von hohen Raucherprävalenzen um die Jahrtausendwende wurde im Jahr 2003 mit der Durchführung einer multimedialen und multizentrischen Kampagne zur Reduktion des Rauchens durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) begonnen. Die Evaluierung der Kampagnen erfolgt auf Grundlage von jährlichen repräsentativen Befragungen der 12- bis unter 25-jährigen Bevölkerung.

Seit dem Jahr 2001 findet sich ein deutlicher Rückgang des Anteils der rauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dies trifft sowohl auf die Gruppe der 12- bis 17-Jährigen (Rauchende 2001: 27%; 2012: 12%) sowie auch auf die 18- bis 25-Jährigen (Rauchende 2001: 45%; 2012: 35%) zu. Ungeach-

tet dieser als positiv zu bewertenden Entwicklung bleibt unklar, ob die Abnahme der Raucherprävalenzen tatsächlich auf Maßnahmen der Kampagnen zurückzuführen ist oder nicht auch (vielmehr) das Ergebnis der Preissteigerungen der Tabakerzeugnisse um 70% darstellt. Auch wenn diese Frage für die Gesundheitspolitik sicherlich zweitrangig ist, so kann diese Entwicklung nicht (allein) als Erfolg der gesundheitsbezogenen Kampagne betrachtet werden.

### (K)ein abschließendes Fazit

Wenngleich eine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Kampagnen nur bedingt möglich ist, kann unseres Erachtens nicht von einer Langfristigkeit der Wirkungen von Maßnahmen von Gesundheitskampagnen ausgegangen werden. Für eine Realisierung langfristiger Effekte von Kampagnen im Bereich Gesundheit ist eine Einbettung in kontextbezogene Präventionsaktivitäten unerlässlich, auch wenn hierzu bislang (ebenso) keine belastbare Evidenz vorhanden ist. Insgesamt findet sich national wie international keine gesicherte Evidenz der Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Medienkampagnen zur langfristigen und dauerhaften Reduktion gesundheitlichen Risikoverhaltens. Eine Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitskampagnen, die keinen Kontextbezug aufweisen, kann unseres Erachtens nicht gegeben sein. Insofern sollte den im Zusammenhang mit dem geplanten Präventionsgesetz ggf. noch zunehmenden Gesundheitskampagnen mit (äußerster) Zurückhaltung begegnet werden. Eine Durchführung derartiger Maßnahmen sollte lediglich in Erwägung gezogen werden, wenn diese mit dem erforderlichen Maß an evaluierter Begleitung einhergeht. Schlichte Bevölkerungsbefragungen sind dazu völlig unzureichend.

Literatur bei den Verfassern

DR. WOLF KIRSCHNER, STEFAN FISCHER, FB+E Forschung, Beratung + Evaluation GmbH in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen, Firmensitz: c/o Charité Frauenklinik CVK, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, E-Mail: wolf.kirschner@fb-e.de, E-Mail: stefan.fischer@fb-e.de

### DIETER KORCZAK

## Zielgruppenorientierung und Wirksamkeit von Medienkampagnen am Beispiel von »Alkohol? Kenn Dein Limit«

Jede Kampagne, jede Maßnahme, jedes Projekt hat ein Ziel – oder sollte zumindest ein Ziel haben, denn andernfalls wäre es *l'art pour l'art* (Kunst um der Kunst willen). Das Ziel ist ein formulierter Endpunkt, den es zu erreichen gilt, dem man sich soweit wie möglich annähern sollte. Zur Formulierung des Kampagnenziels gehört die Definition einer Zielgruppe zwingend dazu. Wie sonst wollte man den Erfolg einer Kampagne oder einer Maßnahme beurteilen können, wenn nicht über die Wirksamkeit dieser Kampagne bei einer klar definierten Zielgruppe. Darüber hinaus sind relevante Einflussgrößen und Störvariablen zu berücksichtigen, die den Erfolg einer Kampagne beeinflussen können. Das heißt, Setting und Milieu, in dem sich die Zielgruppen bewegen, sind mindestens von gleichrangiger Relevanz. Dies soll exemplarisch hier für Alkoholpräventionskampagnen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgezeigt werden. Die Ursachen und Gründe



für Alkoholkonsum oder -missbrauch dieser Altersgruppe liegen im Zusammenspiel von unterschiedlichen genetischen, psychogenen, sozialen und Lebensstilfaktoren. Besonders relevante Determinanten des Alkoholkonsums sind das soziale Umfeld, das familiäre Klima, der Substanzkonsum eines oder mehrerer Familienmitglieder, die Verfügbarkeit von Alkohol und der Einfluss der Peer-Gruppen.

### »Alkohol? Kenn dein Limit« Kampagnenziel verfehlt?

Mit der Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit« wird seit 2009 (bis 2013) gemeinsam von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) versucht, das Wissen, die Erwartungen, Einstellungen, Absichten, Motivationen und Fähigkeiten von 16- bis 20-jährigen zu stärken, so dass sie besser den Gelegenheiten und Werbungen für Alkoholkonsum widerstehen können. Die Kampagne wird von der PKV jährlich mit rund acht Millionen Euro unterstützt und versucht, über verschiedene Medien (Plakate, Filmspots, Webseite, Blogs etc.) die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erreichen. Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Medien betragen die Kosten der Kampagne in den Jahren 2011–2012:

Internet	2,9 Mio. Euro
Kino/TV	3,4 Mio. Euro
Plakate	4,6 Mio. Euro
Printanzeigen	5,5 Mio. Euro
Gesamt	16,4 Mio. Euro

Werden nun die umfangreichen Kampagnenziele erreicht? Gemessen an der Häufigkeit des regelmäßigen wie riskanten Alkoholkonsums verfehlt die Kampagne die selbst gesetzten Ziele.

Seit Beginn der Kampagne ist der regelmäßige Alkoholkonsum der 18- bis 25-jährigen von 37,1% im Jahr 2008 auf 39,8% im Jahr 2011 gestiegen, der Konsum riskanter Mengen von 18,1% auf 19,1%. Der Drogenbericht 2014 der Bundesdrogenbeauftragten konstatierte, dass seit 2001 keine Änderung im Trend des regelmäßigen Alkoholkonsums zu erkennen ist. Im Jahr 2009 sind 26.428 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen zehn und 20 Jahren nach einer akuten Intoxikation (Rausch) aus einem Krankenhaus entlassen worden, im Jahr 2012 sind es 26.673. Die Zahl der Einweisungen ist gerade bei der Zielgruppe der Kampagne, den 16- bis 20-jährigen, weiter angestiegen.

### Kontraproduktive Wirkungen

Die Kampagne hat es trotz erheblicher Geldmittel nicht geschafft, die Häufigkeit des riskanten Alkoholkonsums zu reduzieren. Sie ruft darüber hinaus kontraproduktive Effekte hervor. Im Internet wird die Kampagne von der Zielgruppe kritisiert mit dem Hinweis darauf, dass durch die Aufforderung »Kenn dein Limit« das Trinken bis zur maximalen Verträglichkeitsgrenze suggestiv befördert werden würde. In der Satirezeitschrift »Titanic« wird die Kampagne mit einem Bild der ehemaligen Landesbischöfin Margot Käßmann auf einer elektronisch versendbaren Postkarte persifliert und mit dem Spruch untertitelt: »Alkohol macht betrunkenere, als du glaubst. www.werd-lieber-gleich-katholisch.de«.

Mit einer universellen Kampagne dieser Art wird die Zielgruppe aufgrund von Streuverlusten offensichtlich nicht erreicht.

### Was ist effektiv?

In dem umfassendsten Werk zur Wirkung von Alkoholpräventionskampagnen, -projekten und -maßnahmen kommt eine internationale Autorengruppe unter der Leitung von T. Barbor 2010 zu der Einschätzung, dass Medienprogramme ineffektiv sind. Stattdessen bescheinigen sie verhältnispräventiven Maßnahmen wie zum Beispiel der Anhebung von Alkoholsteuern, der Festlegung eines Mindestalters für die Abgabe alkoholischer Getränke oder verstärkter Verkehrskontrollen Wirksamkeitserfolge. Nach Fahrenkrug sind auch Werbe- und Sponsoringbeschränkungen effektiv.

Wie sich Präventionsmaßnahmen im Einzelnen und Konkreten auf das Verhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auswirken, ist bisher viel zu wenig im Rahmen von Wirksamkeitsevaluationen erforscht. So ist beispielsweise im Alltag zu beobachten, dass Minderjährige Volljährige vorschicken, um Alkohol zu erwerben. Die altersmäßige Begrenzung der Abgabe von Alkohol wird auf diese Weise regelmäßig unterlaufen. Wenn die Präventionsmaßnahmen nicht auf solche Umgehungsprozesse in spezifischen Situationen und von spezifischen Zielgruppen ausgerichtet sind, dann hinken sie dem Profiling der Alkohol- und Werbeindustrie hoffnungslos hinterher. Dank der Sammlung und Auswertung von großen Datensätzen (»Big Data«) über Google, Ebay, Amazon, Facebook und Kundenkarten ist die Industrie sehr gut über Einstellungen und noch besser über das Konsumverhalten segmentierter Zielgruppen informiert. Die Alkoholindustrie ist dadurch in der Lage zielgenau ihre Aktivitäten auf der Basis von Konsumenten-Typologien (unter anderem bezeichnet als »der Übermäßige«, »der Party-Boy« »die Spaß-Sucher«, »die Workaholics«) zu platzieren.

Nach Durchsicht der internationalen Literatur im Rahmen von zwei Health Technology Assessments im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI), einer nachgeordneten Behörde des Bundesgesundheitsministeriums, haben wir empfohlen, prioritäre Zielgruppen zu definieren und Präventionsmaßnahmen generell mit dem Ansatz der Evidenz basierten Medizin zu evaluieren. Die Ergebnisse und unsere Empfehlungen wurden in Forscherkreisen breit diskutiert. Der aktuelle Suchtbericht der Drogenbeauftragten stützt sich jedoch erneut auf ein Gutachten, das die von wenig Erfolg gekrönte Präventionsstrategie der BZgA nicht in Frage stellt.

Literatur beim Verfasser

DR. DIETER KORCZAK, GP Forschungsgruppe, Nymphenburgerstraße 77, 80636 München, E-Mail: dieter.korczak@gp-f.com



MARION STOCK

## Alle ins Boot! Bürgerbeteiligung jenseits der Zielgruppenschranke

Die Beteiligung der Einwohnerinnen und Einwohner an politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entscheidungsprozessen gewinnt verstärkt an Bedeutung. Immer mehr Menschen erkennen, dass uns die Zusammenarbeit aller gesellschaftlichen Kräfte auf dem Weg hin zu einer gelebten Demokratie und zur Beantwortung von drängenden Zukunftsfragen entscheidend voranbringt. Bürgerbeteiligung ist dabei allerdings keinesfalls eine »einfache Übung«. Eine der zentralen Herausforderungen bei der Gestaltung von Beteiligungsprozessen ist, dass alle Menschen zu Wort kommen. Die Realität zeigt, dass mit den klassischen Kommunikationsstrategien und Beteiligungsangeboten bestimmte Akteursgruppen nicht erreicht werden. Bürgerbeteiligung braucht aber essenziell den Dialog auf Augenhöhe zwischen allen Beteiligten. Wir brauchen auch die Meinungen »der Anderen«, die nicht so leicht zu erreichen sind und die sich aufgrund ihrer Lebenssituation, ihrer Bildung oder gesellschaftlichen Stellung nicht oder nur in geringem Maße artikulieren können oder wollen. Doch wie kann dies gelingen? Wie schaffen wir es, Menschen zu erreichen, denen die Beteiligung »nicht nahe liegt« und die unter Bedingungen leben, die politische Teilhabe erschweren?

Um dies zu erreichen, wird derzeit häufig der Weg der separaten Zielgruppenansprache oder getrennten Beteiligungsangebote gewählt: Es werden Beteiligungsprozesse für Kinder, Jugendliche, türkischsprachige Frauen, Familien aus Osteuropa, behinderte Menschen, Seniorinnen und Senioren und viele mehr umgesetzt. Das ist vom Grundsatz her natürlich auch richtig – jede dieser Gruppen hat ihre eigene Lebens- und Wertewelt, ihre eigenen Potenziale, Zugänge und Anforderungen.

### Gemeinsam Lösungswege finden

In Bezug auf die Umsetzung von Beteiligungsprozessen sind diese getrennten Beteiligungswege aber häufig wenig zielführend, denn Bürgerbeteiligung lebt von der gegenseitigen Wahrnehmung. Es geht darum, dass alle Beteiligten erkennen, wie die jeweils anderen etwas wahrnehmen oder beurteilen.



Wenn alle nur getrennt voneinander einbezogen werden, wenn jede Gruppe für sich herausarbeitet, was sie gut oder schlecht findet und welche Maßnahmen sie für geeignet hält, haben wir noch lange keine von allen gemeinsam getragene Lösung. Die Seniorin weiß vielleicht nicht, warum sich die Jugendlichen vehement gegen eine von ihr favorisierte Planung aussprechen und ist wütend. Auch der 50-jährige Studienrat kann sich eventuell schwer damit abfinden, dass der alleinerziehende Vater andere Anforderungen formuliert als er selbst – solange er dessen Beweggründe und Lebenssituation nicht kennt.

Alle Beteiligten müssen gemeinsam um Lösungen ringen und zusammen Kompromisse finden, mit denen alle gut leben können. Der Schlüssel für gute Ergebnisse liegt bei vielen Beteiligungsprozessen deshalb in der Überwindung der Zielgruppenschranke.

### Wo und wie kommt man ins Gespräch?

Einfach ist das sicherlich nicht – aber auch nicht so schwer, wie man denken mag: Am Anfang steht die Erkenntnis, dass sich – trotz aller Unterschiedlichkeit der Menschen – die Hemmnisse zur Teilnahme auf einige zentrale Aspekte zusammenfassen lassen (z. B. bedarf es der Gelegenheit, der Bereitschaft, Motivation und der Sensibilisierung zur Teilhabe). Viele dieser Hemmnisse können durch eine passende Gestaltung der Beteiligungsprozesse deutlich verringert werden.

Beteiligungsangebote sollten beispielsweise einfach zugänglich sein. Sie sollten zur richtigen Zeit am richtigen Ort stattfinden – und es sollte die richtige (An-)Sprache gewählt werden. Für viele der schwer erreichbaren Menschen ist meist nicht der Gemeindesaal oder das Internetportal der Platz, an dem sie diskutieren wollen und können – das ist vielleicht schon eher der Parkplatz vor ihrem Supermarkt. Diskurse sollten zudem so organisiert werden, dass sie mit wenig und einfacher Sprache auskommen und alle – nicht nur die Wortgewandten – zum Mitmachen einladen.

### »Planning vor Real« und »Aktivierende Befragung« als methodische Beispiele

Um dies zu erreichen, können wir aus einigen erprobten Ansätzen und gelungenen Projekten lernen. »Planning vor Real« ist hierfür ein gutes Beispiel: Ein einfaches Pappmodell – eines Stadtteils, Spielplatzes oder eines anderen Ortes – dient als Gesprächs- und Beteiligungsgrundlage. Es wird von verschiedenen Akteuren gemeinsam erstellt und an allen möglichen Orten im Quartier oder Stadtteil aufgebaut – im Supermarkt ebenso wie auf dem Sportplatz oder im Altenheim. Das Modell ist »Hingucker« und Anziehungspunkt. Hier bleiben auch diejenigen stehen, die nicht die wortgewaltigsten sind oder nicht zur Bürgerversammlung kommen würden. Alle werden neugierig, möchten einmal schauen und gemeinsam mit den anderen überlegen, was sich in ihrem Umfeld ändern könnte und sollte. Anschließend werden die Anregungen und Ideen zusammengetragen und in einem gemeinsamen – niedrigschwellig angelegten – Treffen diskutiert und weiterentwickelt.

Auch die Methode »Aktivierende Befragung« gibt wichtige Impulse zur Einbeziehung aller Einwohnerinnen und Einwohner. Hier werden Menschen an Orten, an denen sie sich täglich aufhalten – beispielsweise im Kindergarten, an der Bushaltestelle oder im Supermarkt – in ihrer Sprache nach ihren Meinungen gefragt und gebeten zu sagen, was sie gerne in ihrem Umfeld verändern würden. Die Rückmeldungen wer-

den zusammengetragen und in Veranstaltungen wiederum mit allen diskutiert und weiterentwickelt. Die Menschen werden dazu angeregt und ermutigt, für ihre Interessen einzutreten und bei der Entwicklung von Lösungen in ihrem Umfeld mitzuwirken. Aktivierende Befragungen sind damit der Ausgangspunkt für einen längerfristigen Prozess.

### Ausgetretene Pfade verlassen

Wollen wir schwer erreichbare Zielgruppen ernsthaft einbeziehen, gilt es, die – positiven und negativen – Erfahrungen aus der Anwendung dieser und anderer Methoden zur reflektieren. Sie müssen zugänglich gemacht und systematisiert werden, damit wir übergreifende Strategien zur Überwindung der Zielgruppenschranke entwickeln können. Letztlich muss sich aber vor allem die alltägliche Praxis der Bürgerbeteiligung ändern. Wenn wir den Anspruch erfüllen wollen, alle »ins Boot« zu holen, gilt es, ausgetretene Pfade zu verlassen. Beteiligung kostet dann auch etwas mehr Geld und Zeit. Aber es lohnt sich, alle gesellschaftlichen Kräfte zusammenzubringen, um unsere Gesellschaft zu stabilisieren und unsere Zukunftsprojekte auf sichere Beine zu stellen.

Literatur bei der Verfasserin

MARION STOCK, Stiftung Mitarbeit, Ellerstraße 67, 53119 Bonn, Tel.: (02 28) 6 04 24-24, E-Mail: stock@mitarbeit.de, www.mitarbeit.de, www.netzwerk-buergerbeteiligung.de

## UTE SONNTAG

### Zielgruppe sein – wie fühlt sich das an?

Um über die Innensicht von Zielgruppen und Multiplikatorinnen Genaueres zu erfahren, habe ich die Einrichtung »Frauengesundheit in Tenever« in einem sozialen Brennpunkt besucht und dort eine Mitarbeiterin und eine Gruppe von Nutzerinnen gesprochen. Diese Gruppe trifft sich regelmäßig einmal die Woche im Offenen Treff, es sind überwiegend ältere, deutsche Frauen. Der folgende Text gibt dieses Gespräch auszugsweise wieder.

#### Die Bewohnerinnen

Was bedeutet es für Euch, in einem sozialen Brennpunkt-Stadtteil zu leben?

*»Ich finde nicht, dass das so ein Stadtteil ist wie jeder andere. Diese vielen Nationen sind doch nirgends so wie hier. Ich denke, da hat sich einiges getan in den letzten Jahren, auch so vom Image her.«*

Die erfolgte Sanierung des Stadtteils beinhaltete Abriss leerstehender Hochhäuser, Sanierung bestehender Gebäude, Schaffung und Erneuerung von Grünflächen, Spielplätzen und der Kinderbetreuungseinrichtungen.

Die Frauen erinnern sich an die Zeit vor der Sanierung, wo die Situation prekärer war: Häuser waren verwahrlost, es gab weniger Begegnungsmöglichkeiten und eine höhere Anonymität. Es gab zunehmend Sachbeschädigungen und diejenigen, die konnten, zogen weg. Es gibt auch andere Stimmen:

*»Ich wohne an der Grenze, und ich empfinde das nicht schlimmer und nicht anders als in anderen Stadtteilen... Ich hab nie Schwierigkeiten gehabt, meine Kinder sind hier zur Schule gegangen. Ich finde nicht, dass es hier schlimm ist. Im Gegenteil: Ich finde, dass in Tenever schon sehr viel gemacht worden ist. So viel Spielplätze gab's nie!«*



Andere Nutzerinnen gehen näher auf ihr Umfeld und das Zusammenleben ein:

»Das Umfeld ist sehr hell, schön auch durch Gartenpflege. Alles ist auch sauberer.«

Im Erleben der Bewohnerinnen spiegeln sich die Veränderungen im Stadtteil. Die Sanierung wird sehr wohl registriert und honoriert. Das Gefühl, in einem problembeladenen Stadtteil zu wohnen, wird so im eigenen Empfinden immer wieder relativiert.

### Die Mitarbeiterin

Aus der Sicht einer Mitarbeiterin stellt sich die Arbeit in einem sozialen Brennpunkt-Stadtteil folgendermaßen dar:

»Es ist einfach bereichernd, Frauen aus so vielen unterschiedlichen Kulturen kennen zu lernen. Mit ner offenen wertschätzenden Haltung ihnen gegenüber zu treten, wirklich offen zu sein für genau die Belange, die sie brauchen.«

Die Mitarbeiterin macht auf einen wesentlichen Aspekt der Arbeit in diesem Stadtteil aufmerksam:

»Bei vielen existiert eine extreme Armut und dadurch eine Ausgrenztheit von allen möglichen Angeboten. Dann kommt hier im Stadtteil dazu, dass viele Menschen nicht mal ne Grundbildung haben, sondern eben ja ne andere Bildung, die sie aus ihren Kulturen mitbringen. Auch gibt es noch ein marodes Hochhaus. Hier gibt es massive Probleme mit Schimmel und Ähnlichem. Da kommen noch andere Dinge dazu. Wie verhält sich das Jobcenter, wenn sie die Ressourcen in der Familie nicht haben bei der Jobsuche? Wird das Kind gefördert? Das ist oft ungeheuerlich, diese Komplexität der Problemlagen.«

Im sozialen Brennpunkt-Stadtteil zu arbeiten, charakterisiert sie wie folgt:

»Wichtig ist die Kooperation und Vernetzung im Stadtteil. ... Wichtig ist auch, einen interkulturellen Ansatz zu haben, sich selber immer zu hinterfragen, Stichwort ressourcenorientierter Blick auf die Zielgruppe, und die gesellschaftspolitische Verortung, was Armut betrifft.«

Die so genannten schwer erreichbaren Zielgruppen sind aus der Sicht der Mitarbeiterin gar nicht schwer erreichbar:

»Wir könnten mit Leichtigkeit viel mehr Angebote machen, weil die Nachfrage hoch ist.«

»Frauengesundheit in Tenever« arbeitet niedrigschwellig, ist breit vernetzt und seit fast 25 Jahren vor Ort, das heißt die Mitarbeiterinnen sind im Stadtteil bekannt.

### Die Nutzerinnen

Eine Nutzerin schildert ihre anfänglichen Beweggründe, die Einrichtung »Frauengesundheit in Tenever« zu besuchen, folgendermaßen:

»Dass man Gesellschaft hatte, zu Hause nicht mehr alleine war und die Mitarbeiterin war sehr sympathisch.«

»Zuerst war das: Gesundheit, da schreckt jeder vor zurück.«

Weitere Nutzerinnen ergänzen hierzu wie folgt:

»Jetzt ist es wie eine Familie. Wer man ist oder wie man ist, ob dick, dünn oder krank ist oder so, das spielt überhaupt keine Rolle. Man fühlt sich einfach wohl.«

»Ist ja auch gut für die Ausländerfrauen, die so nicht weg dürfen und die aber in den Frauentreff dürfen, finde ich das auch wieder gut.«

»Und es ist nicht weit, finde ich. Ich muss dann nicht erst wer weiß wie lange in ne Bahn steigen und da hin fahren, das verbleibt dann meistens, wenn das weiter weg ist.«

»Es gibt ein gutes Gefühl. Man gehört dazu und man merkt auch, dass die andern einen mögen. Das ist das Schöne da dran.«

### Die Mitarbeiterin als Zielgruppe

Als Multiplikatorin im Gesundheitsbereich bist Du auch Zielgruppe der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V.. Wie ist das für Dich?

»Wie schön, eure Zielgruppe zu sein.«

Findest Du es gut, Zielgruppe zu sein?

»Was das betrifft, ja. Aber es ist natürlich immer diese Seite des Objektseins, wir werden da nicht als aktiv Handelnde angesehen, das impliziert dies Wort nicht so.«

Aber was ist denn schön daran?

»Schön ist einfach, Stichwort Gesundheitsförderung, einen Background zu haben, Unterstützung zu haben, so was wie Solidarität, dass in den verschiedensten Städten in Deutschland daran gearbeitet wird, Gesundheitsförderung zu implementieren. Und einen Austausch zu haben, was sind die Knackpunkte woanders, können wir von denen lernen? Wo gibt es Chancen der Umsetzung und der Qualitätssicherung?«

Und das Unangenehme daran, Zielgruppe zu sein?

»Koopartner ist ne Gleichberechtigung, Zielgruppe ist für mich so einseitig.«

Die eine zielt, die andere wird getroffen?

»Ja, und trotzdem benutz ich viel das Wort Zielgruppe im Alltag. Wir haben hier auch schon das Wort die Nutzerinnen, Teilnehmerinnen, gebraucht.«

Ich danke allen Nutzerinnen und Mitarbeiterinnen der Einrichtung »Frauengesundheit in Tenever« für das Gespräch.

Anschrift der Verfasserin siehe Impressum

## VORWORT DER IMPULSE-REDAKTION

## »Von der Basis für die Basis«

Wer zielt auf wen? Gibt es Alternativen zu der Zielgruppenbestimmung von »oben« bzw. von »außen«? Diese Fragen leiteten das Redaktionsteam bei der Erstellung dieses Newsletters. Die wohl bekannteste Form der Hilfe und Förderung auf »Augenhöhe« ist die gemeinschaftlich organisierte Selbsthilfe. Wichtige Prinzipien von Gesundheitsförderung, wie die Beteiligung der Betroffenen und die Berücksichtigung ihrer Lebenswirklichkeiten, müssen hier nicht erst von professioneller Seite angestrebt und für eine vorab definierte Gruppe von Menschen angeboten werden. Denn: Die (vermeintliche) Zielgruppe hilft sich in diesem Fall selbst.

Speziell die Selbsthilfe im Internet ist mit ihrer einfachen, schnellen und unverbindlichen Zugangsmöglichkeit für viele Betroffene und Ratsuchende ein attraktives Angebot. Der folgende Artikel beschäftigt sich daher mit den Möglichkeiten aber auch mit den Grenzen der Selbsthilfe im Internet.



JUTTA HUNDERTMARK-MAYSER

## Selbsthilfe im Internet – Möglichkeiten und Risiken

Menschen mit derselben Erkrankung, demselben Problem, einem gemeinsamen Anliegen oder in einer gleichen Lebenssituation schließen sich in Selbsthilfegruppen zusammen. Sie verstehen, helfen und stärken sich gegenseitig und werden zusammen aktiv.

Die Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind und werden »Experten in eigener Sache«. Sie erleben in der Selbsthilfe nicht nur Hilfe und Solidarität durch andere, sondern sie übernehmen auch Verantwortung für sich selbst. Damit erreichen sie einen höheren Grad an Selbstbestimmung über die eigene Lebenssituation, aktivieren Bewältigungsressourcen und Selbstheilungskräfte.

Das Internet ist für viele Aktive in der Selbsthilfe mittlerweile das zentrale Informations- und Kommunikationsmedium geworden. Auf einer eigenen Homepage wird über den Verein und seine Aktivitäten informiert, im eigenen Forum wird zur Online-Selbsthilfe eingeladen und immer häufiger werden soziale Netzwerke im Internet genutzt, um auf die eigene Arbeit aufmerksam zu machen. Mit ihren vielfältigen Internetaktivitäten erreicht die Selbsthilfe die steigende Zahl von Menschen, die beispielsweise nach einer Diagnose über eine schwere Erkrankung im Internet unverbindlich nach Informationen suchen. Menschen, die bisher keine Berührung zur Bewältigungsform der gemeinschaftlichen Selbsthilfe hatten, können von solchen Angeboten im Internet profitieren.

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) befasst sich seit 2009 intensiv mit der Rolle des Internets für die Selbsthilfe. Sie untersucht, wie Menschen, die an derselben Erkrankung leiden oder von denselben schwierigen Lebensumständen betroffen sind, das Internet für den Erfahrungsaustausch nutzen, welche Potenziale das Netz dafür bietet, aber auch welche Grenzen es hat.

### Viele Vorteile

Der Austausch mit Gleichbetroffenen im Internet hat viele Vorteile: Er ist ortsungebunden, zu jeder Tageszeit möglich, kostenfrei und hat oft eine große Reichweite. Internetforen sind zudem kollektive Wissensspeicher: Erfahrungswissen wird zusammengetragen, gebündelt und so für andere Betroffene zugänglich gemacht.

Die Nutzerinnen und Nutzer finden es entlastend, Probleme zu teilen und eigene Erfahrungen weitergeben zu können. Sie kommunizieren genau wie bei der klassischen gemeinschaftlichen Selbsthilfe auf Augenhöhe und helfen sich dabei gegenseitig. Die Hürde, in einem Internetforum zu lesen, zu schreiben oder zu antworten, ist für viele Menschen niedriger, als eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Es fällt viel leichter, unter einem Pseudonym in einem Forum über die eigene (schwere) Erkrankung zu schreiben, als sich von Angesicht zu Angesicht zu »offenbaren«.

### Aber auch Gefahren

Problematisch kann es jedoch werden, wenn Betroffene zu viel von sich preisgeben, weil sie vor dem heimischen Computer vergessen, dass sie sich in einem öffentlichen Raum bewegen. Oder wenn in Foren vermeintlich Betroffene mitdiskutieren, hinter ihren Beiträgen aber kommerzielle Interessen stehen, beispielsweise von pharmazeutischen Unternehmen. Zudem ist die Nutzung des Internets weniger anonym als oft angenommen. Was im Internet geschrieben wird, bleibt. Das gilt auch für Einträge, die man in Selbsthilfe-Internetforen macht. Nutzerinnen und Nutzer solcher Foren haben in der Regel nicht die Möglichkeit, Einträge die ihnen zu einem späteren Zeitpunkt unangenehm sind, löschen zu lassen. Es ist daher ratsam darauf zu achten, dass keine Rückschlüsse auf die eigene Identität möglich sind. So kann es sich rächen, wenn Jahre später Personalchefinnen bzw. -chefs im Internet nach Informationen über eine Jobbewerberin oder einen Bewerber sucht und dabei auf Hinweise stößt, dass diese bzw. dieser offenbar Probleme mit Depressionen oder mit einer Essstörung hatte oder chronisch erkrankt ist.





Eine weitere Gefahr besteht durch das sogenannte Tracking (engl. für »Nachspüren«), bei dem Daten über die Zugriffsgewohnheiten von Nutzerinnen und Nutzern unbemerkt gesammelt und zu Nutzerprofilen zusammengefügt werden. Aus umfassenden Datensammlungen können zum Beispiel Facebook, Google oder Amazon das Surfverhalten analysieren und individuelle Personenprofile erstellen, die Aussagen über die Lebensverhältnisse und vergangenes oder zukünftiges Verhalten erlauben.

Die NAKOS hält diese Entwicklung für sehr problematisch. Gerade für Personen mit Selbsthilfeanliegen, sei es eine bestimmte chronische Erkrankung oder eine psychische oder psychosoziale Problemstellung, ist es besonders bedeutsam, dass sie beim Surfen keine Spuren hinterlassen und die Vertraulichkeit ihrer Identität gewahrt bleibt.

»Was in der Gruppe gesprochen wird, bleibt in der Gruppe« ist ein wesentlicher Leitsatz von Selbsthilfegruppen. Auf Selbsthilfeaktivitäten im Internet lässt sich dieser Anspruch in dieser Form nicht ohne weiteres übertragen. Der offene Zugang und die Möglichkeit, Informationen auf Websites oder in Internetforen zu lesen, sind Charakteristika internetbasierter Selbsthilfe und in dieser Offenheit stecken viele Chancen. Dennoch bedarf es eines geschützten Rahmens, damit der Austausch im Internet offen und vertrauensvoll und damit für die Beteiligten wirksam und wertvoll sein kann.

Aus Sicht der NAKOS stehen Anbieterinnen und Anbieter von internetbasierten Selbsthilfeangeboten daher in einer besonderen Verantwortung, persönliche Daten und die Identität ihrer Nutzerinnen und Nutzer möglichst sorgsam zu schützen.

### Wegweiser für Selbsthilfe-Internetforen

Weil es mitunter schwer ist, gute Internetforen zu identifizieren, betreibt die NAKOS die Kommunikationsplattform: [www.selbsthilfe-interaktiv.de](http://www.selbsthilfe-interaktiv.de).

In einem offenen Forenbereich können dort Nutzerinnen und Nutzer über allgemeine Fragen zu gruppen- und internetgestützter Selbsthilfe diskutieren. Außerdem finden sie eine Liste mit Selbsthilfe-Internetforen, die bestimmte, von der NAKOS erarbeitete Qualitätskriterien erfüllen: Die Foren werden von Betroffenen betrieben und haben keine kommerzielle Orientierung. Sie informieren über ihre Ziele und ihre Finanzierung, sind unabhängig, nutzerfreundlich und – ein ganz wichtiger Punkt: Sie gewährleisten den Schutz und die Vertraulichkeit der personbezogenen Daten und Informationen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. JUTTA HUNDERTMARK-MAYSER, NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg, Tel.: (0 30) 31 01 89-80, E-Mail: [jutta.hundertmark@nakos.de](mailto:jutta.hundertmark@nakos.de)

MAREIKE CLAUS, STEPHANIE SCHLUCK

## Tagungsbericht: Immer flexibel – schnell erschöpft?

Am 24. Juni 2014 fand in Hannover die diesjährige Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) statt. Unter dem Tagungstitel »Immer flexibel – schnell erschöpft? Seelische Gesundheit unter veränderten Rahmenbedingungen« wurden Fragen diskutiert, wie die Menschen mit steigenden Flexibilitätsansprüchen und sich wandelnden Lebensformen umgehen.

### Gesellschaftlicher Wandel und seine Auswirkungen

Prof. Dr. Beate Mitzscherlich von der Westsächsischen Hochschule Zwickau ging in ihrem Eingangsvortrag genau auf diesen Wandel der Lebensformen und den Aufbau stabiler Identitäten unter diesem Einfluss ein. Wachsende Mobilität, Flexibilisierung und Individualisierung wurden Anfang der 90er Jahre noch als Errungenschaften und als ein Gewinn an Freiheit gefeiert. Doch in den letzten Jahren ist vermehrt die Kehrseite der Medaille in den Fokus gerückt. Gegenwärtige Diskussionen über »Das erschöpfte Selbst«, wie es der Autor Alain Ehrenberg in seinem Klassiker beschrieb, machen deutlich, dass die Balance zwischen den alltäglichen Anforderungen und den Ressourcen und Unterstützungsstrukturen vielfach nicht mehr gegeben ist. Prof. Dr. Dieter Sauer vom Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e. V. griff die Gedanken seiner Vorrednerin auf und verdichtete sie auf die veränderten Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt und ihre Auswirkungen auf die seelische Gesundheit von Beschäftigten. Die Arbeitswelt hat sich in den letzten 20 Jahren radikal gewandelt: Ständige Erreichbarkeit und Mobilität, Verlagerung von unternehmerischer Verantwortung auf die Beschäftigten, abgeflachte Hierarchien, Steigerung der Eigenverantwortung. Die Erhöhung der Freiheitsgrade ist zunächst einmal nichts Schlechtes, jedoch gibt es auch hier eine Kehrseite der Medaille: Der Arbeitsdruck und die subjektiv empfundene Belastung steigen, wenn nicht ausreichend Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen zur Verfügung stehen.

### Freundschaft und Pflege

Dr. Janosch Schobin vom Hamburger Institut für Sozialforschung ging der Frage nach, welchen Stellenwert Freundschaften aktuell und zukünftig in den verschiedenen Lebensphasen einnehmen. Er stellte dar, inwieweit sich Freundschaften im Lebensverlauf verschiedener Geburtsjahrgänge verändern und ging auf besondere Lebenssituationen, wie die Pflegebedürftigkeit ein. Leibesbezogene Pflege wird fast ausschließlich von nahen Verwandten und/oder professionellen Fachkräften durchgeführt. So ist eine regelmäßige Pflege durch eine enge Freundin bzw. einen engen Freund für viele Menschen nicht vorstellbar. Schobin betonte, dass Freundschaften eine enorme Ressource für die seelische Gesundheit sind, jedoch durch ihre Individualität schwer erfassbar gemacht werden können. Die besondere Lebenssituation der Pflegebedürftigkeit griff auch Birgit Wolff von der LVG & AFS auf. In Ihrem Vortrag »Wenn plötzlich alles anders ist ...« beschrieb sie die gesundheitlichen, und hier vor allem die psychischen Belastungen, denen pflegende Angehörige oftmals



ausgesetzt sind. Wolff stellte dar, dass noch nie zuvor so viele Menschen die Pflege eines nahestehenden Menschen übernommen haben. Oftmals wird diese Langzeitversorgung parallel zur eigenen Berufstätigkeit ausgeführt. Um Belastungen abzuschwächen und Entlastungen zu ermöglichen, gibt es unterstützende Pflegeleistungen und Beratungsangebote, von denen aber leider immer noch viele pflegende Menschen nicht ausreichend Kenntnis haben.

#### Zum Abschluss

Zum Ende der Tagung griff der Philosoph Thomas Vašek den Begriff der Work-Life-Balance auf. Seiner Ansicht nach suggeriert diese Bezeichnung, dass Arbeit und Leben zwei verschiedene Welten wären: Eine in der man sich abmühen muss und eine andere in der sich jeder Mensch entfalten kann. Diese Trennung ist irreführend. Vielmehr sollte jeder Mensch unter guten Arbeitsbedingungen arbeiten können, die es beispielsweise ermöglichen zu lernen, vertrauensvolle Beziehungen zu schaffen und Anerkennung zu erhalten. Dabei sieht er nicht nur die Verantwortung bei den Unternehmen sondern auch bei jeder oder jedem einzelnen Beschäftigten selbst.

Anschrift der Verfasserinnen siehe Impressum

**DEIKE BÖNING, OTTOMAR BAHR**

## »Gesundheitsvorstellungen, -risiken und -verhalten von Berufspolitikern« Eine Interviewanalyse Bundestagsabgeordneter der 17. Wahlperiode

Die Forschungsarbeit (Originaltitel: »Ich sehe nur, wie sich die Menschen plagen«: Gesundheitsvorstellungen, -risiken und -verhalten von Berufspolitikern – Eine empirische Analyse) befasst sich aus medizinsoziologischer Perspektive mit Gesundheitsvorstellungen, mandatsbedingten Risiken sowie gesundheitsförderlichen und -abkömmlichen Verhaltensweisen deutscher Berufspolitikern und -politiker. Die Bedeutsamkeit gesundheitsrelevanter persönlicher Erfahrungen und Konzepte auf gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundesebene stellt einen ergänzenden Fokus dar. Befragt wurden 22 Berufspolitikern und -politiker aller in der 17. Wahlperiode des deutschen Bundestages vertretenen Parteien.

#### Gesundheitsvorstellungen

Insgesamt gesehen fanden sich bei den Befragten ähnlich unterschiedliche Gesundheitskonzepte wie in der Allgemeinbevölkerung. Die jeweilige Ausgestaltung schien durch persönliche Prioritätensetzung und zurückliegende Erfahrungen geprägt. Es konnten drei zentrale Positionen unterschieden werden: Dem philosophischen Ansatz folgend wurde Gesundheit u. a. als Glück, Balance und unschätzbare Gut verstanden. Im Sinne eines körperlichen Ansatzes wurde der Begriff als Zustand nicht hinreichender Untersuchungen charakterisiert. Das Konzept Gesundheit als Arbeitsgrundlage umfasste Beschreibungen wie die Möglichkeit, sich Belastungen aufzuerlegen, als Raubbau am eigenen Körper oder Gesundheit als selbstverständliche Voraussetzung.

#### Krankheitsbilder

Befindlichkeitsstörungen und banal erscheinende Akuterkrankungen (z. B. Kopfschmerzen, grippale Infekte, Rückenschmerzen) wurden durch die Mandatsträger oft am eigenen Beispiel geschildert, Lebensbedrohliches (z. B. Myokardinfarkt, Tumorerkrankungen) im Gegenzug in Distanzierung von eigener Betroffenheit fast ausnahmslos an Kolleginnen und Kollegen illustriert.

#### Bezug zum politischen Handeln

Seitens der Befragten wurden primär keine Bezüge zwischen gesundheitlicher Situation und politischem Handeln hergestellt. Allerdings wurde in Einzelfällen und auf Nachfrage verdeutlicht, dass eigene Krankheits- und Behandlungserfahrungen zu vermehrtem Engagement in konkreten Bündnissen gegen stigmatisierende Erkrankungen und für eine Ausweitung der Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrende geführt haben.

#### Gesundheitsrisiken

Den Befragten zufolge überwogen berufsbedingte Risiken (Krankheit, Belastung, Stigmatisierbarkeit) vorhandene Ressourcen (Ausgleich, Balance, Prävention). Zwar schilderten sie ausgeprägte berufsbedingte Belastungen und Gesundheitsrisiken, doch stellten sich die Befragten selbst als überwiegend gesund dar. Weisen Abgeordnete eine besonders starke Resilienz auf?

#### Typenbildung

Das Gesundheitsverhalten befragter Berufspolitikerinnen und -politiker ließ sich in sechs voneinander abgrenzbaren Typen darstellen (Abgesicherte, salutogener Patientin und Patient, Organisatorin und Organisator Gegenwärtmensch, Workaholic, Opfer). Hierbei standen sich die Extrempole des »abgesicherten Politikers« und des »politischen Opfers« gegenüber. So beschrieben Erstgenannte Schwierigkeiten als Herausforderung und Gelegenheit zur Mobilisierung effektiver Copingmechanismen und Ressourcen. Sie waren bereits vor Aufnahme der politischen Tätigkeit in leitenden beruflichen Positionen und erlebten Existenz- und Familienplanung vielfach als vom politischen Mandat unabhängig. Dem entgegen stellten Angehörige des Typus »das Opfer« das berufliche Tätigkeitsfeld als von Konkurrenz, Angst, Unzufriedenheit, Tabuisierung und Schwäche durchsetzt dar. Private und berufliche Lebensplanung waren eng miteinander verwoben, die scheinbar (negativ) steuernden Außenbedingungen übten prägenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus.



### Forschungsperspektiven

Zukünftige Forschungsansätze könnten sich der Fragestellung widmen, ob die genannte Typisierung auch in anderen Verhaltensbereichen aufzufinden sei. Zu betonen ist weiterhin die bemerkenswerte Diskrepanz zwischen dem u. a. in Gesetzestexten allgemein gewünschten Gesundheitshandeln und der schlussendlichen, widersprechenden Verhaltensweise der Abgeordneten. Von den Befragten selbst wurden unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Belastungen die Berufsgruppen der Managerin und Manager, Ärztinnen und Ärzte sowie Lehrkräfte als Vergleichsgrößen hinzugezogen. Für zukünftige Arbeiten scheint daher eine Kontrastierung mit anderen Berufen von Interesse.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

DR. DEIKE BÖNING, DR. OTTOMAR BAHRS, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Georg August Universität Göttingen, Waldweg 37, 37073 Göttingen, E-mail: deikeboening@googlemail.com

ANNE HINNEBURG, NICOLE WOLF

## Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung – eine Bestandsaufnahme

Unter dem Motto »Arbeit fairbessern« trägt das Gesundheitsmanagement der niedersächsischen Landesverwaltung seit dem Jahr 2002 dazu bei, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen und persönliche Ressourcen zu stärken. Dies kommt sowohl den Beschäftigten als auch der Landesverwaltung zugute. Nach über 10 Jahren Gesundheitsmanagement war es an der Zeit, mit Hilfe einer Bestandserhebung vorhandene Strukturen zu ermitteln, um einen Überblick über alle Aktivitäten der Dienststellen der Landesverwaltung herzustellen und sichtbar zu machen.

Im Frühjahr dieses Jahres hatten auf Initiative des niedersächsischen Ministers für Inneres und Sport sowie der landesweiten Steuerungsgruppe Gesundheitsmanagement daher 368 Dienststellen des Landes die Gelegenheit, Rückmeldung zu ihren Aktivitäten im Bereich Arbeit und Gesundheit zu geben.

### Online-Befragung von 368 Dienststellen

Welchen Stellenwert das Thema Gesundheitsmanagement heute hat, wird schon durch die sehr gute Rücklaufquote deutlich. Erfreuliche 83% der Dienststellen haben an der Online-Befragung teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass es in fast allen Dienststellen Angebote der Gesundheitsförderung gibt. Am häufigsten wurden dabei Maßnah-

men zum Arbeitsumfeld, beispielsweise eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, genannt. Mehr als die Hälfte der befragten Dienststellen führen auch Informationsveranstaltungen sowie Aktivitäten in den Bereichen Sport, Bewegung und Entspannung durch. Nahezu die Hälfte der Dienststellen ist aber schon weiter. Sie verfügen über ein strukturiertes Gesundheitsmanagement im Sinne der Vereinbarung nach § 81 Niedersächsisches Personalvertretungsgesetz (NPersVG). Das bedeutet sie gehen systematisch vor, binden ihre Beschäftigten aktiv ein, haben eine eigene Steuerungsgruppe zum Thema Gesundheitsmanagement und bearbeiten viele unterschiedliche Themen. Den Schwerpunkt bildet hierbei ein Themenmix zu den Sozialen Beziehungen, Kommunikation, Umgang mit Konflikten und Arbeitsorganisation. Der überwiegende Anteil der Dienststellen hat großes Interesse an der Vertiefung des Themas Gesundheitsmanagement und sieht weiteren Handlungsbedarf. Nach dem Thema Stressbewältigung werden vor allem eine wertschätzende Zusammenarbeit, gesundes Führen sowie altersgerechtes Arbeiten als wichtige Handlungsfelder benannt.

### Kongress »Arbeit und Gesundheit in der Landesverwaltung«

Als weitere Initiative zum Thema Arbeit und Gesundheit fand am 30. Juni 2014 der Kongress »Arbeit und Gesundheit in der Landesverwaltung« in Hannover statt. Die Veranstaltung wurde durch den niedersächsischen Innenminister Boris Pistorius eröffnet. In Fachvorträgen insbesondere von Prof. Dr. Heinrich Geissler und Prof. Dr. Bernhard Badura wurde die wichtige Rolle eines gesundheitsförderlichen Führens für den Gesamtprozess betont.

Jürgen Reiche, Referatsleiter im Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport, stellte mit CARE (Chancen auf Rückkehr ermöglichen) eine neue Aufgabe der ressortübergreifenden Personalentwicklung vor. Mit diesem Ansatz sollen erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – neben dem gesetzlich vorgeschriebenen betrieblichen Eingliederungsmanagement – auf freiwilliger Basis dabei unterstützt werden, in kürzerer Zeit wieder gesund zu werden.

Berichte zu erfolgreichen Gesundheitsmanagementprojekten aus der Landesverwaltung und der gemeinsame Erfahrungsaustausch zu verschiedenen Fachthemen rundeten den Tag ab. Die ausgebuchte Veranstaltung und die vielen positiven Rückmeldungen zeigen, dass das Thema Arbeit und Gesundheit zunehmend im Fokus der Dienststellen steht und in der Zukunft eine noch größere Bedeutung erhalten wird.

### Fazit

Eines steht fest: Es gibt bereits viele gute Ideen und Ansätze, so dass im Themenbereich »Arbeit und Gesundheit« bereits eine Menge erreicht wurde. Es gibt aber – wie immer – auch noch »weiße Flecken«. Damit diese sich stetig verringern, steht das Innenministerium den Dienststellen der Landesverwaltung zur Seite und stellt ihnen weiterhin den Beratungsservice Gesundheitsmanagement zur kostenlosen Begleitung der ersten Schritte auf dem Weg zu einem strukturierten Gesundheitsmanagement zur Verfügung.

Literatur bei den Verfasserinnen

Anschrift von ANNE HINNEBURG siehe Impressum

NICOLE WOLF, Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport, Referat 14, Clemensstraße 17, 30169 Hannover, E-Mail: nicole.wolf@mi.niedersachsen.de  
Internet: www.gesundheitsmanagement.niedersachsen.de





UTE SONNTAG, SABINA ULBRICHT, SIBYLLE FLEITMANN,  
BARBARA STASCHEK, STEPHANIE SCHLUCK

## Rauchen in Gesundheits- und Sozialberufen

Eine Krankenschwester, Hebamme oder Altenpflegerin raucht. Ist das Privatsache oder haben in Gesundheits- und Sozialberufen Arbeitende die Verpflichtung, selbst gesund zu leben? Übernehmen sie, allein ihres Berufs wegen, gar eine Vorbildfunktion?

In der Tat ist das Rauchen bei Frauen in Gesundheitsberufen weit verbreitet: 40% der Altenpflegerinnen und 39% der Pflegehelferinnen rauchen. Auch bei Hebammen und Krankenschwestern liegt der Anteil der Raucherinnen mit 30% noch über dem Bevölkerungsdurchschnitt. 15% der Ärztinnen rauchen, so der Tabakatlas Deutschland 2009 des Deutschen Krebsforschungszentrums. Dazu, ob der eigene Rauchstatus eine Rolle spielt, wenn es darum geht, das Thema Rauchen im Betreuungskontext zu thematisieren, gibt es unterschiedliche Befunde.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts »Rauchfreiberatung durch Familienhebammen« wurde das eigene Rauchverhalten unter den Teilnehmerinnen der Qualifizierungsseminare häufig zum Thema gemacht. Im Projekt wurden Familienhebammen, Hebammen und Vertreterinnen weiterer Sozial- und Gesundheitsberufe darin geschult, in ihren Arbeitskontexten Frauen zu motivieren, das Rauchen zu reduzieren und in kleinen Schritten zum Rauchstopp zu gelangen. Was nun, wenn die Familienhebamme selbst raucht?

### Wo können Empfehlungen ansetzen?

Um einen Diskussionsprozess zu diesem Thema zu befördern, wurden zwei Werkstattgespräche mit Hebammen und Familienhebammen, die aktuell rauchen, Ex-Raucherin bzw. Nie-Raucherin sind, initiiert. Es wurden Empfehlungen zu folgenden Fragen erarbeitet: Wie können rauchende Hebammen zur Rauchfreiheit beraten und was sollten sie beachten, um glaubwürdig zu sein? Können sie überhaupt dazu beraten? Und wenn ja, wie?

Rauchende Hebammen können Rauchfreiberatung durchführen. Das Projekt empfiehlt, das eigene Rauchen ganz aus dem Betreuungskontext herauszuhalten. Rauchende (Familien-) Hebammen sollten nicht als Raucherin wahrgenommen werden. Dazu ist es unabdingbar, während der Arbeitszeit auf das Rauchen zu verzichten oder den Konsum während der Arbeitszeit zumindest dahin gehend einzuschränken, dass nur in möglichst großem zeitlichem Abstand zu unmittelbaren Betreuungsaufgaben (jeglicher Kontakt mit der Klientin, deren Kind(ern) und deren Familie) geraucht wird.

Eigene Rauchutensilien wie Zigaretten oder Feuerzeug sollten »unsichtbar sein«. Es gilt, bei der Arbeit nicht nach Rauch zu riechen. Das bezieht sich sowohl auf die eigene Kleidung, als auch auf den Mund- und Körpergeruch. Wie kann das erreicht werden? Ein wichtiger Schritt ist, empfohlene Hygieneregeln zu beachten, wie zum Beispiel Händewaschen nach dem Rauchen, Kittel über die Kleidung ziehen oder Ersatzbekleidung benutzen. Darüber hinaus sollten (Familien-)Hebammen nicht gemeinsam mit der Klientin rauchen. Erfahrungen zeigen, dass dies die Vertrauensbasis nicht stört. Das Rauchen immer wieder anzusprechen, ohne selbst mitzurachen, kann Türöffner für das Besprechen weiterer schwieriger Probleme und Sorgen sein. Wenn wir davon ausgehen, dass (Familien-)Hebammen häufig mit dem Auto zu den Familien fahren, ist es unabdingbar, für ein rauchfreies Auto zu sorgen.

### Organisationen und Teams

Eine wichtige Frage ist auch, wie Teams und Organisationen, in denen Hebammen, Krankenschwestern oder Pflegerinnen arbeiten, mit dem Aspekt rauchender Kolleginnen umgehen. Hilfreich für alle im Team, unabhängig vom Rauchstatus ist, dass das Thema Rauchen während der Arbeitszeit und im Arbeitskontext besprochen wird und klare Regeln definiert werden.

Gespräche im Team zum Thema Rauchen allgemein oder ganz konkret, zum Beispiel zu den Rauchpausen, signalisieren, dass das Rauchen als gesundheitsschädigendes Verhalten wahrgenommen wird. Das Team entscheidet ein Vorgehen für die Handhabung innerhalb des Teams bzw. der Abteilung. Die Entscheidung ist Teil der Team-Kultur.

### Wie geht es weiter?

Diese Empfehlungen sollen in den Hebammenverbänden verbreitet werden. Es ist eine englische Version für die internationale Ebene geplant. Am 12. Dezember 2014 wird die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihre Jahrestagung zum Thema »Prävention von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit« durchführen. Dabei wird auch das Rauchen in der eigenen Zunft diskutiert. Es werden viele Verbände eingeladen, um zu prüfen, was sie von den geförderten Projekten und deren entwickelten Instrumenten nutzen können. Wünschenswert sind eine offene Diskussion des Themas in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zum professionellen Umgang mit dem eigenen Rauchen sowie niedrigschwellige, kostenfreie Beratungs- und Unterstützungsangebote dazu, wie, wenn auch langfristig, ein Rauchstopp gelingen kann.

Literatur bei den Verfasserinnen

Anschrift der Verfasserinnen siehe Impressum

Weitere Informationen unter [www.wenigeristmehr.org](http://www.wenigeristmehr.org)



BRITTA RICHTER

## Gesundheitsregionen Niedersachsen – Gesundheitsversorgung regional koordinieren und steuern

Die Gesundheitsversorgung findet dort statt, wo Menschen leben. Vor diesem Hintergrund sind die Landkreise, Städte und Gemeinden besonders herausgefordert, soziale, kulturelle und gesundheitliche Belange der Menschen direkt vor Ort bedürfnisgerecht zu strukturieren. Damit verbunden stellen die stark segmentierten Leistungssektoren im Gesundheitswesen sowie die regional bedingten Einflüsse auf den Versorgungsprozess nur einen Teil der Herausforderungen dar, mit denen sich die Regionen auseinandersetzen müssen. Umso bedeutsamer ist der Bedarf nach einer koordinierten und regional gesteuerten Gesundheitsversorgung – um einerseits Transparenz über Bedarfe und bereits bestehende Angebote herzustellen und andererseits zielorientierte Kooperationen für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

Mit dem Projekt Gesundheitsregionen Niedersachsen fördert das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, der Verband der Ersatzkassen sowie der BKK Landesverband Mitte alle niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte beim Aufbau von kommunalen Strukturen und der Umsetzung von innovativen Projektansätzen, die eine intensivierte träger- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens ermöglichen.

Aufbauend auf den Erfahrungen des Modellprojektes »Zukunftsregionen Gesundheit« sind die strukturellen Kernelemente der Gesundheitsregionen die regionalen Steuerungs- und Arbeitsgruppen. Sie lenken und gestalten den Prozess maßgeblich. Zudem sollen durch die Etablierung von jährlich tagenden Gesundheitskonferenzen Beteiligungsmöglichkeiten geschaffen und Impulse für die weitere Arbeit generiert werden.

### Erfahrungen des Modellprojektes »Zukunftsregionen Gesundheit«

Die Erfahrungen des Modellprojektes haben gezeigt, dass mit der Etablierung der regionalen Steuerungsgruppen und Gesundheitskonferenzen sowie dem Einbezug neuer oder beste-

hender Arbeitsgruppen, in der Wahrnehmung der Projektbeteiligten arbeitsfähige Strukturen aufgebaut werden konnten, die eine sektorenübergreifende Kooperation zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung möglich machen. Dabei hat sich durch das Kennenlernen der Beteiligten und der Entwicklung gemeinsamer Zielsetzungen eine neue Qualität der Netzwerkarbeit entwickelt. Es konnten Kooperationen zwischen Akteurinnen und Akteuren angestoßen werden, die zuvor in einem begrenzten Rahmen oder gar nicht kooperiert haben.

Die Ergebnisse der Evaluation des Modellprojektes zeigen, dass durch den Strukturaufbau Transparenz über bereits bestehende Aktivitäten und Strukturen in den Landkreisen hergestellt werden konnte. Zudem wurde bei den Beteiligten ein stärkeres Bewusstsein für das Thema Gesundheitsversorgung und deren Gestaltung geschaffen. Insgesamt hat die Thematik eine deutlich stärkere Priorisierung in den Landkreisen erfahren. Darüber hinaus wurde deutlich, dass eine landesweite Prozessbegleitung und Koordination der Projektaktivitäten notwendig ist. Diese ermöglicht den Erfahrungstransfer in die Regionen und den Austausch zwischen anderen bundesweit aktiven Regionen. Zudem werden Netzwerke initiiert und sowie ein Ergebnismonitoring vorangetrieben.

### Gesundheitsregionen konkret

Von daher sollen ab dem Jahr 2014 bis Ende 2017 alle niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte mit einer Anschubfinanzierung von 25.000 Euro für einen Zeitraum von zwei Jahren beim Aufbau kommunaler Strukturen unterstützt werden. Neben der Vernetzung der Akteurinnen und Akteure sollen in den Regionen u. a. Fachkräfte für den medizinischen und pflegerischen Bereich gewonnen sowie mögliche Delegationsansätze zur Entlastung insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten entwickelt bzw. umgesetzt werden. Innovative Projektideen können finanziell gefördert werden. Hierfür stehen bislang 430.000 Euro jährlich zur Verfügung. Die auf Landesebene entwickelte Förderungsrichtlinie gibt weitere Informationen zum Verfahren. Interessierte aus Landkreisen und kreisfreien Städten können sich beim Aufbau einer Gesundheitsregion durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. beraten und unterstützen lassen.

Anschrift der Verfasserin siehe Impressum

ANGELIKA LACROIX, GISBERT EIKMEIER

## Behandlung von »gleich zu gleich«: Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in der Psychiatrie

### Was ist peer-support ?

Worüber reden Patientinnen und Patienten im Tagesraum einer psychiatrischen Abteilung, wenn kein Profi dabei ist? Sie tauschen ihre Erfahrungen darüber aus, wie das Personal ist, wie der Stationsalltag abläuft, was von therapeutischen Angeboten und Medikamenten zu halten ist, aber auch darüber, wie es bei ihnen zu psychischen Krisen gekommen ist, wie man mit Symptomen umgehen kann und wie realistische Zukunftsperspektiven aussehen können. Strukturierter findet man diese Form der Unterstützung in Selbsthilfegruppen und im Trialog (Erfahrungsaustausch »auf Augenhöhe« zwischen



Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen psychisch Kranker und Professionellen). In der Psychiatrischen Abteilung am Klinikum Bremerhaven sind wir noch einen Schritt weiter gegangen und haben Menschen, die selbst eine schwere psychische Krise bewältigt haben (peers), als »Genesungsbegleiterinnen und -begleiter« zur Unterstützung der Pflegefachberufe in unsere Stationsteams integriert.

Im Rahmen einer baulichen und konzeptionellen Neustrukturierung der Abteilung versuchen wir unsere Behandlung seit 2008 konsequent an Recovery-Grundsätzen (Konzept, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt) zu orientieren. Sehr früh entstand dabei der Entschluss, unbedingt auch peers einzustellen, um dadurch der subjektiven Sicht der Patientinnen und Patienten, mit der Suche nach dem Sinn ihrer Krise und nach bedürfnisgerechten Lösungen, eine größere Bedeutung in der Behandlung einzuräumen.

#### **Das Bremerhavener Genesungsbegleiter-Modell**

In der Vorbereitungsphase mussten wir zunächst Geschäftsführung, Betriebsrat und die Beschäftigten von unserer Idee überzeugen. Die Ängste vor Konkurrenz und Einsparungen bei der Berufsgruppe Pflege waren besonders groß. Diese wurden in mehreren Workshops mit allen Berufsgruppen thematisiert und zum Großteil ausgeräumt. Über die Agentur für Arbeit haben wir dann geeignete Bewerberinnen und Bewerber, nämlich Menschen mit Erfahrungshintergrund, die »durch das System gefallen sind«, gesucht. Nach einer Informationsveranstaltung, an der 28 Interessierte teilnahmen, erhielten wir 13 Bewerbungen. Zum 15.11.2010 konnten wir die ersten beiden Genesungsbegleiterinnen und -begleiter mit einer Wochenarbeitszeit von 20 Stunden einstellen. Es gibt mittlerweile eine Stellenbeschreibung und ein Einarbeitungskonzept für Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in der Klinik.

Die Resonanz auf deren Arbeit ist sowohl bei Patientinnen und Patienten wie bei fast allen Beschäftigten sehr positiv. Genesungsbegleiterinnen und -begleiter sehen im gemeinsamen Tun das Wesentliche und können auf Aspekte hinweisen, die nur aus der Sicht erfahrener Personen wahrgenommen werden. Zu den Patientinnen und Patienten bekommen die Genesungsbegleiterinnen und -begleiter schnell Kontakt. Sie werden als verständnisvoll erlebt, sind oft »näher« an der Person und trauen dieser mehr zu. Wir haben in der Folgezeit die Zahl der bei uns beschäftigten Genesungsbegleiterinnen und -begleiter auf sechs erhöht (Stand Juli 2014). Nach zwei Jahren besteht für sie die Möglichkeit einen unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Erhöhung der Arbeitszeit auf 29 Stunden zu bekommen.

Neben einer Fotogruppe werden von den Genesungsbegleiterinnen und -begleitern auf zwei Stationen eigenständig Recovery-Gruppen geleitet. Geplant ist, dass entsprechende Gruppen auf allen Stationen angeboten werden. Weiterhin soll eine von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern geleitete Schreibwerkstatt mit narrativem Ansatz aufgebaut werden. Fernziel ist die Beschäftigung von 2–4 Genesungsbegleiterinnen und -begleitern pro Station.

#### **Antistigma Arbeit von unten**

Schneller als wir erwartet haben, hat die Einbeziehung der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter das Milieu unserer Stationen positiv beeinflusst und ist zur Selbstverständlichkeit der täglichen Arbeit geworden. Abgesehen davon, dass unser Projekt Teil eines umfassenden Neustrukturierungsprozesses ist, waren der respektierte Rückhalt der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter bei der Abteilungs- und Krankenhausleitung, ihre soziale Integration in die Behandlungsteams, die Einarbeitung durch einen anderen Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und das wöchentliche Coaching Voraussetzungen für das Gelingen des Projektes.

Hoffnung, Selbstvertrauen, Kreativität und Mut sind auch erforderlich zur Bewältigung der oft mit einer schweren psychischen Erschütterung verbundenen Stigmatisierung. Die Vermittlung dieser Fähigkeiten gelingt am besten »von gleich zu gleich« durch Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und ist damit wahrscheinlich nachhaltiger als viele groß angelegte Kampagnen, die immer nur kurzfristig mediales Interesse auf sich ziehen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser  
ANGELIKA LACROIX, DR. GIBBERT EIKMEIER, Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH, Postbrookstraße 103, 275764 Bremerhaven,  
E-Mail: angelika.lacroix@klinikum-bremerhaven.de

THOMAS DE BOER, MARTINA DIECKMANN

## **Gesundheitsförderung im kommunalen Setting am Beispiel Ostrhauderfehn**

Die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist maßgeblich im »Leitfaden Prävention« geregelt. Dieses Papier des GKV-Spitzenverbandes sieht im Bereich des Setting-Ansatzes, also der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten, drei Handlungsfelder vor: Die Kindertagesstätten, die Schulen und die Kommunen/Stadtteile. In Niedersachsen wurden mit den Projekten »TigerKids« (und nun »JolinchenKids«) und »Gesund Leben Lernen«, ein Kooperationsprojekt zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der LVG & AFS zur Gesundheitsförderung in niedersächsischen Schulen, bereits sehr gute Erfolge in dieser Hinsicht erzielt.

#### **Herausforderung Kommunaler Settings**

Schwieriger gestaltet sich dies in den kommunalen Settings. Der maßgebliche Grund hierfür mag in der größeren Komplexität der Strukturen und der Diversität der Beteiligten liegen. Daher ist hier eine umfassende Unterstützung und Steuerung seitens des Trägers der Kommune, also der Gemeinde oder der Stadt, unerlässlich. Diesem Faktum wird auch im »Leitfaden Prävention« Rechnung getragen, indem sie diesen die Schlüsselrolle zuspricht. Der Weg für eine Krankenkasse, sich



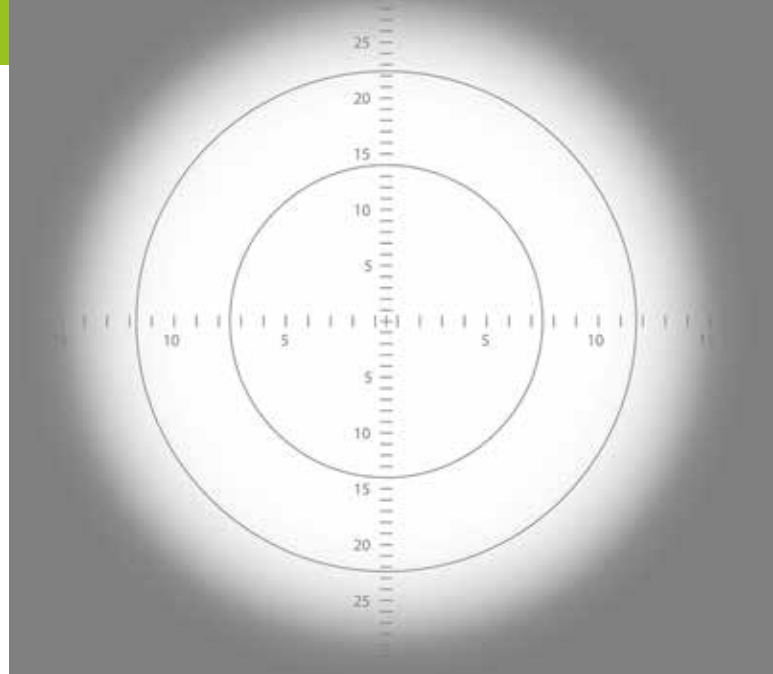
im Setting Kommune zu engagieren, kann also nur über Gespräche und Vereinbarungen mit den entsprechenden Personen und Gremien führen. Dass dieser Weg sehr zielführend ist, zeigt das folgende Beispiel.

Die Gemeinde Ostrhauderfehn mit ihren ca. 11.000 Einwohnern befindet sich im südlichen Ostfriesland. Wie alle Kommunen im Landkreis Leer ist hier eine Präventionsbeauftragte beschäftigt. Diese hatte bereits Kontakte zu dem Präventionsbeauftragten »Setting« in der AOK-Region Ostfriesland aufgebaut. Hier entstand nun die Idee, die Setting-Programme »TigerKids« und »Gesund Leben Lernen« vor Ort zu vernetzen, um daraus ein kommunales Gesundheitsförderungsprojekt ins Leben zu rufen. Grundannahme war, dass man nahezu alle Familien der Gemeinde erreicht, wenn alle Kindertagesstätten und Schulen an den entsprechenden Programmen teilhaben. Denn die Partizipation der Eltern ist in diesen Programmen gewährleistet. Zudem existiert in Ostrhauderfehn ein Elterncafé, welches von der kommunalen Präventionsbeauftragten und freiwilligen Helfern betrieben wird. Als besonders hilfreich erwies sich auch die Existenz einer Lenkungsgruppe, in welcher Vertretende der Schulen und Kindertagesstätten aktiv waren. Nach einem Gespräch mit dem Bürgermeister der Gemeinde, dem AOK-Regionaldirektor sowie dem Bereichsleiter Gesundheitsmanagement Prävention, erfolgte der Auftrag zur Schaffung eines kommunalen Settings. Die Kinderkrippe, beide Kindergärten und beide Grundschulen entschlossen sich daraufhin zur Teilnahme an den Programmen »TigerKids« bzw. »Gesund Leben Lernen«. In den bislang drei Jahren wurden allein in den fünf Bildungseinrichtungen ca. 1.000 Kinder und nahezu 100 Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte sowie weiteres Personal erzielt. Zudem wird durch die Elternbeteiligung die Sensibilisierung für das Thema Gesundheit in der Öffentlichkeit erreicht. Begleitet werden die Aktivitäten, durch Aktionen, Vorträge oder auch Kurse, zum Beispiel im Programm Kooperative Rückenschule. Auch die Zusammenarbeit mit Sportvereinen gehört natürlich dazu.

### Fazit

Es soll nicht verschwiegen werden, dass es trotz der guten Voraussetzungen in der Gemeinde Ostrhauderfehn ein sehr schwieriges Unterfangen ist, die gesamte Öffentlichkeit für das wichtige Thema Gesundheit zu gewinnen. Hier bedarf es Ausdauer, Beharrlichkeit, teamorientierten Denkens und einer gewissen Frustrationstoleranz bei allen Beteiligten. Auf jeden Fall kann als positives Resümee gezogen werden, dass die wirksame Vernetzung der vorliegenden Strukturen und Aktionspartnerinnen und -partner sehr geeignet ist, die angestrebten Ziele einer Kommune auch in Zukunft zu verfolgen und zu realisieren. Und das, ohne zusätzliche Projektgelder zu benötigen oder Stellen schaffen zu müssen. Denn die Verankerung in den beteiligten Institutionen gewährleistet ein bleibendes Engagement. Ein gelungenes kommunales Gesundheitsförderungssetting profitiert sehr davon, wenn die entsprechenden Strukturen in der Gemeinde (Präventionsbeauftragte, Lenkungsgruppe) vorliegen und die Krankenkassen, hier die AOK Niedersachsen, die Präventionsmöglichkeiten, die der Leitfaden Prävention für Settings bietet, mit den Aktivitäten und Strukturen der Gemeinde verknüpft.

THOMAS DE BOER, MARTINA DIECKMANN, AOK Niedersachsen,  
E-Mail: thomas.de-boer@nds.aok.de, E-Mail: martina.dieckmann@nds.aok.de



### IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fensckeweg 2, 30165 Hannover  
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Iris Bregulla, Mareike Claus, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Anna Stern, Kerstin Utermark, Marcus Wächter, Benjamin Weiß, Birgit Wolff

» Beiträge: Thomas Altgeld, Mareike Claus, Dr. Ottomar Bahrs, Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer, Thomas de Boer, Dr. Deike Böning, Christoph Bräutigam, Prof. Dr. Helmut Bremer, Martina Dieckmann, Dr. Gisbert Eikmeier, Michaela Evans, Stefan Fischer, Sibylle Fleitmann, Prof. Dr. Josef Hilbert, Anne Hinneburg, Dr. Jutta Hundertmark-Maysner, Dr. Wolf Kischner, Dr. Dieter Korczak, Angelika Lacroix, Cristina Marina, Dr. Thomas Mattig, Dr. Andreas Mielck, Britta Richter, Stephanie Schluck, Prof. Dr. Diana Sahrai, Dr. Ute Sonntag, Barbara Staschek, Marion Stock, Dr. Sabina Ulbricht, Nicole Wolf, Dr. Holger Ziegler

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 85: 24.10.2014

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: www.interdruck.net

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/ des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» Titelfoto: © pigmentum - Fotolia.com

» Fotos: © Fotolia.com: v.poth, Joachim Wendler, julien tromeur, PhotoSG, Rawpixel, Schlierner, drubig-photo, philipk76, monticelllo, drubig-photo, ra2 studio, jillchen, Rawpixel, Ferrante Pietro, Eugenio Marongiu, niroworld, neirfy, RioPatuca Images, WavebreakmediaMicro, Paulista, viennapro, Alena Yakusheva, rainbow33

# Bücher, Medien

## Inklusive Bildung

An der Hochschule Osnabrück gibt es seit 2012 den Forschungsschwerpunkt »Inklusive Bildung – Teilhabe als Handlungs- und Organisationsprinzip«. Bestandteil des Forschungsvorhabens ist die Herausgabe der Buchreihe »Inklusive Bildung«. Band I beschreibt ein Grundkonzept zur Implementierung Inklusiver Bildung auf verschiedenen Ebenen. Die Herausgebenden analysieren in ihren Beiträgen, welche Umsetzungsprozesse Inklusion mit sich bringt. Dabei wird der Blick vor allem auf die Bereiche Schule, schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe, Tagesbetreuung und das Arbeitsleben gelegt. In ausführlichen Artikeln werden die einzelnen Bereiche hinsichtlich der Ausgangslage, bereits vorhandener Konzepte und zukünftiger Forschungsbedarfe betrachtet. (mc)

GREGOR HENSEN, BURKHARD KÜSTERMANN, STEPHAN MAYKUS, ANDREA RIECKEN, HEIKE SCHINNEBURG, SILVIA WIEDEBUSCH (HRSG.): Inklusive Bildung – Organisations- und professionsbezogene Aspekte eines sozialen Programms. Beltz Juventa, Stuttgart, 2014, 328 Seiten, ISBN 978-3-7799-2927-7, 29,95 Euro

## Gender in Bewegung

Der anlässlich der Gründung, der »Einrichtung für Gender Studies an der Universität zu Köln (GESTIK)«, entwickelte Band versteht sich als aktuelle Bestandsaufnahme zu den vielfältigen Handlungsfeldern des Gender Mainstreamings. Der Fokus liegt dabei auf dem Bildungswesen. Zudem werden übergreifende historische und politische Rahmenbedingungen beleuchtet. Die Herausgebenden verstehen Gender und Queer Studies dabei als Innovationsmotor, der einerseits wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt bewirkt hat (und bewirkt), andererseits aber auch neue Herausforderungen und Spannungsfelder im akademischen und öffentlichen Raum aufzeigt, die einer Fortentwicklung bedürfen. Dem soll zukünftig auch mit der Arbeit der GESTIK stärker Rechnung getragen werden. (ms)

ELKE KLEINAU, DIRK SCHULZ, SUSANNE VÖLKER (HRSG.): Gender in Bewegung. Aktuelle Spannungsfelder der Gender und Queer Studies. transcript Verlag, Bielefeld, 2013, 355 Seiten, ISBN 978-3-8376-2269-0, 33,99 Euro

## Kinder- und Jugendarbeit 2.0

Soziale Medien sind im heutigen Alltag von Kindern und Jugendlichen überall verbreitet und erfordern somit auch eine umfassende Reflektion von Fachkräften der Kinder- und Jugendarbeit. Die Autorinnen und Autoren dieses Bandes diskutieren vor diesem Hintergrund die theoretischen Positionen und Konzepte der Jugendhilfe und zeichnen die Chancen und Grenzen bereits etablierter Praxisansätze nach, beispielsweise in der psychosozialen Onlineberatung, der Verwirklichung inklusiver Sozialräume oder im Rahmen arbeitsmarktbezogener Fördermaßnahmen. Nach überwiegendem Tenor bieten die sozialen Medien positive Perspektiven, um Zielgruppen besser zu erreichen sowie Partizipation und Empowerment zu realisieren. (ms)

OLIVIER STEINER, MARC GOLDONI (HRSG.): Kinder- und Jugendarbeit 2.0. Grundlagen, Konzepte und Praxis medienbezogener Sozialer Arbeit. Beltz Juventa, Weinheim, 2013, 264 Seiten, ISBN 978-3-7799-2874-4, 34,95 Euro

## Übergriffe in der Kita: Vorbeugen, erkennen und eingreifen

Mädchen und Jungen brauchen körperliche und seelische Zuwendung, um sich geborgen, zugehörig und angenommen zu fühlen. Doch wo verläuft die Grenze zwischen Zuwendung und Eingriff zum Wohle des Kindes und Beeinträchtigung des kindlichen Wohlergehens? Das vorliegende Buch widmet sich diesem Thema im Rahmen von Herausforderungen in Kindertageseinrichtungen. Sowohl die Grenzziehung innerhalb der Fachwelt, aber auch kulturelle Einschätzungsunterschiede führen bei Fachkräften in Kitas immer wieder zu Verunsicherung. Der Autor bündelt in seinem Praxisleitfaden aktuelle Erkenntnisse und formuliert, basierend darauf, Handlungsempfehlungen für Einrichtungen. Fallbeispiele bieten Anregung zur Überprüfung der eigenen Sichtweise, den professionellen Umgang mit Übergriffen gegen Kinder sowie die präventive Arbeit. (st)

MICHAEL ELS: Übergriffe in Kitas: Vorbeugen, erkennen und eingreifen. Ein Praxisleitfaden. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2014, 227 Seiten, ISBN 978-3-7799-3152-2, 29,95 Euro



## Veränderungspotenziale in Krankenhausorganisationen

Das vorliegende Buch basiert auf einer empirischen Untersuchung über informelle Initiativen und deren Auswirkungen in nordostdeutschen Krankenhäusern. Hierzu wurden zunächst die Probleme, die auf die tägliche Arbeit im Krankenhaus einwirken, mittels eines Fragebogens erhoben. Häufig benannt wurden Zeit- und Personalmangel, Mehrarbeit und mangelnde Wertschätzung. In einem qualitativen Teil der Studie wurden die Mitarbeitenden aus den teilnehmenden Krankenhäusern nach dem Umgang mit den Problemen gefragt. Es wurden vor allem informelle Initiativen beschrieben, die dem Personalmangel entgegen wirken. Im Buch werden die Forschungsmethodik, die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen, das zur Interpretation der Untersuchungsergebnisse notwendige Hintergrundwissen über Organisationstheorien, die Besonderheiten von Krankenhäusern in Deutschland sowie das Abrechnungssystem mittels Diagnose Related Groups ausführlich dargestellt. Die Autorinnen und Autoren sprechen mit ihrem Werk alle diejenigen an, die verstehen möchten wie Informalität in Organisationen funktioniert. (mw)

MARIA CROJETHOVIC, SEBASTIAN GÜTSCHOW, CAROLIN KRÜGER, TOM STENDER, THOMAS ELKELES: Veränderungspotenziale in Krankenhausorganisationen – Formalität und Informalität in nordostdeutschen Krankenhäusern. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2014, 252 Seiten, ISBN 978-3-8379-2359-9, 29,90 Euro

## Einführung in die Konfrontative Pädagogik

Wie können gewalttätige Kinder und Jugendliche mit ihren Taten konfrontiert werden? Und wie lässt sich eine Beschäftigung mit den Opfern einfordern? Mit diesen Fragen setzt sich die Konfrontative Pädagogik, als sozialpädagogischer Handlungsansatz, auseinander. Im Mittelpunkt stehen dabei Gesprächstechniken und verschiedene Formen von Anti-Aggressivitäts-Training, die sich im Umgang mit gewalttätigen Kindern und Jugendlichen als äußerst wirksam erwiesen haben. Ebenso stellen die Autoren methodische Ansätze einer Konfrontativen Pädagogik mit Fallbeispielen dar. Am Ende eines jeden Kapitels stehen so genannte »Übungsfragen«, die den Lesenden noch einmal zur Reflexion anregen. (am)

**RAINER KILB, JENS WEIDNER:** Einführung in die Konfrontative Pädagogik. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2013, 158 Seiten, ISBN 978-3-8252-3868-1, 19,99 Euro

## Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen – Lehrbuch zur berufsspezifischen Ausbildung

Dieses Buch umfasst alle Inhalte des Lehrplans bezüglich der berufsspezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten. Es werden unter anderem Inhalte zu den Themenfeldern Sozialstaat und Gesundheitswesen, Absicherung der Risiken, Krankheit, Arbeitsunfall/Berufskrankheit und Pflegebedürftigkeit sowie Dokumentation und Berichtswesen in Gesundheitsbetrieben vermittelt. Die Inhalte werden durch Beispiele verständlich erklärt. Gleichzeitig bietet dieses Lehrbuch auch angehenden Fachwirtinnen und Fachwirten im Sozial- und Gesundheitswesen die Möglichkeit, studienrelevante Inhalte zu vertiefen und diese durch Übungsaufgaben am Ende eines jeden Kapitels aufzubereiten. Mit der überarbeiteten sechsten Auflage werden die aktuellen Änderungen in der Pflegeversicherung berücksichtigt. (br)

**BARBARA BIRKNER, HENNER LÜTTECKE, JOCHEN GÜRTLER, HEDWIG BIGLER-MÜNICHSDORFER (HRSG.):** Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen. Lehrbuch zur berufsspezifischen Ausbildung. 6. überarbeitete Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2014, 534 Seiten, ISBN 978-3-17-023993-7, 42,90 Euro

## Das deutsche Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen

Das Buch bietet eine Übersicht über die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Die historischen Hintergründe werden ebenso dargestellt, wie die ökonomischen und politischen Zusammenhänge, die auf das Gesundheitswesen Einfluss nehmen. Darüber hinaus wird die Organisationsstruktur und Finanzierung ausführlich und verständlich beschrieben. Die Autorinnen und der Autor gehen auf die Leistungserbringung in den Versorgungsbereichen ein, orientiert an der institutionellen Trennung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der haus- und fachärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich sowie der stationären Versorgung. Das Buch ermöglicht, aufgrund der systematischen Darstellung der verschiedenen Bereiche, einen umfassenden Blick auf den Stand und die Entwicklungen des deutschen Gesundheitssystems. (br)

**REINHARD BUSSE, MIRIAM BLÜMEL, DIANA OGNANOVA:** Das deutsche Gesundheitssystem Akteure, Daten, Analysen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2013, 302 Seiten, ISBN 978-3-939069-97-3, 39,95 Euro

## Partizipative Forschung

Hella von Unger führt in diesem Lehrbuch in Verfahren, Probleme und Anwendungsfelder partizipativer, qualitativer Forschung der Sozialwissenschaften ein. Mit Bezug auf die internationale Literatur werden verschiedene Ansätze partizipativer Forschung sowie deren methodologische Grundlagen vorgestellt. Das methodische und forschungspraktische Vorgehen wird anhand von praktischen Beispielen und Arbeitsschritten illustriert. In diesem Rahmen wird näher auf die Methoden Community Mapping und Photovoice eingegangen. Das Buch verschafft Studierenden sowie in der Praxis und Forschung Tätigen einen kompakten und übersichtlichen Einblick in die theoretischen Grundlagen dieser Forschungsrichtung und liefert darüber hinaus wertvolle Hinweise für die Planung, Durchführung und Verwertung eigener partizipativer Forschungsprojekte. (sb)

**HELLA VON UNGER:** Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Springer VS, Wiesbaden, 2014, 393 Seiten, ISBN 978-3658012892, 16,99 Euro

## Burnout – Zeitbombe oder Luftnummer

Dieses Buch unterscheidet sich in seiner Direktheit und kritischen Auseinandersetzung mit Burnout, deutlich von anderen Büchern zu diesem Thema. Der Autor beabsichtigt die Hintergründe der Burnout-Dynamik aus den vergangenen Jahren zu ergründen und zu beschreiben. Dabei geht er auf die Grundlagen psychischer Gesundheit ein, gibt Beispiele für arbeitsbezogene Gesundheitsstörungen und analysiert gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Neben kritischen Überlegungen zum weiter wachsenden »Burnout-Markt« (Bücher, Vorträge, Seminare) fokussiert Hillert die Möglichkeiten von Organisationen, wie sie Burnout begegnen können. Welche Ansätze sind im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement wirklich sinnvoll und welche nur »reine Kosmetik«? Welche Möglichkeiten hat jeder und jede Einzelne, um einer Erkrankung zu entgehen? Dabei geht der Autor auf verschiedene Stressbewältigungsstrategien ein. Ein wertvolles Buch, was im Zusammenhang mit der gesamten Burnout Debatte zum nach- und weiterdenken anregt. (mc)

**ANDREAS HILLERT:** Burnout – Zeitbombe oder Luftnummer. Persönliche Strategien und betriebliches Gesundheitsmanagement. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2014, 133 Seiten, ISBN 978-3-7945-3042-7, 24,99 Euro

## (Kein) Sex im Altenheim?

Das Buch stellt dar, wie alte Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen ihre Sexualität leben, wie Pflegekräfte dies erleben und wie dem Bedürfnis nach Nähe und Sexualität der Bewohnerinnen und Bewohner entgegengekommen werden kann, ohne den Schutz vor Übergriffen auf Seiten der Pflegenden und Betreuenden zu vernachlässigen. Der Praxisleitfaden für den Umgang mit Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe gibt eine erste Orientierung, um das Thema in Einrichtungen zu enttabuisieren. (us)

**RUTH VAN DER VIGHT-KLUSSMANN:** (Kein) Sex im Altenheim? Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2014, 116 Seiten, ISBN 978-3-89993-328-4 (Print), 978-3-8426-8511-6 (PDF), 16,95 Euro



## Warming-up in Seminar und Training

Müdigkeit, eisernes Schweigen, antriebslose Teilnehmende, alle, die mit Gruppen arbeiten, kennen diese Situationen. Oft reichen kleine Interventionen in Form von gezielten Warming-ups, um die Energie und Konzentration der Teilnehmenden zu steigern und den Lernprozess wieder in Schwung zu bringen. Warming-ups dienen als Eisbrecher in Kennenlernsituationen, helfen Mittagstiefs zu überwinden oder bereiten auf einen neuen Themenblock im Seminar vor. Doch welche Möglichkeiten bieten sich den Moderierenden? Wann ist welches Warming-up geeignet? Das vorliegende Buch bietet genau auf diese Fragen kurze und übersichtliche Antworten. 45 verschiedene Warming-ups werden übersichtlich dargestellt und konkret beschrieben. Mögliche Stolperfallen und Anleitungen für die Moderierenden sind ebenfalls dokumentiert. Ein interessantes Buch zum Nachschlagen für alle, die Seminare, Trainings und Veranstaltungen organisieren. (mc)

STEFAN KÖNIG: Warming-up in Seminar und Training. 45 Übungen und Projekte zur Unterstützung von Lernprozessen. 4. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2014, 162 Seiten, ISBN 978-3-407-36551-4, 29,95 Euro

## Sozialgesetzbuch XI – Lehr- und Praxiskommentar

Eine 4. Auflage des Lehr- und Praxiskommentars zum Sozialgesetzbuch XI ist nach der Novellierung des Rechts der Pflegeversicherung durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz mit Wirkung zum 01.01.2013 erforderlich geworden. Neben den Normen des SGB XI werden einschlägige Vorschriften des SGB V, des Pflegezeitgesetzes und des Familienzeitgesetzes erläutert. Der Lehr- und Praxiskommentar richtet sich (mittelbar) an betroffene Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, an Mitarbeitende in Diensten und Einrichtungen, Beratungsstellen, Pflegekassen, Sozialhilfeträger sowie an Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte und Richterinnen und Richter. (bw)

THOMAS KLIE, UTZ KRAHMER, MARKUS PLANTHOLZ (HRSG.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2014, 1594 Seiten, ISBN 978-3-8329-5042-2, 89,00 Euro

## Das Österreichische Gesundheitssystem

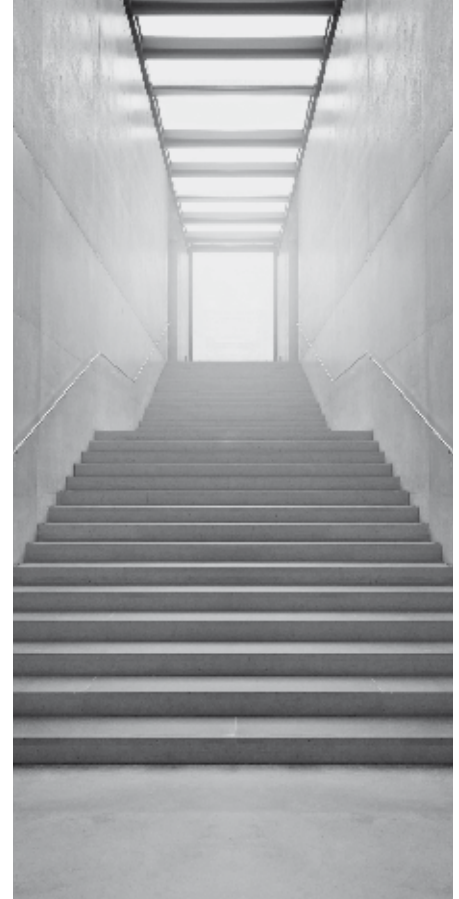
Das Buch stellt Strukturen des österreichischen Gesundheitssystems sowie laufende und geplante Reforminitiativen dar. Insgesamt kommt der Bericht zu dem Ergebnis, dass das österreichische Gesundheitssystem allen Bevölkerungsschichten einen umfassenden Versicherungsschutz und Zugang zu hoher Versorgungsqualität bietet. Die Autorin kritisiert den hohen Ausgabenanteil des stationären Sektors und benennt als wichtigste Schwachstelle den Bereich der Prävention. Dieser sei unterfinanziert, schlecht koordiniert und die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen von sozialer Ungleichheit geprägt. Sie fordert eine stärkere Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen. Insgesamt handelt es sich bei dem Buch um ein sachlich-fundiertes und detailreiches Nachschlagewerk für alle, im Gesundheitswesen und der Gesundheitswirtschaft Aktiven, das aber auch kritische Töne enthält. (bg)

MARIA M. HOFMARCHER: Das Österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2013, 324 Seiten, ISBN 978-3-95466-052-0, 49,95 Euro

## Jahrbuch Sucht 2014

Das jährlich erscheinende Werk der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) liefert aktuelle Statistiken rund um das Thema Sucht. Das Buch erfasst themenspezifische Datenlagen, zum Beispiel zu Eigenschaften von Suchtmitteln sowie Gewohnheiten und Folgen des Konsums und stellt die daraus entstehende Trends dar. Unter dem Kapitel »Aktuelle Themen« werden der Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung aufgegriffen, Werbestrategien der legalen Suchtmittelindustrie und deren Wirkweise kritisch diskutiert sowie das Phänomen des »Koma-saufens« bei Jugendlichen und die mangelnden Konsequenzen für die Verkaufsstellen hinterfragt. Abschließend sind Kontaktdaten verschiedener Institutionen aus dem Suchtbereich gelistet. (lo)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HRSG.): Jahrbuch Sucht 2014. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2014, 321 Seiten, ISBN 978-3-89967-916-8, 20,00 Euro



## Work-Life-Bullshit

Erst die Arbeit, dann das Vergnügen: Dieser Aussage widerspricht Thomas Vašek vehement. In seinem Buch befasst er sich kritisch mit der seit geraumer Zeit populären Debatte um den ausbeutenden und entfremdenden Charakter der Arbeit in der heutigen Zeit und den daraus erwachsenen Forderungen, die Menschen vor ihrem Job zu schützen. Statt weniger Arbeit plädiert er für eine bessere Arbeit, die die Chance bietet, die eigenen Fähigkeiten zu nutzen und auszubauen, Vertrauen in die eigene Schaffenskraft zu entwickeln, Anerkennung und soziale Bindungen zu vermitteln und die eigene Kreativität zu fördern. Um seine komplexe Argumentation zu stützen, unternimmt er einen Streifzug durch zentrale Werke der Philosophie, Kapitalismustheorie und Arbeitssoziologie. Das Buch regt auf eindrucksvolle und kurzweilige Art und Weise dazu an, über die identitätsstiftende Wirkung von Arbeit zu reflektieren und sie als Teil des Lebens neu zu bewerten. Wie sich Vašeks Verständnis von guter Arbeit auch in Tätigkeitsfeldern realisieren lässt bleibt allerdings eine spannende Frage. (mp)

THOMAS VAŠEK: Work-Life-Bullshit. Warum die Trennung von Arbeit und Leben in die Irre führt. Riemann Verlag, München, 2013, 288 Seiten, ISBN 978-3-570-50153-5, 16,99 Euro

## Subjektivierung in einer Bundesbehörde

In dieser Dissertation wird erstmalig das Thema Subjektivierung von Arbeit in öffentlichen Verwaltungen am Beispiel des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales untersucht. Die Arbeit beschreibt komplexe, theoretische und praktische Fragen des Umgangs öffentlicher Verwaltungen mit den Herausforderungen einer modernen Wissens- und Arbeitsgesellschaft. Der Autor widmet sich den Fragen, welche Auswirkungen die Beschleunigung von Arbeitsprozessen, Informatisierung, zunehmendes Outsourcing und Abbau von einfachen und mittleren Beamtenpositionen für den Einzelnen und für das System »Verwaltung« haben? Die Dissertation ist eine anspruchsvolle theoretische und empirische Arbeit, welche sich mehr an Studierende und Forschende als an Personalverantwortliche und Organisationsberatende in öffentlichen Verwaltungen richtet. (cb)

JUDITH KROHN: Subjektivierung in einer Bundesbehörde. Verwaltungsmodernisierung am Beispiel des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Campus Verlag, Frankfurt a.M., 2013, 357 Seiten, ISBN 978-3-593-39966-9, 32,12 Euro

## Gerontologische Pflegeforschung

In diesem Herausgeberband wird das Verhältnis von Gerontologie und Pflegewissenschaft und dessen Bedeutung für die pflegerische Praxis herausgearbeitet. Auf der Grundlage dieser Analyse werden pflegerisch-klinische Themen wie die Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen Versorgungsbereichen, Assessmentverfahren sowie zentrale Herausforderungen in unterschiedlichen Settings dargestellt. Aus der Perspektive gerontologischer Forschung stehen überwiegend Themen aus dem Bereich der häuslichen Versorgung älterer, alter und hochbetagter Menschen im Mittelpunkt. Dieser Band richtet sich an Studierende, Lehrende und Praktizierende in gerontologischer und pflegerischer Ausbildung und professionellen Arbeitsfeldern. (bw)

MARTINA HASSELER, MARTHA MEYER, THOMAS FISCHER (HRSG.): Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2013, 260 Seiten, ISBN 978-3-17-021463-7, 38,90 Euro

## Gesundheitsförderung im Setting Schule

In dem Buch geht die Autorin – mit Hilfe verschiedener Autorenbeiträge – den Fragen nach: Wie lässt sich Gesundheitsförderung als obligatorischer Bestandteil der Institution Schule etablieren? In welchem Umfang findet sie im Setting Schule statt? Welche Aufgaben hat die Lehrerbildung im Kontext der Gesundheitsförderung? Inwiefern wird Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft anerkannt? Die Beantwortung der Fragen stellt den aktuellen Stand zu Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Schulen in Deutschland und Polen dar. Neben der Gesundheitsförderung werden auch Suchtrisiken und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen beleuchtet. Ziel der Autorin ist es, zum einen gesundheitliche Risikofaktoren bei Schülerinnen und Schülern aufzuzeigen und zum anderen suchtpreventive als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen an deutschen und polnischen Schulen zu diskutieren und in der Lehrerbildung zu verankern. (am)

MARIA A. MARCHWACKA (HRSG.): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Springer VS, Wiesbaden, 2013, 368 Seiten, ISBN 978-3-658-00527-6, ISBN 978-3-658-00528-3 (eBook), 39,99 Euro

## Was bewegt Deutschland?

Die in diesem Buch dargestellte Studie vergleicht die Lebensansichten engagierter und distanzierter Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Sie geht der Frage nach, was uns Deutsche neben Krisen, Regierungsprogramme, Medienereignissen und Katastrophen wirklich antreibt und berührt. Wie reagieren wir auf sozialen Wandel und gesellschaftliche Umbrüche? Was tut sich in Ost und West? Wo bestehen soziale Differenzen? Anhand sogenannter sozialmoralischer Landkarten untersucht die Studie Lebensorientierungen und biographische Entwicklungen deutscher Bürgerinnen und Bürger. (sb)

MICHALE BEETZ, MICHAEL CORSTEN, HARTMUT ROSA, TORSTEN WINKLER: Was bewegt Deutschland? Sozialmoralische Landkarten engagierter und distanzierter Bürger in Ost und Westdeutschland. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2014, 393 Seiten, ISBN 978-3779929208, 29,95 Euro



## Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand

In den letzten Jahren änderte sich die Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung psychisch Erkrankter in psychiatrischen Anstalten und im Maßregelvollzug und wurde für unzulässig erklärt. Dies hat den Praxisalltag der stationären Psychiatrie nachhaltig erschüttert. Wie sollte dem »ärztlichen Heilauftrag« bei zwangsweiser Unterbringung nachzukommen sein? Die bisher akzeptierte und praktizierte Haltung, psychisch Erkrankte auch gegen deren Willen zu behandeln, wenn sie eine Gefahr für die Allgemeinheit oder das eigene Leben darstellten, wurde in Frage gestellt. Der Sammelband fasst die Diskussionen und Ergebnisse der Tagung zum Thema zusammen, die 2013 vom Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Ruhr-Universität Bochum organisiert wurde. Der Reader beleuchtet die Problematik unter rechtlichen, ethischen und medizinischen Aspekten und aus der psychiatrischen Praxis heraus. Deutlich wird, dass Lösungswege nur in einem interdisziplinären Dialog gefunden werden können. (us)

TANJA HENKING, JOCHEN VOLLMANN (HRSG.): Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2014, 236 Seiten, ISBN 978-3-8487-0281-7, 52,00 Euro

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

### Gesundheit in Krippe, Kita + Co ... von Anfang an 20. Oktober 2014, Hannover

Krippe und Kindergarten sind Orte, an denen Gesundheitsverhalten der Kinder zunehmend geprägt werden. Gerade in der Gruppe lassen sich erstrebenswerte Ziele für alle Kinder verwirklichen. Ihre Umsetzung erfordert entsprechende Fachkompetenzen. Dazu gehören Grundkenntnisse über die Abläufe der frühkindlichen Entwicklung, die Zahngesundheit, die Sprachentwicklung, die Ernährung und die sich daraus ergebenden Anforderungen an den Alltag in der Einrichtung. Gesunde Zähne sind besonders wichtig für Sprachentwicklung, Kommunikation, Ästhetik und für die Ernährung. Erhebliche organisatorische und pädagogische Anstrengungen seitens der Kindertageseinrichtungen stehen außer Frage. Schwierigkeiten, wie Personal- und unterschiedliche pädagogische Konzepte sind ernst zu nehmende Probleme, für die dringende Lösungen gebraucht werden. Problemdarstellung, Lösungsvorschläge und Empfehlungen für den Gruppenalltag stehen in dieser Fortbildung im Mittelpunkt.

### Übergänge in die Arbeitswelt gesund gestalten – Herausforderung für Berufsschulen und Arbeitgeber 22. Oktober 2014, Hannover

Unter diesem Titel findet im Kontext des integrierten Handlungskonzeptes Gesund Leben Lernen in Kooperation mit der IKK classic eine Tagung für Berufsschulen unter Beteiligung der Arbeitgeberseite statt. Im Rahmen der Fachtagung werden Hintergrundinformationen zu »Psychische Gesundheit als Gelingensbedingung für den Übergang in die berufliche Ausbildung und das Erwachsenwerden« und zu »Grundlagen einer gelingenden Kommunikation zwischen Schule und Arbeitswelt« gegeben. Darüber hinaus werden in Workshops, unter Beteiligung von Berufsschulen und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, einzelne Themenschwerpunkte anhand von Fallbeispielen erarbeitet. In einem weiteren Workshop geht es um das MindMatters Unterrichtsmodul zum Thema »Fit für Ausbildung und Beruf? – den Übergang mit psychischer Gesundheit bewältigen«.

### Gute Arbeit sichtbar machen – Regionalkonferenz Niedersachsen 23. Oktober 2014, Hannover

Die Diskussion um ein kommendes Präventionsgesetz hat erneut Fahrt aufgenommen, und damit einher geht auch die Forderung nach einer verbindlichen, flächendeckenden Qualitätssicherung, um die Potentiale von Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltiger auszuschöpfen. Wir laden Sie herzlich ein, um auf dieser niedersächsischen Regionalkonferenz mit uns in einen Dialog zu treten, um den Weiterentwicklungsprozess zu einer praxisorientierten Qualitätssicherung aktiv mitzugestalten und so Ihre gute Arbeit sichtbar(er) zu machen. In Arbeitsgruppen zu den Bereichen Schule und Quartier und der Präventionskette, möchten wir erste Ergebnisse aus vorausgegangenen Befragungen von Praktikerinnen und Praktikern vorstellen und mit Ihnen über Ihre Wünsche, Ideen, Erwartungen und Bedürfnisse im Kontext von Qualitätsentwicklung und -sicherung ins Gespräch kommen. Die Veranstaltung richtet sich an Akteurinnen und Akteure, Projektverantwortliche und Fachkräfte aus den Settings Schule, Quartier und entlang der Präventionskette, Verantwortliche auf kommunaler Ebene sowie andere am Thema Interessierte.

### Eine Genmutation macht noch keinen Brustkrebs. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen 27. Oktober 2014, Hannover

Im Frühjahr 2013 hat sich Angelina Jolie nach einem genetischen Test einer beidseitigen Brustdrüsenkörperentfernung unterzogen. Nach dem großen Medienecho haben sich Anfragen bei Beratungsstellen, der Ärzteschaft und in Kliniken gehäuft. Wir nehmen die seither laufende Diskussion für oder wider Gentests zum Anlass, das Thema in einer Fachtagung zu beleuchten. Es geht um die Fragen: Was können Gentests leisten? Wozu dient eine genetische Beratung? Wie gehen wir mit Wissen und Nichtwissen um? Die Fachtagung richtet sich an die Mitglieder des Netzwerkes, Interessierte aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich, Gleichstellungsbeauftragte und Studierende der entsprechenden Fachrichtungen.

### 4. Niedersächsischer Gesundheitspreis 05. November 2014, Hannover

Auch im Jahr 2014 sollen innovative Ansätze zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreisausgezeichnet werden. Unter der Schirmherrschaft der Gesundheits- und Sozialministerin Cornelia Rund werden Preise in drei unterschiedlichen Kategorien verliehen:

- 1) Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten,
- 2) Auch Helfende brauchen Hilfe,
- 3) eHealth – Lösungen zur Unterstützung von Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention.

### 15. SOPHIA-Fachtagung »Ich bin ganz Ohr« 13. November 2014, Hannover

Das Hören ist einer unserer wichtigsten Sinne und gerade Kinder müssen für den Erwerb der Sprache »ganz Ohr« sein. Dies zu sichern ist auch die Aufgabe der Professionen, die mit dem Kind und seiner Entwicklung zu tun haben. Auf der 15. SOPHIA-Fachtagung werden den Mitarbeitenden des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes interessante Vorträge und Seminare über die auditive Wahrnehmung im Kleinkindesalter, die Auswirkungen von Lärm auf das Zuhören, die Hörfrühförderung und die Möglichkeiten der Musiktherapie geboten. Am Nachmittag findet ein kollegialer Austausch in parallel stattfindenden Workshops zu technischen Hilfen, zur Hörtestung und zum Umgang mit Kindern gehörloser Eltern statt.

### Gesundheitsförderung bei dauerhafter Arbeitslosigkeit 17. November 2014, Hannover

Die Gesundheit von arbeitslosen Menschen ist bei dauerhafter Erwerbslosigkeit durch Erkrankungen im physischen und psychischen Bereich erheblich gefährdet. Neben der gesundheitlichen Belastung für die Betroffenen führt diese Situation zu erschwerten Bedingungen bei der Arbeitsaufnahme und behindert den Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit. Auf der Fachtagung sollen wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxisansätze aus Niedersachsen sowie aus anderen Bundesländern vorgestellt und ein Erfahrungsaustausch ermöglicht werden. Auf einer Podiumsdiskussion mit der niedersächsischen Sozialministerin Cornelia Rundt, Kommunalvertretungen, der Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen und der gesetzlichen Krankenkassen sollen Handlungsstrategien für Niedersachsen erörtert werden. Eingeladen sind Mitarbeitende von Jobcentern, Krankenkassen, Kommunen, insbesondere der Fachbereiche Gesundheit und Soziales, von Wohlfahrtsverbänden, Arbeitsloseninitiativen, Selbsthilfe und psychosozialen Beratungsstellen, aus Netzwerken zur kommunalen Gesundheitsförderung und andere am Thema Interessierte.



»Haben Sie noch Sex oder spielen Sie schon Golf?«

### Männliche Sexualität im Alter

18. November 2014, Hannover

Was bedeutet das Älterwerden für Männer und mit welchen Herausforderungen und Erwartungen sehen sie sich dabei in ihrer Sexualität konfrontiert? Die Fachtagung lädt dazu ein, der Sicht auf die männliche Sexualität im Alter wichtige Facetten hinzuzufügen und dadurch Männern in ihren spezifischen Bedürfnissen, Lebenswirklichkeiten und Beratungsanlässen gerecht(er) zu werden. Die Veranstaltung richtet sich an in der Beratung Tätige, wie Fachkräfte aus der Sexual- und Paarberatung, Psychotherapie, Medizin und Interessierte.

### Eine für Alle oder Alles für Einen – Grenzen und Möglichkeiten der Personalisierten Medizin

19. November 2014, Hannover

Die Idee ist gut: Jeder Mensch bekommt nur das Medikament und die Therapie, die auch bei ihm bzw. ihr eine Wirkung zeigt. Die Dosierung kann individuell angepasst werden und Nebenwirkungen müssen nur noch ertragen werden, wenn die Therapie auch Erfolg verspricht. Sind wir schon mittendrin in diesem Paradigmenwechsel der Medizin und »Onesizefits all« war gestern? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Medizin, die Menschen und das Gesundheitssystem? Diese und weitere Fragen zum aktuellen Stand der Entwicklungen werden von hochkarätigen Expertinnen und Experten verschiedener Disziplinen und Interessensgruppen beleuchtet und diskutiert. Herzlich eingeladen sind Ärztinnen und Ärzte, Pflegendе, Apothekerinnen und Apotheker, Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen und Pharmaunternehmen sowie alle weiteren Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen.

### Es geht um mich ... und uns! Ressourcen entdecken – Motivation finden – Anregungen mitnehmen

20. November 2014, Braunschweig

Kinder in ihrer gesunden Entwicklung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu begleiten, das ist der Auftrag an die Kindertagesstätte und die, die in ihnen arbeiten. Dieses Ziel kann nur mit starken, gesunden Fachkräften gelingen. Dem entgegen steht ein Arbeitsalltag mit vielfältigen Belastungen. Auf der Kita-Tagung wird der Blick auf die Förderung von Ressourcen aller pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kindertagesstätten gelenkt. Dabei stehen die Fragen im Mittelpunkt: Wie kann der Arbeitsplatz sicher und gesund gestaltet werden? Was motiviert und erhält die Freude an der Arbeit? Was kann helfen, die eigenen Widerstandskräfte zu erhöhen? Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit mit dem Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband und dem Netzwerk »Gesunde Organisation für Kita-Fachkräfte gestalten« statt.

### Pflegende Angehörige in Familien mit Zuwanderungsgeschichte

20. November 2014, Hannover

In Deutschland haben ungefähr acht Prozent der im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Personen einen Migrationshintergrund. Die überwiegende Mehrzahl der älteren Migrantinnen und Migranten wird im Falle der Pflegebedürftigkeit zu Hause durch ihre Angehörigen versorgt. Ziel der Veranstaltung ist es, die Situation pflegender Angehöriger in Familien mit Zuwanderungsgeschichte näher zu beleuchten sowie Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung aufzuzeigen. Die Veranstaltung richtet sich an Leitungspersonen, Forschende und Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Migrationsarbeit. Herzlich einladen möchten wir auch Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenselbstorganisationen sowie Religionsgemeinschaften.

### »Pflegekräfte 50 plus – pflegst Du noch oder ...?« Arbeitsbewältigungsfähigkeit erhalten – langfristige Beschäftigungsmöglichkeit fördern

25. November 2014, Hannover

Die Arbeitskraft der Beschäftigten stellt im Altenpflegesektor eine überaus wertvolle Ressource dar, die es auch vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels zu erhalten gilt. Doch wie lässt sich eine kontinuierliche Berufstätigkeit in diesem Tätigkeitsbereich möglichst bis zum regulären Renteneintritt realisieren? Mit dieser Frage befasst sich die Fachtagung, die die LVG & AFS in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, der AOK Niedersachsen und dem Gewerbeaufsichtsamt Hannover für Trägerorganisationen, Führungskräfte und Beschäftigte der Altenpflege organisiert. Neben einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation soll der Fokus insbesondere auf zukunftssträchtige Ansätze aus der Praxis gerichtet werden. Die Fachtagung bietet eine Plattform, mit Vertreterinnen und Vertreter von Berufsverbänden, Politik und Trägerorganisationen ins Gespräch zu kommen und Entwicklungsperspektiven zu diskutieren.

### Gesund in die Gesellschaft des langen Lebens

27. November 2014, Hannover

Gesund älter zu werden besitzt in unserer zukünftigen Gesellschaft des langen Lebens für die Menschen höchste Priorität. Aber trotz des enormen Präventionspotenzials gerade im Alter und obwohl die Mehrzahl der Älteren gesund ist, wird die Gesundheit von Älteren heute immer noch weniger thematisiert als ihre Erkrankungen. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen erfordert ein Zusammenspiel vieler Akteurinnen und Akteure. Der Krankenversicherung in Deutschland kommt dabei, auch mit Blick auf das avisierte Präventionsgesetz, eine wachsende Bedeutung zu. Im Rahmen der Tagung soll diskutiert werden, wie in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mehr Miteinander statt Nebeneinander gelingen kann und die bereits vorhandenen Ansätze, insbesondere auf kommunaler Ebene, noch besser miteinander verzahnt werden können.

### Geht doch! Wie wir werden, wer wir sind und nicht bleiben.

01. Dezember 2014, Hannover

Im Fokus der Jahrestagung der Landesagentur Generationendialog steht die filmisch aufbereitete Biografie von Prof. Annelie Keil. Der Film soll in erster Linie zum nachdenken anregen und dazu, das eigene Leben immer wieder neue zu gestalten. Nach der Filmvorführung wird eine Diskussionsrunde mit Prof. Keil stattfinden.

### Herausfordernd für ALLE – Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen

02. Dezember 2014, Hannover

Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen haben spezifische Bedarfe an Assistenz, Begleitung und Betreuungsangeboten, die ihnen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, aber auch an Leistungen des Gesundheitssystems ermöglichen. Sie leiden in einem erhöhten Maße unter Krankheiten, die nicht selten besondere Ausprägungen haben. Ihre gesundheitliche Versorgung beispielsweise in Arztpraxen, Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen weist jedoch Mängel auf. Der Fachtag soll positiven Praxisansätzen und einem World Café über das Thema informieren und sensibilisieren. Es werden Mitarbeitende in Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen, Arztpraxen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Wohlfahrtsverbänden sowie Eltern und Selbstvertreterorganisationen angesprochen.

## Wie geht's? Kommunikation als Erfolgsfaktor für ein gesundes Betriebsklima

08. Dezember 2014, Hannover

Im Rahmen dieser Veranstaltung wird der Einfluss von Kommunikation auf die Gesundheit und das Betriebsklima am Arbeitsplatz erörtert. Insbesondere Führungskräfte und Personalverantwortliche werden in ihrem Berufsalltag häufig mit nicht immer einfachen Gesprächssituationen konfrontiert. Wie sag ich es nur? – ist hierbei häufig die Frage. Neben den Fachvorträgen werden in Workshops Methoden der Gesprächsführung vermittelt und gemeinsam Fallbeispiele aus der Praxis diskutiert. Die Tagung richtet sich insbesondere an Führungskräfte, Personalverantwortliche und Personalvertretungen aus der Öffentlichen Verwaltung, dem Gesundheits- und Dienstleistungsbereich sowie an Interessierte aus Wissenschaft und Politik.

## Mutter werden ist (nicht) schwer .... Depressionen rund um die Geburt

09. Dezember 2014, Hannover

Schätzungsweise 10–20 % aller Mütter leiden nach der Geburt ihres Kindes an Depressionen. Dass betroffene Mütter bezüglich spezieller Hilfsangebote unterversorgt sind, liegt jedoch nicht nur an der mangelnden Fähigkeit, die Erkrankung zu erkennen. Frauen schämen sich und trauen sich nicht, sich ändern anzuvertrauen. Hier spielen die gesellschaftlichen Normen mit hinein: als Mutter nicht glücklich zu sein über das Kind, ist verpönt. Die Tagung befasst sich mit den – auch gesellschaftlichen – Rahmenbedingungen, der schlechten Versorgungslage und präventiven Ansätzen bei Depressionen rund um die Geburt. Eingeladen sind alle Interessierten sowie Frauen, die im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Politikbereich arbeiten.

## NEIN zu Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft 1. Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marlene Mortler

12. Dezember 2014, Erlangen

Mit der Tagung macht die Drogenbeauftragte auf neue Wege und Möglichkeiten aufmerksam, wie Fachkräfte der Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufe die Beratung zu Tabak- und Alkoholkonsum in ihren beruflichen Alltag integrieren können. Die Veranstaltung gibt einen Überblick zu den Erfahrungen der Modellprojekte, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert werden. Neben der Präsentation neuer Erkenntnisse werden in zahlreichen Workshops Strategien zur Umsetzung und Kooperation diskutiert. Das Programm mit den Anmeldeformalitäten wird in Kürze auf [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de) und der LVG & AFS Website verfügbar sein.

## VORSCHAU

### Gute Arbeit sichtbar machen – Regionalkonferenz Bremen 20. Januar 2015, Bremen

### Bundeskonferenz »Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität« 26. Januar 2015, Berlin

### Tagung »Früh übt sich ... Fachlichkeit sichern« 05. Februar 2015, Hannover



CAREALISIEREN

## Fortbildungsprogramm CAREalysieren

Von September 2014 bis Januar 2015 läuft das zweite Programm der Fortbildungsreihe CAREalysieren der LVG & AFS, welches sich an Beschäftigte und Führungskräfte der Krankenpflege, Altenpflege und -betreuung richtet. Sie arbeiten in einer Branche, die durch rasant fortschreitende Veränderungen und hohe Anforderungen an jede und jeden Einzelnen geprägt ist. Um eine menschenwürdige Begleitung und Unterstützung kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten, gleichzeitig aber auch die eigene und die Arbeitskraft von Mitarbeitenden zu erhalten und auszubauen, ist ein hohes Maß an beruflicher Handlungskompetenz notwendig. Eine Voraussetzung ist die Bereitschaft eingeschliffene Vorgehensweisen auf den Prüfstand zu stellen und neue Wege zu gehen.

### Biografiearbeit professionell durchführen 08. Oktober 2014, Hannover

### Besprechungsmanagement – Gespräche und Arbeitsgruppen wirkungsvoll gestalten und moderieren 09. Oktober 2014, Hannover

### Betreuungs- und Beschäftigungsangebote planen und durchführen 21. Oktober 2014 oder 15. Januar 2015, Hannover

### Personalgewinnung und -bindung in der Altenpflege 30. Oktober 2014, Hannover

### Wenn es im Gebäck knirscht – Konflikte in der Zusammenarbeit mit freiwillig Engagierten bewältigen 27. November 2014, Hannover

### Gut begleiten – freiwillig Engagierte in der Niedrigschwelligen Betreuung gezielt unterstützen 10. Dezember 2014, Hannover

- 15.10.2014 » Liebe, Drama, Wahnsinn – Neue TV Formate**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 57 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de
- 15.10.2014 » 7. Niedersächsischer Fachtag »Wohnen im Alter« Wohnen inklusive – auch für ältere Menschen mit Behinderung**, Rotenburg (Wümme), Kontakt: Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter, Hildesheimer Straße 15, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 16 59 10 80, Fax: (05 11) 16 59 10 81, E-Mail: info@neues.wohnen-nds.de
- 15.10.2014 » 10. Niedersächsischer Präventionstag**, Hannover, Kontakt: Landespräventionsrat Niedersachsen, Am Waterlooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 52 55, Fax: (05 11) 1 20 52 72, E-Mail: info@lpr.niedersachsen.de
- 20.10.2014 » 13. Wohnungspolitischer Kongress »Zwischen Schrumpfung und Wachstum: Neue Perspektiven für Niedersachsen«**, Hannover, Kontakt: Investitions- und Förderbank Niedersachsen – NBank, Günther-Wagner-Allee 12–16, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 30 03 10, Fax: (05 11) 30 03 13 00, E-Mail: info@nbank.de
- 28.10.2014 » Hackenporsche 3.0 – Versorgung und Mobilität im ländlichen Raum**, Hannover, Kontakt: Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag, Delia Balzer, Mühlenpfordtstraße 23, 38106 Braunschweig, Tel.: (05 31) 88 52 21 27, Fax: (05 31) 88 52 25 00, E-Mail: delia.balzer@linga-online.de
- 19.11.2014 » Familien-Spagat – zwischen kindlichen Bedürfnissen und wirtschaftlichen Erfordernissen**, Hannover, Kontakt: Diakonisches Werk in Niedersachsen e.V., Ebhardtstraße 3 A, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 3 60 40, Fax: (05 11) 3 60 41 08, E-Mail: geschaeftsstelle@diakonie-nds.de
- 19.11.2014 » 6. Gerontopsychiatrisches Symposium »Ethik in der Gerontopsychiatrie – Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge«**, Hannover, Kontakt: Caritas Forum Demenz, Plathnerstraße 51, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 70 02 07 37, E-Mail: forumdemenz@caritas-hannover.de
- 26.11.2014 » Betrifft: Häusliche Gewalt. Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen für Intervention und Prävention**, Hannover, Kontakt: Landespräventionsrat Niedersachsen, Am Waterlooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 52 55, Fax: (05 11) 1 20 52 72, E-Mail: info@lpr.niedersachsen.de
- 27.11.2014 » Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention: Was kann eine lokale Alkoholprävention leisten?**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de
- 13.–15.10.2014 » DHS-Fachkonferenz SUCHT 2014 »Suchtprävention für Alle. Ziele, Strategien, Erfolge«**, Berlin, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Westenwall 4, 59065 Hamm, Tel.: (0 23 81) 9 01 50, Fax: (0 23 81) 90 15 30, E-Mail: info@dhs.de
- 15.10.2014 » Frauengesundheit in Zeiten wachsender sozialer Ungleichheit**, Berlin, Kontakt: Feministisches Frauen Gesundheitszentrum e. V., Bamberger Straße 51, 10777 Berlin, Tel.: (0 30) 2 13 95 97, Fax: (0 30) 2 14 19 27, E-Mail: ffgzberlin@snaflu.de
- 23.–24.10.2014 » DVfR-Kongress: Inklusion braucht Rehabilitation**, Berlin, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR), Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 1 87 90 10, Fax: (0 62 21) 16 60 09, E-Mail: info@dvfr.de
- 23.–25.10.2014 » 8. Kongress der Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz »Demenz – jeder kann etwas tun«**, Gütersloh, Kontakt: Kongress- und Kulturmanagement GmbH, Juliane Schorch, Karl-Liebknecht-Straße 17, 99423 Weimar, Tel.: (0 36 43) 2 46 81 37, Fax: (0 36 43) 24 68 31, E-Mail: juliane.schorcht@kukm.de
- 30.10.2014 » 6. Norddeutscher Wohn-Pflege-Tag. Wohnvielfalt im Alter. Gemeinsam geht was! Im Quartier zum WIR**, Lübeck, Kontakt: Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften STATTBAU HAMBURG Stadtentwicklungsgesellschaften mbH, Sternstr. 106, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 43 29 42 23, E-Mail: koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de
- 30.–31.10.2014 » Internationales Symposium: HealthLiteracy: Stärkung der Nutzerkompetenz und des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit**, Bielefeld, Kontakt: Universität Bielefeld, Annett Horn, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Tel.: (0 52 21) 1 06 33 61, Fax: (05 21) 1 06 64 37, E-Mail: annett.horn@uni-bielefeld.de
- 30.–31.10.2014 » Profil zeigen! Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention**, Köln, Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Alexandra Vogelsang, Freiherr-vom-Stein-Platz 1, 48147 Münster, Tel.: (02 51) 5 91 54 84, E-Mail: alexandra.vogelsang@lwl.org
- 03.–04.11.2014 » Gesundheitsförderliche StadtLandschaften der Zukunft**, Bielefeld, Kontakt: Juniorforschungsgruppe »StadtLandschaft und Gesundheit« der Universität Bielefeld, Nadine Hagelüken, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06 45 70, Fax: (05 21) 1 06 15 43 66, E-Mail: nadine.hagelueken@uni-bielefeld.de
- 03.–04.11.2014 » Nie mehr ohne. Frauen in Führungspositionen in den Verwaltungen des öffentlichen Dienstes**, Berlin, Kontakt: Friedrich-Ebert-Stiftung e. V., Doreen Mitzlaff, Hiroshimastraße 17, 10785 Berlin, Tel.: (0 30) 2 69 35 73 23, E-Mail: doreen.mitzlaff@fes.de
- 06.11.2014 » Gesundheitspolitischer Kongress der Medizinischen Dienste**, Berlin, Kontakt: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Am Schießhaus 1, 01067 Dresden, Tel.: (03 51) 49 85 30, Fax: (0 30) 4 96 31 57, E-Mail: office@mdk-sachsen.de
- 06.11.2014 » Migrationskonferenz 2014 – Bilanz und Perspektive in der Migrationspolitik**, Berlin, Kontakt: AWO Bundesakademie, Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin, Tel.: (0 30) 26 30 90, Fax: (0 30) 26 30 92 11, E-Mail: akademie@awo.org
- 08.–09.11.2014 » Selbstoptimierung bis zur Erschöpfung... Widerstandskraft und psychische Gesundheit von Frauen**, Köln, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e. V., Sigmaringer Straße 1, 10713 Berlin, Tel.: (0 30) 86 39 33 16, E-Mail: buero@akf-info.de
- 17.–18.11.2014 » 19. Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros**, Leipzig, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e. V., Bonngasse 10, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 61 40 74, Fax: (02 21) 61 40 60, E-Mail: bas@seniorenbueros.org
- 19.11.2014 » Väter heute: Ernährer, familiäre Hilfsarbeiter, gleichberechtigte Erziehende?!**, Köln, Kontakt: Zukunftsforum Familie e. V., Markgrafenstraße 11, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 27 28 20, E-Mail: info@zukunftsforum-familie.de
- 26.11.2014 » Zukunft Prävention 2014: Prävention gesamtgesellschaftlich denken – Neues Gesetz und alles gut?**, Berlin, Kontakt: Kneipp-Bund e. V. – Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention, Angela Bleckmann, Axel-Springer-Straße 54b, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 20 07 70 95, Fax: (0 30) 20 07 70 73, E-Mail: bleckmann@kneippbund.de
- 03.–04.12.2014 » 12. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle**, Heidelberg, Kontakt: Deutsches Krebsforschungszentrum, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 42 30 07, Fax: (0 62 21) 42 30 20, Mail: kontakt@dkfz.de
- 04.12.2014 » Wohnen – Essen – Bewegen im Alter – Selbstständig Leben im ländlichen Raum**, Coburg, Kontakt: Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg, Annetkatrin Bütterich, Friedrich-Streib-Straße 2, 96450 Coburg, Tel.: (0 95 61) 31 75 61, E-Mail: annetkatrin@buetterich@hs-coburg.de
- 08.12.2014 » Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt**, Berlin, Kontakt: Deutsches Institut für Urbanistik, Dr. Bettina Reimann, Zimmerstraße 13–15, 10696 Berlin, Tel.: (0 30) 39 00 11 91, Fax: (0 30) 39 00 11 00, E-Mail: reimann@difu.de
- 06.–07.10.2014 » Europäische Männerkonferenz: Männerpolitik. Beiträge zur Gleichstellung der Geschlechter**, Wien (Österreich), Kontakt: Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, Sibille-Hartmann-Straße 2–8, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 36 73 41 12, E-Mail: veranstaltung@bafza.bund.de
- 15.10.2014 » Palliative Care 2020**, Brüssel (Belgien), Kontakt: Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan 103, B-1090 Brussels, Tel.: (00 32) 24 77 49 43, E-Mail: info@palliativecare2020.eu
- 12.11.2014 » Zurück in die Zukunft: Frauengesundheit gestern – heute – morgen**, Wien (Österreich), Kontakt: Wiener Programm für Frauengesundheit, Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Thomas-Klestil-Platz 8/2, A-1030 Wien, Tel.: (00 43) 4 00 08 71 63, Fax: (00 43) 9 98 71 68, E-Mail: frauengesundheit@ma15.wien.gv.at