Sonderheft

Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderheft 01

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschachaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewähten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung« versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe »Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung«, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Konzepte, Strategien und Interventionsansätze
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Gastherausgeber: Ulla Walter und Uwe Koch
unter Mitarbeit von Martina Plaumann

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderband 01

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderband 01
Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland – Konzepte, Strategien und
Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Herausgeberin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221/89 92-0 , Fax: 0221/89 92-300
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich
des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Gastherausgeber
Ulla Walter und Uwe Koch unter Mitarbeit von Martina Plaumann

Lektorat und Satz: aHa-Texte, Köln

Druck: Druckhaus Gummersbach PP GmbH
Auflage: 1.2.02.15
ISBN 978-3-942816-60-1

Der Sonderband 01 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin bzw. den Empfänger oder Dritte bestimmt.
Bestellnummer: 60640101

Inhalt

01 » Geleitwort und Grußworte 8

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf ihrem Weg zu einer bevölkerungsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Geleitwort 8
Ulla Walter und Uwe Koch

Grußwort von Frau Professorin Dr. Rita Süssmuth 12
Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1985–1988

Grußwort von Herrn Hermann Gröhe 14
Bundesminister für Gesundheit seit 2013

02 » Grundlagen und Konzepte 16

Nationale Prävention und Gesundheitsförderung – Die Umsetzungsstrategien der BZgA 16
Harald Lehmann

Posttraumatische (persönliche) Reifung aus der Perspektive der Resilienzforschung 30
Jürgen Bengel und Julian Mack

Sexualaufklärung und Familienplanung als Prävention im Feld reproduktiver Gesundheit: Die Bedeutung der Genderperspektive 44
Cornelia Helfferich

Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlungen 55
Anneke Bühler und Gerhard Bühringer

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – Zur Bedeutung von Altersbildern 68
Andreas Kruse

03 » Meilensteine: Kampagnen und Vernetzung 82

Von der AIDS-Aufklärung zur HIV- und STI-Prävention: Die Entwicklung von »Gib AIDS keine Chance« 82
Christine Winkelmann, Wolfgang Müller und Ursula von Rüden

Die Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« – Einsatz neuer Medien 95
Heinz Bonfadelli

Priorität auf Zusammenarbeit und gute Qualität: Der bundesweite »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit« 108
Stefan Pospiech, Rolf Rosenbrock, Andreas Mielck und Frank Lehmann

04 » Strategien und Herausforderungen 118

Internationale Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung 118
Helene Reemann, Simone Weyers, Gunta Lazdane, Minou Friele, Ursula von Rüden und Matthias Wentzlaff-Eggebert

Strategien für wirkungsbezogenes Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung – Erfahrungen mit QIP, einem System zur Qualitätsmessung 132
Thomas Kliche, Jürgen Töppich und Uwe Koch

Gute Arzneimittelinformationen – Voraussetzung für Qualität und Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten 148
Gerd Glaeske

Neue Herausforderungen in der Prävention: Evidenzbasierung und informierte Entscheidung am Beispiel der Krebsfrüherkennung 160
Ulla Walter, Jürgen Töppich und Maren Dreier

Internet-Technologien in der Gesundheitsförderung – Entwicklung, Einsatz und Erprobung digitaler Instrumente als Beitrag zur Qualitätsentwicklung 172
Guido Nöcker und Thomas Quast

05 » Lebensphasen und Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung 186

Frühe Hilfen als präventiver Beitrag zur Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenz – Konzepte und Ansätze im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen 186
Manfred Cierpka und Ute Thyen

»Gesund groß werden« – Förderung der elterlichen Gesundheitskompetenz mit dem Eltern-Ordner der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 197
Silke Pawils, Franka Metzner, Olga Wlodarczyk, Ute Fillinger und Uwe Koch

Gesundheitsförderung im Grundschulalter – Das Modellvorhaben »Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen« (»GrundGesund«) 207
Birgit Babitsch, Eva Cruel, Eveline Maslon und Jürgen Töppich

Internetgestützte Maßnahmen der Suchtprävention 223
Peter Tossmann

Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen – Ziele, Befunde, Reflektionen 232
Josefine Heusinger, Annelie Keil und Monika Köster

Sportverbände und -vereine als Partner und Leistungserbringer in der Gesundheitsförderung und Prävention 244
Gudrun Doll-Tepper und Mischa Kläber

06 » Anhang 258

Autorenverzeichnis 258

01

Geleitwort und Grußworte

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf ihrem Weg zu einer bevölkerungsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Geleitwort

Ulla Walter und Uwe Koch

Frau Professorin Dr. Elisabeth Pott übernahm 1985 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Direktorin 18 Jahre nach deren Gründung. Jetzt, fast 30 Jahre später, übergibt sie ihrer Nachfolgerin Frau Dr. Heidrun Thaiss eine Einrichtung, die inzwischen als Referenzeinrichtung für die Prävention und Gesundheitsförderung der Bundesrepublik Deutschland national und international ein hohes Ansehen genießt.

Unmittelbar nach der Übernahme ihres Amtes wurde Frau Professorin Dr. Pott mit der bedrohlichen Herausforderung von HIV/AIDS konfrontiert. Um dieser angemessen und wirksam zu begegnen, gab es damals noch kein Vorbild und keine Erfahrungen in der Konzeption einer adäquaten Strategie. Hier konnte die neue Leiterin der BZgA ihre hohe Kompetenz im Rahmen der innerhalb kurzer Zeit entwickelten nationalen AIDS-Aufklärungskampagne unter Beweis stellen. Die unter ihrer Federführung realisierte Kampagne trug mit aktiver Beteiligung und Einbindung wichtiger zivilgesellschaftlicher Akteure wie die Deutsche AIDS-Hilfe wesentlich dazu bei, dass HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland einen deutlich weniger gravierenden Verlauf nahmen als in vielen anderen Ländern. Der Erfolg dieser Kampagne hatte auch sekundär erhebliche Auswirkungen auf die inzwischen positive Akzeptanz von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.

Die unter der Leitung von Frau Professorin Dr. Pott initiierten Interventionen in der Prävention und Gesundheitsförderung orientierten sich am Konzept der Lebensweisen. Besonders wichtige Anliegen waren immer, die Perspektive der Betroffenen wie auch das jeweils relevante Gemeinwesen mit einzubeziehen. Neben der AIDS-Aufklärung lagen die Schwerpunkte der BZgA während der Amtszeit von Frau Professorin Dr. Pott insbesondere in den Bereichen Suchtvorbeugung, Förderung des Nichtrauchens, Sexualaufklärung, Familien- und Schwangerschaftsberatung, Kinder- und Jugendgesundheit, Förderung der Organ- sowie der Blut- und Plasmaspende und Ernährungsaufklärung. Vor wenigen Jahren kam als weiterer Schwerpunkt der Bereich aktives Altern hinzu.

Frau Professorin Dr. Pott vertrat von Anfang an die Position, dass sich längerfristig nur eine evidenzbasierte Prävention durchsetzen würde. Deshalb bestand sie bei der Entwicklung neuer Kampagnen nicht nur auf einer theoretisch, sondern auch auf einer empirisch fundierten Planung, Durchführung und einer begleitenden wie ergebnisorientierten Evaluation der Programme. Der Wissenschaftsrat bestätigt das Gelingen dieses Anspruches und den Aufbau erheblicher Expertise in der BZgA. So konstatiert er in seiner abschließenden Stellungnahme nach der aufwendigen Begutachtung: »Die BZgA ist eine leistungsstarke, erfolgreich in der gesundheitlichen Aufklärung tätige Einrichtung, deren Forschung und Dienstleistung dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen und ganz überwiegend von hoher Qualität sind.« (Wissenschaftsrat, 2008, S. 11)

Das hier vorgelegte Sonderheft der Schriftenreihe der BZgA anlässlich des Ausscheidens von Frau Professorin Dr. Elisabeth Pott greift in 19 Beiträgen zentrale Aktivitäten der BZgA auf, die in ihre Dienstzeit fielen. Der Band gibt einen exemplarischen Überblick über wesentliche Grundlagen, Konzepte und Strategien der Schwerpunkte und Programme der BZgA, zeigt Meilensteine auf und stellt wichtige lebensphasenbezogene Maßnahmen und Handlungsfelder in der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Dabei werden nicht nur Entwicklungslinien nachgezeichnet, sondern auch Herausforderungen angesprochen, denen sich die BZgA aktuell zu stellen hat.

Das Kapitel »Grundlagen und Konzepte« legt mit der Ottawa Charta der WHO (1986) sowie New Public Health die Konzepte der BZgA dar. Damit eng verbunden sind das Konzept der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie der Genderperspektive und ihre Operationalisierung sowie die Einbindung der neuesten Erkenntnisse der Resilienzforschung. Das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Komplexität und Grenzen der Evidenzbasierung unterschiedlicher verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze werden am Beispiel der Suchtprävention verdeutlicht. Auf Basis dieser Grundlagen und Konzepte leistet die BZgA mit ihrer Arbeit einen Beitrag zur Förderung gesundheitsgerechter Lebensstile und zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten, so auch in ihrem neuen Schwerpunkt »Altern in Balance«.

In dem Themenblock »Meilensteine: Kampagnen und Vernetzung« werden die weithin bekannten, von der BZgA entwickelten und auf dem Mehr-Ebenen-Ansatz basierenden Aufklärungsstrategien dargestellt und diskutiert. Als wesentlich für ihre Effektivität gelten die Verbindung massen- und personalkommunikativer Maßnahmen sowie die Integration von Konzepten des »Socialmarketing« zur zielgruppengerechten Ansprache der Menschen in den Lebenswelten. Die Komplexität von Kampagnen ist allerdings nur wenigen bewusst, ebenso die erforderliche fortwährende Justierung der Konzepte und Strategien infolge der Generationenlagerung und der sich verändernden Medienlandschaft, Kommunikationstechnik und -technologien. Bei der Nutzung von Internet und sozialen Medien ist die BZgA bereits seit längerem unterwegs – innerhalb der vorliegenden Schrift wird weiter hinten die noch nicht hinreichend gelöste Herausforderung ihrer Evaluation erörtert.

Neben ihrer fachlichen Expertise verfügt die BZgA über vielfältige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Einrichtungen auf der Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Diese ermöglichten ihr in federführender Trägerschaft den bundesweiten »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit« zielorientiert mit aufzubauen und zu begleiten.

Die Beiträge des Kapitels »Strategien und Herausforderungen« widmen sich Querschnittsaufgaben und zeigen neue Entwicklungen auf. Hierzu zählt die vielfältige Zusammenarbeit der BZgA auf internationaler und europäischer Ebene, die weit über ihre Aufgabe als WHO-Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit hinausgeht. Die Etablierung eines Prozesses zur kontinuierlichen Qualitätssicherung entspricht seit Langem dem Selbstverständnis der BZgA. Dementsprechend wurden in den letzten Jahren innovative Ansätze zur Förderung insbesondere der Prozessqualität entwickelt. Der Etablierung einer flächendeckenden Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland stehen zurzeit jedoch noch erhebliche Barrieren entgegen. Die Förderung der Qualitätssicherung stellt gerade auch im Zusammenhang mit dem neuen Präventionsgesetz eine große Herausforderung dar, zu der die weiter entwickelten Konzepte und Strategien der BZgA entscheidend beitragen können. Die zentralen Prinzipien der BZgA – Evidenzbasierung und Qualitätssicherung – sind, wie in den nachfolgenden Beiträgen dargelegt, auch grundlegend für eine ausgewogene und umfassende Information zur informierten Entscheidungsfindung der Bevölkerung, besonders in eher kritischen Bereichen wie bei der Einnahme von Arzneimitteln und der Krebsfrüherkennung.

In dem Abschnitt »Lebensphasen und Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung« werden aktuelle Aktivitäten der BZgA vorgestellt. Für die Förderung der Gesundheit von Kindern ist ihre frühzeitige und intersektorale Unterstützung entscheidend. Pioniercharakter kommt in Deutschland hierbei dem »Nationalen Zentrum Frühe Hilfen« zu, das von der BZgA mit getragen wird. Zentral ist dabei die Förderung

der Elternkompetenz. Diese wird auch mit dem »Elternordner« unterstützt, der die gesetzlich verankerten ärztlichen Untersuchungen der Kinder begleitet. Modellhaft wird derzeit untersucht, inwieweit Gesundheitsuntersuchungen in Schulen wirksam eingesetzt werden können.

Neben Kindern und Jugendlichen, die die BZgA über vielfältige Zugangswege, darunter auch über internetbasierte Programme, zu erreichen versucht, rückt seit einigen Jahren auch die ältere Bevölkerungsgruppe in den Blick. Ein wichtiges Handlungsfeld für alle Altersgruppen ist die körperlich-sportliche Aktivität. In diesem Feld wird die Vernetzung der BZgA mit relevanten Akteuren wie z. B. dem Deutschen Olympischen Sportbund besonders deutlich.

Prävention und Gesundheitsförderung werden nach Einschätzung fast aller Expertinnen und Experten in den nächsten Jahren erheblich an Bedeutung gewinnen. Noch können wir in Deutschland keinesfalls von guten Voraussetzungen für eine angemessene präventive und gesundheitsförderliche Versorgung der Bevölkerung sprechen. Dafür bedarf es neben weiterer Forschung insbesondere auch besserer struktureller Voraussetzungen und größerer finanzieller Ressourcen.

Das vorliegende Sonderheft verdeutlicht die erforderliche Komplexität und Vielfalt der Ansätze und Maßnahmen für die Entwicklung eines empiriegestützten und nutzerorientierten präventiven und gesundheitsförderlichen Angebots. Die BZgA unter der Federführung von Frau Professorin Dr. Pott hat nach unserer Einschätzung in den vergangenen 30 Jahren wichtige Voraussetzungen für eine bevölkerungsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung hierfür geschaffen. Auf dieser Substanz können zukunftsweisende Entwicklungen im Sinne einer evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Prävention und Gesundheitsförderung aufbauen.

» Grußwort von Frau Professorin Dr. Rita Süssmuth

Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1985–1988

Gesundheitsförderung und Prävention sind unverzichtbare Bestandteile eines auf den Menschen ausgerichteten Gesundheitssystems. Diese Ausrichtung auf die Menschen – auf Einzelne wie auf große Gruppen – muss immer neu gedacht und entsprechend praktiziert werden. Die Situation und die Bedürfnisse des Einzelnen mit den Belangen der Gemeinschaft in Einklang zu bringen, war und ist immer wieder eine schwierige Aufgabe, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott verstanden hat zu lösen.

Insbesondere in der großen Herausforderung der Bedrohung durch HIV und AIDS hat sich gezeigt, dass die Aufklärungsstrategie der Bundeszentrale umfassend angelegt war, um beiden Zielen gerecht zu werden. Die bewusste Arbeitsteilung mit der Deutschen AIDS-Hilfe erlaubte ein Eingehen auf die Lebensweisen der Hauptbetroffenengruppen und eine gezielte Ansprache dieser Gruppen in ihren Lebensräumen. Ansteckungsrisiken und ihre Vermeidung waren hier – wie in der Allgemeinbevölkerung – die zentralen Elemente der Aufklärung. Als wichtige Ergänzung dazu wurde eine Antidiskriminierungskampage initiiert, mit dem Ziel, die Akzeptanz homosexueller Lebensweisen zu stärken und solidarisches Handeln einzufordern. Der Erfolg der deutschen AIDS-Aufklärung als multimedial angelegte Strategie hat bestätigt, dass »soziale Lernstrategien«, die die Eigenverantwortung und die Verantwortung für die Gesundheit anderer betonen, angemessen und zielführend in einer pluralen Gesellschaft sind.

Der Appell an die Eigenverantwortung setzt voraus, dass die Bürgerinnen und Bürger gut informiert sind, ihnen Handlungsoptionen aufgezeigt und sie motiviert werden, gesundheitsgerecht zu handeln. Nur auf diesem Weg ist es möglich – entsprechend dem WHO-Motto –, die Entscheidung für Gesundheit zur leichteren Entscheidung zu machen. Informierte Entscheidungen zu treffen und damit selbstbestimmt zu handeln, das entspricht den Personenrechten einer demokratisch verfassten Gesellschaft. Gemeinsames Handeln im Sinne der Präventionsziele machte staatliche Zwangsmaßnahmen nach dem Seuchenrecht überflüssig und verhinderte damit auch, dass der Staat sich in die Intimsphäre seiner Bürgerinnen und Bürger einmischt.

Die Ausrichtung der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung folgt konsequent dem Menschenbild, das dem Grundgesetz zugrunde liegt. Die Beachtung und die Förderung der Kompetenzen der Menschen als Handlungsmaxime, sollten weiterhin die Aufklärungsarbeit der Bundeszentrale bestimmen. Diese Maxime – exemplarisch erprobt und bewährt in der AIDS-Prävention – hat die BZgA analog bei anderen Aufklärungsthemen angewandt. Diese Ausrichtung wird auch künftig von großer Bedeutung sein, wenn es gilt, neue Herausforderungen zu bewältigen. Die Förderung der aktiven Mitwirkung der Betroffenen

und ihres sozialen Umfeldes wird ein Schlüsselelement sein in der Gestaltung neuer Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme. In diesem Sinne wünsche ich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine erfolgreiche Fortsetzung des eingeschlagenen Weges.

Ihre Prof. Dr. Rita Süssmuth

» Grußwort von Herrn Hermann Gröhe

Bundesminister für Gesundheit seit 2013

Liebe Frau Professorin Dr. Pott,

im Februar 2015 und damit rund 30 Jahre nach Ihrer Berufung zur Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verabschieden Sie sich in den wohlverdienten Ruhestand.

Es ist mir eine Herzensangelegenheit, Ihnen für Ihre langjährige, erfolgreiche und sehr engagierte Tätigkeit zu danken. Voller Stolz können Sie auf drei, oftmals auch bewegte Jahrzehnte zurückblicken, in denen sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter Ihrer Leitung zu einer modernen, in der Bevölkerung sichtbaren Gesundheitsbehörde entwickelt hat.

Herausfordernd war bereits Ihre Anfangszeit als Direktorin der BZgA. Als Sie 1985 Ihre Arbeit in der Behörde aufnahmen, bewegte die Menschen in Deutschland eine bis dahin unbekannte Infektionskrankheit namens AIDS, die zu dieser Zeit nicht behandelbar war und meist tödlich endete. HIV/AIDS hat dem Thema »Prävention« einen ganz neuen Stellenwert gegeben. Denn Aufklärung und Information waren zu dieser Zeit die einzigen Mittel, um diese Krankheit zu bekämpfen. Und dieses Vorgehen hat bis heute, trotz verbesserter Therapiemöglichkeiten, nichts von seiner Bedeutung verloren.

Gemeinsam mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben Sie damals eine Präventionsstrategie entwickelt, die nach wie vor beispielhaft ist. »Gib AIDS keine Chance« ist nicht nur seit 1987 die größte Gesundheitskampagne in Deutschland, sie ist auch eine der erfolgreichsten. Belegt wird dies durch die Tatsache, dass Deutschland im internationalen Vergleich zu den Ländern mit den geringsten HIV-Neuinfektionen zählt.

Stets mit dem Ziel, die Menschen – über die Generationen hinweg – zu informieren, ohne sie zu belehren, haben Sie sich darüber hinaus einer Vielzahl weiterer Gesundheitsthemen angenommen.

Dabei haben Sie die Nähe zu Ihren Zielgruppen immer gesucht. Mit Mitmach-Pacours, Ausstellungen zu verschiedensten Gesundheitsbereichen, aber auch durch Besuche in Schulen und Kindergärten, haben Ihre kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich Informationen, zum Beispiel zur Förderung des Nichtrauchens, zur Alkoholprävention oder zu den Vorteilen einer gesunden Ernährung vermittelt. Bei einer Vielzahl der von Ihren verantworteten Aufklärungsmaßnahmen zu den verschiedenen Gesundheitsthemen haben Sie darüber hinaus auch die rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund im Blick gehabt, die in Deutschland leben. Mit entsprechend aufbereiteten Materialien, aber auch über Schlüsselpersonen, die das Vertrauen dieser Menschen haben, konnten Sie viele erreichen.

Das ist ein Verdienst, das ich besonders schätze.

Engagiert aufgegriffen haben Sie außerdem so wichtige Themenbereiche wie die Bedeutung der Schutzimpfungen oder der Organspende.

Das aktuellste Thema, das uns in den letzten Monaten intensiv beschäftigt hat, waren die Ebola-Erkrankungen in Afrika. Auch hier haben Sie durch bürgernahe, verständliche Informationen Menschen aufgeklärt und Fragen beantwortet. Verunsicherungen konnten Sie damit den Raum nehmen.

Liebe, verehrte Frau Professor Pott, durch Information und Aufklärung möglichst viele Menschen zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren, so möchte ich Ihre Zielsetzungen der letzten drei Jahrzehnte zusammenfassen. Für unser Gesundheitswesen war Ihre Zeit als Direktorin der BZgA eine Bereicherung. Sie haben die BZgA unermüdlich vorangebracht – und damit auch viele Erfolge in der Präventionsarbeit erst ermöglicht.

Ich bin ganz sicher, dass Sie das Motto des Programms, mit dem die BZgA die Gesundheit älterer Menschen fördern möchte, auch für sich selbst umsetzen werden: »Gesund und aktiv älter werden!«

Ihr Hermann Gröhe

02

Grundlagen und Konzepte

Nationale Prävention und Gesundheitsförderung – Die Umsetzungsstrategien der BZgA

Harald Lehmann

Die Umsetzung des Gesundheitsförderungsansatzes

Die Jahre 1985 und 1986 waren für die Entwicklung der Aufklärungsstrategie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von entscheidender Bedeutung. Zum einen kam die Diskussion um einen neuen Begriff von Gesundheit mit der Ottawa Charter zum Abschluss, zum anderen wurde die Bedrohung der Gesundheit durch die AIDS-Pandemie immer größer. Beide Ereignisse verlangten eine Neuorientierung in der Prävention und damit in der Anlage der gesundheitlichen Aufklärung.

Der bisherige WHO-Gesundheitsbegriff aus der Präambel der WHO-Verfassung vom 22. Juli 1946 lautete: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.« Diese Definition, die in ihrer Interpretation für die Prävention Gesundheit als höchstes anzustrebendes Ziel postulierte, prägte die Aufklärungsstrategie der BZgA in ihrer Gründungsphase. Daraus abgeleitet entwickelte sich eine Aufklärungsphilosophie der Vernunft, die impliziert, dass für dieses hohe Ziel jeder Einsatz geboten ist, dass es eben vernünftig ist, für dieses Ziel sein Verhalten zu ändern und den Anweisungen und Empfehlungen der Expertinnen und Exper-

ten zu folgen. Die Vermeidung von Risiken durch entsprechendes individuelles Verhalten wurde – basierend auf den Risikofaktorentheorien für die meisten Volkskrankheiten – zum Hauptmerkmal der Aufklärung in den 1970er-Jahren. Biologisches Faktenwissen und klare Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung, zum Umgang mit Alkohol und Tabak waren die zentralen Inhalte der Print- und AV-Medien und der didaktisch aufbereiteten Medien für Multiplikatoren meist aus dem Bildungsbereich. Gebote und Verbote waren beliebte Stilmittel.

Die »Ottawa Charter for Health Promotion« der WHO von 1986 baut auf den sieben Grundprinzipien der 1946er-Definition auf, erweitert aber die Sichtweise. Die Förderung der Gesundheit ist nicht mehr allein die Aufgabe des Gesundheitssektors, sondern auch die Verantwortung anderer Politikbereiche wie z. B. Bildung, Arbeit, Verkehr und Umweltschutz, d. h. der Sektoren, die die Lebensbedingungen wesentlich bestimmen und damit die Lebensweisen beeinflussen. Gesundheit wird als Prozess interpretiert, in dem der Einzelne eine aktive Rolle spielt und Verantwortung übernehmen muss. In der Deklaration heißt es: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.«

Rosenbrock (1998) misst der Ottawa Charter eine impulsgebende Bedeutung zu: »Tatsächlich enthält die Ottawa Charter gegenüber den klassischen Ansätzen der Prävention wie Gesundheitserziehung, Risikofaktorenmedizin, Früherkennung etc. eine strategische Innovation: Sie orientiert sich nicht mehr primär auf das Handeln von Experten, sondern rückt – gewissermaßen als Schlüsselvariable – die Steigerung der objektiven und subjektiven Möglichkeiten der Selbststeuerung in den Mittelpunkt.« Für die Aufklärungsarbeit bedeutete dies, einzelnen Personen oder Bevölkerungsteilen die Möglichkeit zu einer »informierten Entscheidung« zu eröffnen. Jede Person sollte befähigt bzw. in die Lage versetzt werden, eine bewusste Entscheidung für die eigene und die Gesundheit anderer zu treffen.

Umfassende und klare Information über verschiedene Medien, Beratungs- und Unterstützungsangebote und Möglichkeiten zur persönlichen Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema sind die eingesetzten Kommunikationsmittel dieser neuen Aufklärungsstrategie. Personalkommunikative Elemente wie z. B. Gesprächsrunden, Foren, interaktive Ausstellungen sowie personalisierte Informationen wie z. B. Face-to-Face-Beratung oder Beratung über Telefon oder Internet kennzeichnen die neue Strategie. Die Einbettung der Gesundheit in die sozialen und materiellen Umweltbedingungen, ein weiteres Charakteristikum der Charter, wurde schon früh in den 1980er-Jahren von der BZgA in ihren strategischen Überlegungen berücksichtigt und unter dem Thema »Lebenszusammenhänge in der Gesundheitserziehung« (Wilkening 1981) diskutiert.

Das Befähigen und Ermöglichen (»Enable«) durch Kompetenzförderung ist eines der drei zentralen Handlungsfelder der Ottawa Charter. Für die Wirksamkeit der Aufklärungsstrategie ebenso zentral ist das anwaltschaftliche Eintreten für Gesundheit (»Advocate«) durch die Beeinflussung politischer und sozialer Faktoren in Sinne der Schaffung besserer Lebensverhältnisse. Die Antidiskriminierungskampagne der BZgA in der AIDS-Prävention ist ein gutes Beispiel für die Arbeit in diesem Handlungsfeld. Für die Umsetzung und die Nachhaltigkeit der Aufklärung ist das Vermitteln und das

Vernetzen (»Mediate«) von größter Bedeutung. Wegen der Komplexität des Bedingungsgefüges und der Vielzahl der Einflussfaktoren ist ein kooperatives Vorgehen das dritte zentrale Handlungsfeld. Eine differenzierte Kooperationsstrategie muss deshalb die Kommunikationsstrategie ergänzen.

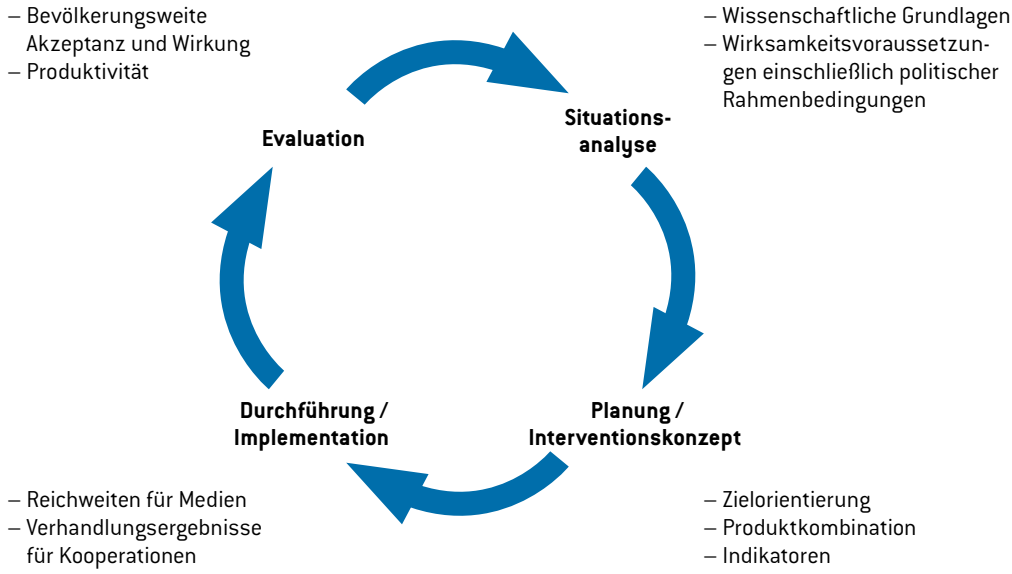
Die Aufklärung der BZgA will im Sinne von New Public Health (Haisch u. a. 1999) und entsprechend den Empfehlungen der Ottawa Charter ihren Beitrag leisten, gesundheitsgerechte Lebensstile zu fördern und gesundheitsfördernde Lebenswelten zu entwickeln. Mit dem Aufklärungsprogramm »Gib AIDS keine Chance« wurde die BZgA 1986 erstmalig – auch finanziell – in die Lage versetzt, eine umfassende Strategie über einen mehrjährigen Zeitraum umzusetzen (Töppich u. a. 2001). Dass die politische Entscheidung zu Gunsten einer solchen Vorgehensweise gefallen war, war Folge einer gesellschaftlichen Diskussion, in der sich die Befürworter einer gesundheitspolizeilichen Ordnungsstrategie nach dem Seuchenrecht mit den Befürwortern einer sozialen Lernstrategie, in der an ein eigenverantwortliches Handeln der Bevölkerung appelliert wurde, auseinandersetzten.

Letztlich wurde die soziale Lernstrategie als einem demokratischen Staat angemessener bewertet, weil diese keine Eingriffe in die Freiheitsrechte und in die Intimsphäre der Bürgerinnen und Bürger vorsieht. Das eigenverantwortliche Verhalten und Handeln sollte gestärkt werden, um die Epidemie in der BRD einzudämmen (Süssmuth 1987). Somit war die grundsätzliche politische Entscheidung für eine Aufklärung im Sinne von New Public Health gefallen.

Die Ausrichtung an den Ideen der Gesundheitsförderung bestimmt, wie die verschiedenen Aufklärungsthemen behandelt werden. Als moderner Public Health-Ansatz erfolgt die Umsetzung der Strategie nach dem Public Health Action Cycle (siehe Abbildung 1). Dieses Verfahren verlangt eine wissenschaftlich fundierte Ausgangsanalyse, auf deren Grundlage auch die Ziele festgelegt werden. Die Planungsphase ist an den Zielen orientiert und folgt einem Interventionskonzept, in dem die Handlungsschritte in ihrer Abfolge festgelegt, die Interventionen und die Kommunikationsmittel mit ihren spezifischen Aufgaben beschrieben und die Kooperationen mit den beteiligten Akteuren bestimmt sind. In der Implementations- und Durchführungsphase werden die Kommunikationsmittel, meist Instrumente des »Socialmarketing« (Pott 2003), gestaltet und kommen entsprechend den Zielgruppen und den Zugangswegen zum Einsatz. Eine sehr wichtige Phase ist die Evaluation. In dieser Phase werden die Einzelmaßnahmen wie die Gesamtkampagne auf ihre Wirksamkeit und ihren Zielerreichungsgrad hin überprüft. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für notwendige Korrekturen und Verbesserungen und sind somit der Ausgangspunkt für einen weiteren Durchlauf nach dem Cycle. Für Maßnahmen nach dem Public Health-Ansatz werden die so entstehende permanente Qualitätssicherung und der durchgeführte Wirksamkeitsnachweis zu entscheidenden Kriterien für ihre Finanzierung und Förderung (Lehmann und Töppich 2002).

Eine Aufklärungsstrategie nach dem New Public Heath-Ansatz umfasst verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen in einer »Mehr-Ebenen-Kampagne«. Instrumente des »Socialmarketing« zur zielgruppengerechten Ansprache der Menschen in ihren Lebenswelten gehen Hand in Hand mit Interventionen für eine gesundheitsgerechtere Gestaltung eben dieser Lebenswelten (Sachverständigenrat 2005).

Arbeitsweise: Public Health Action Cycle



» Abb. 1: Arbeitsweise: Public Health Action Cycle

Die Umsetzung einer »Mehr-Ebenen-Kampagne« erfolgt multimedial in einer Kombination von massen- und personalkommunikativen Maßnahmen. Die aktive Teilhabe der Zielgruppen, die Beteiligung und Kooperation verschiedener Berufsgruppen mit ihrem jeweiligen Zielgruppenbezug und die intersektorale Zusammenarbeit sind notwendige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung (siehe »Von der Information zur Kommunikation«). Das Kommunikations- und Kooperationsschema der AIDS-Aufklärung der BZgA (siehe Abbildung 2 und 4) ist exemplarisch für diesen Kampagnentyp.

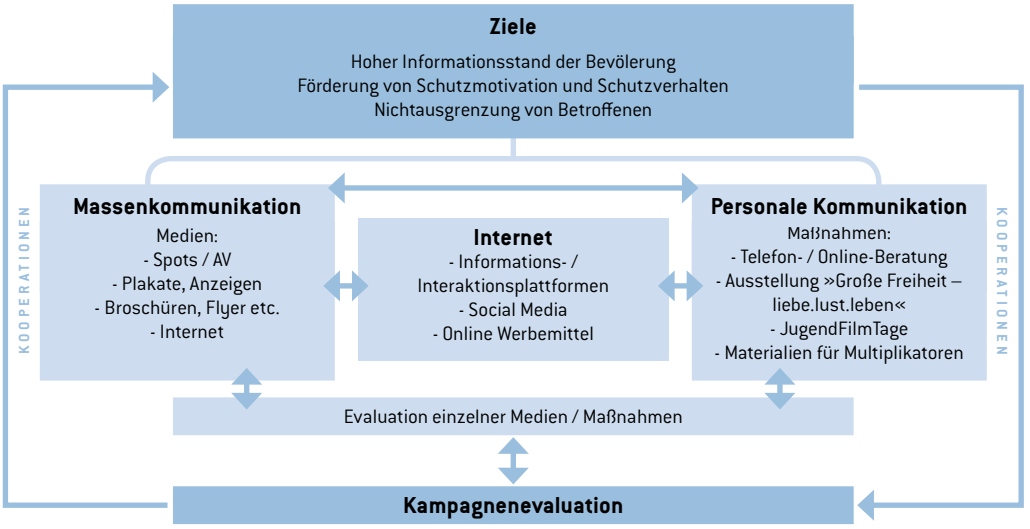
» Von der Information zur Kommunikation

Die Kampagne »Gib AIDS keine Chance« hat drei zentrale Kommunikationsaufgaben:

1. Etablierung eines hohen Informationsstandes über Infektionsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten,
2. Förderung der Schutzmotivation und des Schutzverhaltens in Risikosituationen sowie
3. Schaffung eines sozialen Klimas gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung.

Aus dieser Aufgabenstellung ist ersichtlich, dass die Information nur – wenn auch ein unbedingt notwendiger – Teil der Aufgabe ist. Einstellungen,

Kampagne »Gib AIDS keine Chance«



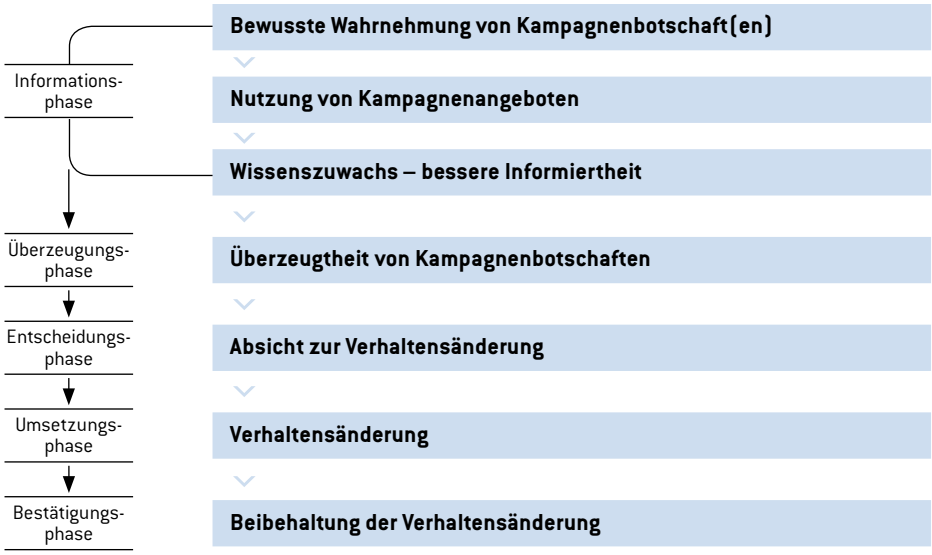
» Abb. 2: Schema der Kommunikation in der AIDS-Prävention

Motivation zum Handeln und Verhalten sind die weiteren Aufgaben in dem angestrebten Kommunikationsprozess. Das theoretische Modell nach McGuire (siehe Abbildung 3 sowie Singhal und Rogers 1999), das den Kampagnenplanungen der BZgA zugrunde liegt, betont die grundlegende Bedeutung der Informationsphase und beschreibt vier weitere Phasen der Kommunikation, bis die Ebene der beibehaltenen Verhaltensänderung, das gesundheitsfördernde Handeln, erreicht ist.

Gelingende Kommunikation ist an Voraussetzungen gebunden. Für die Kommunikation von Risiken benennt Gigerenzer (2002/2003) folgende Bedingungen, die gegeben sein müssen: Den Bezug zu den jeweiligen persönlichen und sozialen Kontexten, die klaren und verständlichen Inhalte und Botschaften, den breiten fachlichen Konsens sowie Kommunikationsformen, die »Gesprächsräume« eröffnen und Gelegenheit bieten, Handlungsoptionen zu erproben. Diese Bedingungen gelten nach den Erfahrungen der BZgA für die Gesundheitskommunikation insgesamt und nicht nur für die Risikokommunikation.

Die Informationsaufgabe besteht in der Vermittlung von fachlich abgestimmten, klaren und verständlichen Inhalten. Sie wird meist als »One-Way-Kommunikation« organisiert, d. h. der Sender sendet eine Botschaft an den Empfänger. Der Empfänger bleibt in der Regel ohne Feedbackmöglichkeit. Die typischen massenmedialen Instrumente dieser Kommunikation sind Broschüren, Anzeigen, Plakate, TV- und Radiospots. Mit dem Abdruck von Hotline-Telefonnummern wurden seit den 1980er-Jahren die Rückmeldemöglichkeiten für breite Bevölkerungskreise geschaffen. Heute übernehmen die QR-Codes mit ihren Verbindungen zu den ent-

Theoretisches Modell der Kommunikation



» Abb. 3: Theoretisches Modell der Kommunikation (nach McGuire und Rogers)

sprechenden Internetseiten der jeweiligen Kampagne diese Funktion. Die Codes bieten darüber hinaus weitere Informationen an, z. B. über zielgruppen- oder themenspezifische Portale, und sie bieten den Zugang zu dem Austausch in sozialen Netzwerken. Durch die technologische Entwicklung wurde aus dem »One-Way« eine vernetzte Informationsstruktur. Der interaktive Charakter der vernetzten Information kommt besonders zur Geltung, wenn Anfragen von Einzelpersonen individuell beantwortet werden. Telefonberatung und Online-Beratung sind die häufigsten Formen der personalisierten Information.

Das Eröffnen von Gesprächsräumen und Handlungsoptionen, diese Aufgaben gehen über die Informationsvermittlung hinaus; sie erfordern vertraute, sichere, teils anonymisierte Kommunikationsformen. Das Gespräch mit einem Multiplikator – als Einzelgespräch oder Gespräch in der Gruppe – war und ist als Face-to-Face-Interaktion die geeignete Kommunikationsform, um diese Aufgaben zu erfüllen. Die klassischen Formen sind das Beratungsgespräch, Fragen und Antworten im Unterricht sowie in anderen Gruppensituationen wie beispielsweise in Selbsthilfegruppen. Hier können die persönlichen Bezüge ausgesprochen werden und die sozialen Kontexte eine angemessene Berücksichtigung finden. Die klassischen Multiplikatoren sind das Lehr- und Betreuungspersonal, Ärzte, Berater aus dem Gesundheitssektor und insbesondere informierte Laien als Peers ihrer Gruppe. Die Multiplikatoren benötigen das Eingangsver-

trauen ihrer Gesprächspartner, um eine im oben genannten Sinne wirksame Kommunikation zu ermöglichen. Instrumente des »Socialmarketing«, wie betreute, interaktive Ausstellungen oder gesundheitsbezogene Events im Sport- und Freizeitbereich, schaffen darüber hinaus niederschwellige Gelegenheiten zum Gespräch mit Multiplikatoren. Soziale Netzwerke – wie Facebook und Twitter – sowie themenspezifische Gesundheitsportale sind Kommunikationsplattformen, auf denen sich die Interessierten untereinander austauschen. Dieser Austausch kann völlig frei oder auch expertengesteuert – meist in betreuten Chatrooms – erfolgen. Diese Möglichkeiten der »neuen Medien« ergänzen die klassischen Formen der personalen Kommunikation.

Das Internet hat nicht nur für diese personenbezogene Kommunikation eine zunehmende Bedeutung, es wird auch zu einem wichtigen Träger der Massenkommunikation. Über tausendfache Bestätigungen in der Internet-Community und über Bannerwerbung werden Meinungsbilder erzeugt und Einstellungen etabliert, die das soziale Klima in den Zielgruppen beeinflussen. Sind diese kompatibel mit den Grundbotschaften, ergänzen sie die massenkommunikativen Maßnahmen der jeweiligen Kampagne.

Die Änderungen in der Medienlandschaft veränderten auch die Kommunikationsmöglichkeiten in der gesundheitlichen Aufklärung. Konnten noch in den 1980er-Jahren über ARD und ZDF große Reichweiten erzielt, d. h. bis zu 80 % der Bevölkerung erreicht werden, so hat sich diese Landschaft heute in eine Vielzahl sparten- und regionalspezifischer TV- und Radiosender differenziert. Bezogen auf die Erreichbarkeit der Gesamtbevölkerung schafft dies einige Erschwernisse, erlaubt aber andererseits einen spezifischeren Zugang zu den Zielgruppen und eine der Region angepasste Kooperation mit den Medien.

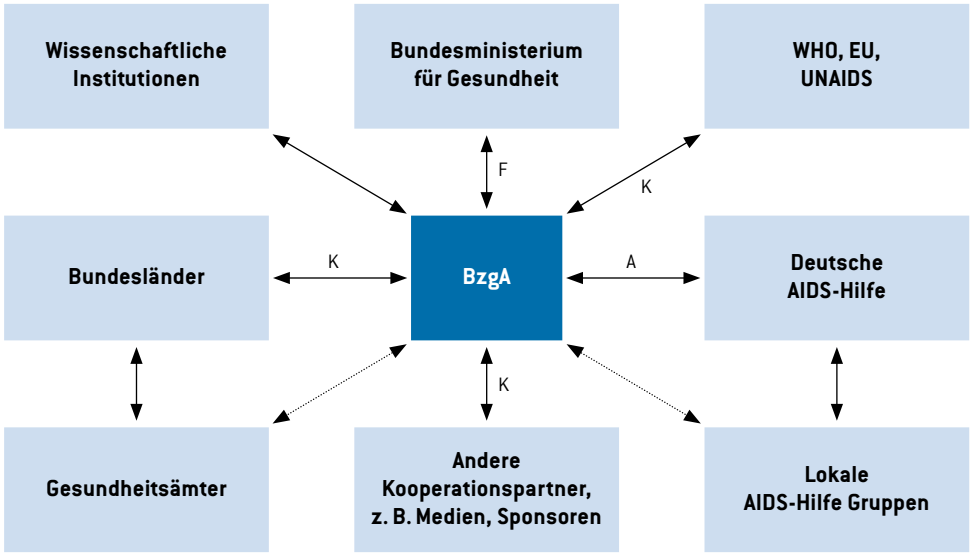
Die Nutzung moderner Kommunikationstechnik, die Änderungen der Medienlandschaft sowie die aktive Ausrichtung der Kommunikationsstrategie an den Prinzipien der Ottawa Charter haben die gesundheitliche Aufklärung immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt. In Anpassung an die technologische Entwicklung und in der innovativen Umsetzung der Gesundheitsförderungsidee konnten die Chancen für eine gelingende Gesundheitskommunikation durch die BZgA genutzt und damit entscheidende Impulse für die Weiterentwicklung der Prävention gesetzt werden.

» Partizipation durch Kooperation

Teilhabe und Zusammenarbeit sind wesentliche Bausteine in den Aufklärungsstrategien der BZgA. Allein aus der Tatsache, dass eine Institution mit der personellen und finanziellen Ausstattung der BZgA nicht mit Millionen Menschen in der Bundesrepublik intensiv kommunizieren kann, ergibt sich die Notwendigkeit einer kooperativen Anlage der Strategie. Kooperationspartner werden in erster Linie gebraucht, um die jeweiligen Zielgruppen in ihren Lebenswelten und in ihren (Sub)Kulturen zu erreichen. Partner vor Ort können die aktive Teilnahme an den Programmen organisieren – und zwar bereits in der Entwicklungs- oder in der Weiterentwicklungsphase. Sie sind auch der Garant, dass die lokalen Probleme und Besonderheiten angemessen in den Programmen berücksichtigt werden. Diese Kooperanten kommen aus den Kommunen, aus Ämtern und öffentlichen und privaten Einrichtungen, aus Organisationen und Verbänden sowie aus freien Initiativen.

Die Programme der BZgA brauchen aber auch oberhalb der lokalen Durchführungsebene Partner,

Schema der Kooperation in der AIDS-Prävention



» Abb. 4: Schema der Kooperation in der AIDS-Prävention

die die Programme und Kampagnen mittragen. Dies sind – nur um das Spektrum zu umreißen – die Bundesländer, insbesondere mit ihren Gesundheits- und Bildungsinstitutionen, Großorganisationen wie der Deutsche Olympische Sportbund oder der Deutsche Fußballbund, bundesweit tätige Verbände und Selbsthilfeorganisationen wie der Volkshochschulverband oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen oder die Deutsche AIDS-Hilfe sowie nicht zuletzt die Sozialversicherungsträger. Sie legitimieren nicht nur die Programme und Maßnahmen gegenüber ihren Mitgliedern, sie stellen oft auch ihre Organisationsstruktur für die Umsetzung zur Verfügung und kombinieren häufig ihre eigenen Maßnahmen mit den Aktivitäten der BZgA.

Von besonderer Bedeutung ist die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Auf der Grundlage des § 20 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen zurzeit die größten Geldgeber für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Ihre Beteiligung an bundesweiten, von der BZgA initiierten Maßnahmen, konzentriert sich auf den Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit – Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«. Hier wird durch die gesetzlichen Krankenkassen mit der Finanzierung von »Koordinationsstellen gesundheitliche Chancengleichheit« auch ein Beitrag zum Strukturaufbau geleistet, um zu einer dauerhaften Verbesserung der Gesundheitschancen für die besonders vulnerablen Gruppen der Gesellschaft zu kommen. Mit der PKV, dem Verband

der privaten Krankenversicherer, verbindet die BZgA eine mehr als zehnjährige Zusammenarbeit. Wesentliche Teile der AIDS- und Suchtprävention sowie die Gesundheitsförderung älterer Menschen werden durch die PKV kofinanziert.

Geldwerte Leistungen für die Prävention werden insbesondere auch in der Kooperation mit den Medien erbracht. In der Pressemitteilung des Bundesministerium des Innern vom 21. Juli 2011 zum vierten Sponsoringbericht heißt es dazu: »Im Berichtszeitraum wurden danach Sponsoringleistungen im Wert von insgesamt rund 93,4 Mio. Euro angenommen. Davon entfallen rund 61,1 Mio. Euro auf Kampagnen zur Gesundheitsprävention, für die unter anderem Werbeflächen und Sendezeiten in Hörfunk und Fernsehen kostenlos zur Verfügung gestellt wurden. Ohne die finanzielle Unterstützung der Bundesverwaltung durch private Personen oder Institutionen hätten dieses und viele weitere Vorhaben nicht oder nur in geringerem Umfang verwirklicht werden können.« Diese »Public-Privat-Partnership« ermöglicht erst den Einsatz von Instrumenten der Massenkommunikation, ohne die große Teile der Bevölkerung nicht erreicht werden könnten.

Eine Grundvoraussetzung für eine gelingende Kommunikation, der Kontakt zu zentralen Botschaften, wäre ohne diese Partnerschaft nicht mehr gegeben. Die Kooperation mit den Medien ist aber nicht nur in der Massenkommunikation von Bedeutung, denn die Zusammenarbeit mit Redaktionen vor Ort bewirkt eine lokale und regionale Verankerung der Präventionsmaßnahmen und macht die hier handelnden Akteure bekannt. Für die AIDS-Präventionskampagne hat sich das in Abbildung 4 dargestellte Kooperationsschema entwickelt und – wie der Erfolg belegt – auch bewährt.

Da der Erfolg der Programme und Maßnahmen von der Beteiligung der Zielgruppen abhängt, sind die Endadressaten die wichtigsten Kooperationspartner. Ihre Beteiligung an der Entwicklung und Weiterentwicklung von Maßnahmen, beispielsweise in Form von Kreativwettbewerben oder Testungen, ist für die spätere Akzeptanz der Maßnahmen bei der Zielgruppe unerlässlich. Durch die aktive Teilnahme an den Maßnahmen werden sie zu echten Koproduzenten der Aufklärungsleistung und des präventiven Gesundheitshandelns. Erst in der Interaktion zwischen den »Anbietern« und den »Konsumenten« entsteht die Dienstleistung Aufklärung und Prävention (Donabedian 1992; Gartner und Riessmann 1974).

Zum Akteur in eigener Sache werden die Adressaten in Programmen, die einen starken lokalen Bezug haben und ein gesellschaftliches Engagement verlangen. In den rund 2.000 Projekten der Datenbank des Programms »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (Sachverständigenrat 2007a) werden Beispiele gegeben, wie ein solches Engagement umgesetzt wird. Generell ist die Gesundheitsförderung in der »Lebenswelt Kommune« der Ort für bürgerschaftliches Engagement, für problem- und lebensnahe Unterstützung, das Forum für eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedenen Präventionsthemen. In den Lebenswelten (»Settings«) Schule, Kindergarten, Arztpraxis, Betrieb, sozialer Brennpunkte wird die Gesundheitsförderung – auch in ihrem Anspruch der Veränderung von Verhältnissen – konkret.

Die BZgA nützt diese Lebenswelten für ihre Aufklärung und unterstützt sie durch die Initiierung kommunaler Partnerprozesse und die Förderung kommunaler Präventionsketten. Lebenswelt- und lebensphasenbezogene Strategien wie »Gesund aufwachsen für alle« (BZgA 2013) sind von zentraler Bedeutung für die Nachhaltigkeit, d. h. für die Wirksamkeit und Dauerhaftigkeit von Prävention. Die verstärkte Hinwendung zur Arbeit in und für

soziale Kleinräume ist nicht nur ein innovativer Schritt der langfristigen Ergebnissicherung, er ist ein konsequenter Schritt als Reaktion auf den Abbau der Präsenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in diesem Arbeitsfeld.

Die Kooperation auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen ist ein integraler Bestandteil der BZgA-Strategien, weil sie der Gesundheitsförderungsidee immanent ist. Der Anspruch, mit vielen Menschen in einen direkten Kontakt zu kommen, erfordert die Zusammenarbeit mit vielen Partnern, die diese Kontakte herstellen und für die Präventionsarbeit nutzen können. Die im Vergleich mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens chronisch unterfinanzierte Prävention und Gesundheitsförderung erfordert es, neue Wege in der Finanzierung zu gehen. Mit ihrem Ansatz der Public-Private-Partnership hat die BZgA hier Neuland betreten. Sie hat Gelder und geldwerte Leistungen akquiriert, ohne ihre Unabhängigkeit zu gefährden.

Die Stärkung der Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung steht noch am Anfang. Die Kooperationen in Verbünden, wie dem Verbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (BZgA 2013) oder die Förderung kommunaler Netzwerke über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) bei der BZgA (NZFH 2014), schaffen Synergieeffekte durch die Bündelung von Ressourcen.

Um einen systematischen Aufbau zu gewährleisten, ist dies nicht ausreichend. Es bedarf grundlegender Regelungen zur Finanzierung und zur Zusammenarbeit in einem Gesetz, um die Prävention zu einem gleichwertigen Sektor des Gesundheitswesens neben der Kuration und Rehabilitation aufzuwerten.

Die Rolle der BZgA in der Gemeinschaftsaufgabe: Prävention und Gesundheitsförderung

Die Stärkung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit werden in einer alternden Gesellschaft aus humanitären, gesellschaftlichen und ökonomischen Gründen immer wichtiger und drängender. Dieser generellen Herausforderung kann nur mit einem gemeinschaftlichen Ansatz begegnet werden. Prävention und Gesundheitsförderung sind damit nicht allein eine Aufgabe des Gesundheitswesens, sie werden zur Aufgabe aller gesellschaftlichen Bereiche, die einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensbedingungen haben. Koordination und Kooperation werden damit zu wichtigen Erfolgsvorrausetzungen. Angesichts begrenzter Ressourcen geht es um die Priorisierung von Zielen und Aufgaben, um die Effektivität und Effizienz der Programme, diese Aufgaben zu bewältigen, und um eine Bündelung und Erweiterung der vorhandenen Ressourcen. Nationale Zielbestimmung, zielorientierte Programmentwicklung und -durchführung, Qualitätssicherung und Evaluation sowie Absicherung der Kapazitäten werden zu entscheidenden Handlungsfeldern, um Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann künftig – in Weiterentwicklung der bisherigen Strategie – entscheidende Beiträge zur Bewältigung der beschriebenen Herausforderungen leisten, denn die nötigen Kompetenzen dafür sind vorhanden und können genutzt werden. Zu diesem Ergebnis kommt der Wissenschaftsrat 2008 und 2012 in seiner Begutachtung der BZgA. Der Rat bezeichnet die BZgA als eine leistungsstarke, erfolgreich in der gesundheitlichen Aufklärung tätige

Einrichtung, deren Forschung und Dienstleistungen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen und ganz überwiegend von hoher Qualität sind. In seiner wissenschaftspolitischen Stellungnahme zum Gutachten (Wissenschaftsrat 2008, S. 11) erhebt der Rat die Forderung, dieses Potential zu nutzen, um die BZgA in Zukunft zu einem international voll konkurrenzfähigen Akteur der gesundheitlichen Prävention zu entwickeln. Er begründet diese Forderung mit einem Alleinstellungsmerkmal der BZgA. Dieses Alleinstellungsmerkmal besteht in der integrierten Bearbeitung spezifischer, bevölkerungsweiter Präventionsthemen. Das heißt, theoretisch und empirisch begründete Erarbeitung und Qualitätssicherung vollziehen sich in einem gemeinsamen systematischen Prozess mit der operativen Durchführung von Kampagnen und Programmen. Im Bewertungsbericht (Wissenschaftsrat 2008, S. 51/52) beschreibt der Wissenschaftsrat diese Alleinstellung wie folgt: »Sie ist in der Bundesrepublik Deutschland die einzige Einrichtung, der die Umsetzung der Ergebnisse präventionsbezogener Forschung in die Praxis in diesem Ausmaß gelingt. Zudem hat sie im Vergleich zu manchen privaten auf dem Präventionsgebiet tätigen Einrichtungen den Vorzug der Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen.« Vor diesem Hintergrund kann die BZgA strategisch weiterentwickelt werden zum Kompetenzzentrum des Bundes für Prävention und Gesundheitsförderung.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellte bereits in seinem Gutachten 2007 fest: »Mit der Akkumulation, Bündelung und Auswertung von Informationen zur Qualität und Wirksamkeit der Primärprävention sollte eine zentrale Stelle beauftragt werden. Nach Aufgabenstellung und Kompetenz kommt hierfür insbesondere die BZgA in Frage.« (Sachverständigenrat 2007b, S. 100) In seinem Gutachten 2009 bestätigt er diese Auffassung: »Anstrengungen, die dazu beitragen, durch Evaluationsergebnisse Lernprozesse zu unterstützen, sollten noch stärker gefördert und die BZgA als Kompetenzzentrum für Evaluation und Qualitätssicherung weiter ausgebaut werden.« (Sachverständigenrat 2009a, S. 100)

Als nationales Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung und Evaluation bietet sich die BZgA nicht nur für die Überprüfung der Wirksamkeit der eigenen und staatlich (mit)finanzierten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen an, sondern auch für die Evaluation der Programme anderer Anbieter, beispielsweise der Sozialversicherungsträger oder privater Anbieter. Als von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Institution und nur dem Allgemeinwohl verpflichtet, kann die BZgA objektive Prüfungen liefern. Im Konsens mit den Trägern der Leistungen können Kriterien und Standards für die Messung der Wirksamkeit festgelegt werden, damit Vergleichbarkeit und Einheitlichkeit hergestellt werden kann.

Die Qualitätsentwicklung bildet einen weiteren Schwerpunkt in diesem Zusammenhang. Dabei geht es um Entwicklung und Verbreitung geeigneter Verfahren zur zielorientierten Planung und Durchführung von Projekten sowie um die Integration von Qualitätssicherungsprozessen. Die BZgA hat hierzu Verfahren vorgestellt und erprobt. Als Ressortforschungseinrichtung wird die BZgA sowohl in der Qualitätssicherung und Evaluation als auch in der theoretischen und empirischen Fundierung der Wirkungsvoraussetzungen die Zusammenarbeit mit dem Hochschulsektor vertiefen und Impulse für die Weiterentwicklung im Public Health-Sektor setzen, wie unter anderem im Projekt »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung« praktiziert (Walter u. a. 2012). Die effiziente Erbringung wirksamer Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen ist ein Weg, die knappen Ressourcen bestmöglich zu nutzen; dazu bedarf es aber der

wissenschaftlichen Fundierung der Programme und Maßnahmen.

Als Nationales Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung kann die BZgA für das Bundesgesundheitsministerium nationale Koordinierungs- und Kooperationsaufgaben wahrnehmen. Aufbauend auf den Erfahrungen in der Bund-Länder-Koordinierung und den Erfahrungen mit Fachbeiräten in verschiedenen Präventionsfeldern kann die BZgA als Serviceeinrichtung künftig die Geschäftsführungsfunktion für die nationale Präventionskonferenz übernehmen und den nationalen Präventionsbericht vorbereiten.

In spezifischen Präventionsfeldern wirkt die BZgA als Initiatorin und Koordinatorin. Wie am Beispiel des »Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit« erfolgreich praktiziert, kann sie die bundesweite Zusammenarbeit in den Feldern »Gesund aufwachsen« und »Gesund älter werden« fördern. Als nationale Referenzstelle kann sie evaluierte und evidenzbasierte Maßnahmen und Programme sammeln, auswerten und für ihre Verbreitung sorgen. Know-how-Transfer und permanenter Austausch der Erfahrungen erlauben eine schnellere Bearbeitung der gesundheitlichen Problemlagen, ersparen Entwicklungskosten, verhindern mehrfache Entwicklungen für ähnliche Problemstellungen und führen zu adäquateren und ressourcenschonenden Lösungen.

Die koordinierenden und kooperativen Funktionen der BZgA in der operativen Umsetzung nationaler Aktionsprogramme, wie in der AIDS- und Suchtprävention und in anderen Präventionsprogrammen, haben sich bewährt und zu sinnvollen Arbeitsteilungen geführt, die einen gezielteren Einsatz der Mittel und bessere Ergebnisse bewirkten. Diese Funktionen sollten verstärkt werden mit dem Blick auf die Qualifizierung und materielle Unterstützung kommunaler Akteure. So kann über eine situationsangepasste selbständige Umsetzung von Bundesprogrammen und die Integration in die eigenen kommunalen Vorhaben ein Anstoß gegeben werden zur Entwicklung kommunaler Präventionsketten. Die Kapazitätsbildung durch Qualifizierung von Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere in der Qualitätssicherung und Evaluation, ist ein Weg für eine effektive und effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Die bewusste Einschränkung der Aufgabenstellungen durch die Festlegung von Präventionszielen und ihre Priorisierung ist unter dem Gesichtspunkt der Ressourcenallokation ein notwendiges und sinnvolles Vorgehen, eröffnet es doch die Möglichkeit, die Kräfte über einen längerfristigen Zeitraum auf zentrale Handlungsfelder zu konzentrieren. Das Beispiel der AIDS-Prävention zeigt deutlich, dass eine längerfristige Konzentration auf ein Thema nachhaltig Erfolge erzielt.

Prävention als Gemeinschaftsaufgabe bedeutet auch gemeinsame finanzielle Anstrengungen. Neben dem Bemühen um weitere Mittel aus den öffentlichen Haushalten kommt dem Sponsoring als zivilgesellschaftlichem Engagement eine große Bedeutung zu. Die Erfahrung der BZgA mit »Public-Public-« und »Public Private-Partnership« sollten genutzt werden, um neue innovative Lösungen für die Finanzierung der Prävention als Gemeinschaftsaufgabe zu erproben. Unabhängig davon ist es nötig, dass eine Präventionsgesetzgebung die Finanzierung durch mehrere Sozialleistungsträger regelt und damit insgesamt eine solide und dauerhafte Handlungsgrundlage schafft.

Die Grundphilosophie der BZgA sollte sich auch in Zukunft nicht ändern. Die Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charter sollte weiterhin das Leitbild sein und ihr Selbstverständnis das einer Institution von New Public Health. Neue Entwicklungen werden sich an den Stärken der Institution BZgA und an den Aufgabenstellungen des Public Health-Sektors orientieren.

In der Entwicklung und Durchführung nationaler Programme, der bisherigen Hauptaufgabe der BZgA, werden die Kommunen als Orte des Gesundheitshandelns eine größere Rolle spielen. Ihre Unterstützung beim Aufbau von Präventionsangeboten wird fester Bestandteil der Aufklärungsstrategien und die Kampagenstrukturen werden. Mit Blick auf die Methodik wird die Arbeit in und mit den Lebenswelten an Bedeutung gewinnen. Eine Dominanz massenkommunikativer Aktivitäten wird weiterhin die Kampagnen bestimmen, die als schnelle Reaktion auf Bedrohungen der Gesundheit der Bevölkerung, z. B. Infektionsereignisse, eingesetzt werden. Inhaltlich wird die lebensphasenorientierte Arbeit an Gewicht gewinnen, mit einem besonderen Schwerpunkt bei der Gesundheitsförderung älterer Menschen (Sachverständigenrat 2009 b). Modifizierungen in den Kommunikationsstrategien werden folgen müssen.

Hinsichtlich der Koordinierung und Kooperation wird eine Erweiterung sichtbar, die über die bisherige Funktion innerhalb einzelner Präventionsfelder hinaus geht und die BZgA als zentralen Netzwerkknoten in der Entwicklung und Umsetzung einer nationalen Präventionsstrategie fordert. Ähnliche Tendenzen zeigen sich in der Qualitätssicherung und Evaluation. Auch hier werden die entwickelten Methoden und Verfahren nicht mehr nur ihre Anwendung innerhalb der BZgA-Programme finden. Die BZgA als Kompetenzzentrum des Bundes für Qualitätsentwicklung und Evaluation könnte entscheidend zur Evidenzbasierung der nationalen Präventionsstrategie beitragen. Die institutionelle und organisatorische Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung auf einer einheitlichen gesetzlichen Grundlage mit Anbindung an die parlamentarischen Kontroll- und Entscheidungsprozesse wird insgesamt die strategische Weiterentwicklung der BZgA bestimmen.

» Literatur

Bundesministerium des Innern (2011): Pressemitteilung vom 21.07.2011: Vierter Sponsoringbericht der Bundesregierung veröffentlicht. Berlin.

BZgA (Hg.) (2013): 10 Jahre Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« – Eine Zwischenbilanz. Köln.

Donabedian, A .(1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance. In: Qual Rev Bull 18, S. 356–360.

Gartner, A., Riessman, F. (1974): The Service Society and the Consumer Vangard. New York.

Gigerenzer, G. (2002/2003): Wie kommuniziert man Risiken? In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin 26, S. 13–22.

Haisch, J.; Weinkraut, R.; Wildner, M. (Hg.) (1999): Wörterbuch Public Health. Bern.

Lehmann, H.; Töppich, J. (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45, S. 234–239.

McGuire, W. J. (2001): Input and Output Variables Currently Promising for Constructing Persuasive Communication. In: Rice, R.; Atkin, C. (Hg.): Public Communication Campaigns. London und New Delhi, S. 22–48.

NZFH (Hg.) (2014): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln.

Pott, E. (2003): Strategien des sozialen Marketing. In: Schwartz, F. W. u. a. (Hg.): Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena.

Rogers, E. M. (1987): The Diffusion of Innovation Perspective. In: Weinstein, N. D. (Hg.): Taking Care, Understanding and Encouraging Self-protective Behavior. Cambridge, S. 79–94.

Rosenbrock, R. (1998): Wa(h)re Gesundheit. In: Roeßiger, S.; Merk, H. (Hg.) (1998): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Marburg.

Sachverständigenrat (2005): Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Koordination und Qualität im Gesundheitswesen«, Kapitel 4 »Strategien der Primärprävention«. Bundestagsdrucksache 15/5670.

Sachverständigenrat (2007a): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Kooperation und Verantwortung«, Kapitel 6.4.2 »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – der bundesweite Kooperationsverbund der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)«. Bundestagsrucksache 16/6339.

Sachverständigenrat (2007b): Kurzfassung Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Kooperation und Verantwortung« Kurzfassung, Kapitel 6. »Primärprävention in vulnerablen Gruppen«, Absatz Gesetzgebung, S. 100, www.svr-gesundheit.de [Zugriff 20.11.2014].

Sachverständigenrat (2009a): Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens«, Kapitel 3.3.4 »Zwischenfazit und Empfehlungen«, Pos. 279 Evaluation, S. 100. Bundestagsdrucksache 16/13770.

Sachverständigenrat (2009b): Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens«. Bundestagsdrucksache 16/13770.

Singhal, A.; Rogers, E. M. (1999): Entertainment – Education: A Communication Strategy For Social Change. Mahwah NJ/London.

Süssmuth, R. (1987): AIDS. Wege aus der Angst. Hamburg.

Töppich, J.; Christiansen, G.; Müller, W. (2001): Gib AIDS keine Chance – Public Health in Deutschland am Beispiel der AIDS-Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, S. 788–795.

Walter, U. u. a. (2012): Memorandum 1 – Forschungsförderung Prävention. In: Gesundheitswesen 2012, 74, S. 526–532.

WHO (1986): Ottawa Charter for health promotion. Online verfügbar: www.euro.who.int/de/publications/key-publications [Zugriff 20.11.2014].

Wilkening, W. (1981): Lebenszusammenhänge in der Gesundheitserziehung. Vortrag am 10.06.1981 in der Vortragsserie No. 3 am Ludwig Boltzmann Institut für Medizinsoziologie. Wien.

Wissenschaftsrat (2008): Wissenschaftspolitische Stellungnahme zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln . Drucksache 8480-08, Rostock, 08.05.2008.

Wissenschaftsrat (2012): Umsetzung der Empfehlungen aus der zurückliegenden Evaluation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. Drucksache 1841-12, Berlin 27.01 2012.

Posttraumatische (persönliche) Reifung aus der Perspektive der Resilienzforschung

Jürgen Bengel und Julian Mack

Einleitung

Obwohl seit den 1970er-Jahren versucht wird, die pathogenetische Betrachtungsweise auf Gesundheit und Krankheit um Aspekte der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung zu erweitern, zeichnet sich die aktuelle Ausrichtung von Forschung und Behandlung weiterhin durch eine Fokussierung auf Symptome und Störungen aus. Die Relevanz dieser angestrebten Erweiterung wird besonders vor dem Hintergrund der Behandlung traumaassoziierter Störungen evident. Während die Prävalenz für das Erleben eines traumatischen Ereignisses im Verlauf des Lebens auf 50 % bis 90 % geschätzt wird, entwickeln konservativen Schätzungen zufolge ungefähr drei Viertel der Betroffenen keine behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere Traumafolgestörung.

Die sich aufdrängende Frage, was Menschen trotz belastender Lebensereignisse gesund erhält, ist Gegenstand der Salutogenese – oder aktueller und allgemeiner formuliert – der Resilienzforschung. Inwieweit kritische oder traumatische Ereignisse sogar positive Veränderungen bei den Betroffenen anstoßen können, wird seit zwanzig Jahren unter dem Begriff der posttraumatischen persönlichen Reifung diskutiert. Die Bedeutung dieser Fragestellung für die Prävention und Gesundheitsförderung ist evident. Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist der Vergleich von Resilienz und posttraumatischer Reifung in der historischen Entwicklung und Konzeptualisierung sowie die Erörterung der Frage, inwieweit posttraumatische Reifung unter dem Stichwort Resilienz subsummiert werden kann.

Entstehungshintergrund der Resilienzforschung

Im Verlauf des letzten Jahrhunderts kam es im Bereich der Gesundheitswissenschaften zu einer Neuorientierung im Krankheitsverständnis. Somatische sowie psychische Symptome wurden zunächst durch das vorherrschende biomedizinische Krankheitsmodell (Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit) explizit über strukturelle und physiologische organische Defekte konzeptualisiert (Faltermaier 1994). Die Überarbeitung der Definition von Gesundheit (Zustand des vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens) durch die World Health Organization (WHO) im Jahre 1948 förderte im Verlauf der folgenden Jahrzehnte die Entwicklung des biopsychosozialen

Krankheitsmodells, welches sich primär durch die Integration psychosozialer Determinanten in das bestehende Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses auszeichnete (Engel 1979).

Das Konzept der Salutogenese (vgl. Antonovsky 1979) stellt wohl das prominenteste Beispiel dieser erweiterten Betrachtungsweise dar und kann als medizinisch-soziologische Antwort auf eine als reduktionistisch kritisierte Krankheitsauffassung verstanden werden. Abgesehen von der Erweiterung des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses um psychosoziale Faktoren, beschränkte sich der Wandel nicht nur auf eine perspektivische Verkehrung (von krank zu gesund), sondern implizierte zudem eine Abkehr vom dichotomen Krankheitsbegriff (Anwesenheit/Abwesenheit) zu Gunsten eines graduellen Gesundheitsverständnisses. Danach besitzt jede Person prinzipiell gesunde sowie kranke Anteile und kann dementsprechend auf einem Kontinuum von Gesundheit bzw. Wohlbefinden bis Krankheit bzw. Missempfinden verortet werden (Antonovsky 1989).

Die Resilienzforschung entstand vor diesem Hintergrund im Zeitraum der 1950er- bis 1970er-Jahre als Nebenprodukt entwicklungspsychologischer Untersuchungen an Kindern, welche trotz ungünstiger Entwicklungsbedingungen zu selbstständigen und erfolgreichen Erwachsenen heranwuchsen (vgl. Werner 1993; Rutter 2000). Während die Entwicklung der Resilienzforschung im Kinder- und Jugendbereich mit Bezug auf die jeweils prominenten Fragestellungen (Identifikation von Schutzfaktoren, Identifikation der Wirkmechanismen, Förderung von Resilienz) in drei Phasen eingeteilt werden kann (O'dougherty u. a. 2006), ist der Forschungsverlauf im Erwachsenenalter zeitlich weniger stark strukturiert. Derzeitig werden im Kontext der Resilienzforschung im Erwachsenenbereich unter anderem die Identifikation potentieller Schutzfaktoren, die allgemeine Entwicklung von Resilienz im Verlauf der Lebensspanne und die differenzielle Wirksamkeit einzelner Schutzfaktoren im Kontext spezifischer potentiell traumatischer Lebensereignisse bzw. chronischer Stressoren beforscht (Becker-Nehring u. a. 2012; Bengel und Lyssenko 2012).

» Entstehungshintergrund der Forschung zur posttraumatischen (persönlichen) Reifung

Der Gedanke, dass die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen in Wachstum oder Reifung resultieren kann, ist in religiösen und philosophischen Traditionen seit mehreren Jahrtausenden thematisiert worden (vgl. Tedeschi und Calhoun 2004; Joseph und Butler 2010; Tedeschi und McNally 2011). Vereinzelte psychologische Forschungsarbeiten in diesem Kontext wurden erstmals Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts registriert (Tedeschi und Calhoun 2004; Joseph und Butler 2010) und fallen somit in einen ähnlichen Zeitraum wie die Entstehung der Resilienzforschung. Im Gegensatz zur Erforschung der Resilienz begann die systematische Erforschung eines Wachstums nach kritischen Lebensereignissen erst in den 1980- bis 1990er-Jahren und befasste sich überwiegend mit Menschen im Erwachsenenalter. In den darauf folgenden zwei Jahrzehnten setzte sich der Begriff der posttraumatischen Reifung (englisch: posttraumatic growth) gegen eine Reihe konzeptionell ähnlicher Konstrukte durch (Joseph und Butler 2010).

Obwohl sich bisher keine systematische Arbeit mit der Entwicklung der Forschungsstruktur in diesem Bereich auseinandergesetzt hat, ist ein Trend erkennbar. Die ersten Arbeiten befassten sich

mit der Konzeptualisierung der posttraumatischen Reifung (Janoff-Bulman 2004; Tedeschi und Calhoun 2004; Tedeschi u. a. 2007; Wortman 2004), explorativen Untersuchungen in unterschiedlich traumatisierten Populationen und der Identifikation korrelativer Zusammenhänge zu bereits etablierten Konstrukten (Linley und Joseph 2004; Helgeson u. a. 2006; Barskova und Oesterreich 2009). Aktuell weitet sich das Interesse in bereits länger untersuchten Populationen (vgl. studentische Stichproben: Triplett u. a. 2012; Soldaten: Tedeschi und McNally 2011) zusätzlich auf die (empirische) Überprüfung ätiologischer Modelle (vgl. Joseph u. a. 2012; Triplett u. a. 2012; Groleau u. a. 2013) sowie die Entwicklung und Evaluation potentieller Förderungsmöglichkeiten von posttraumatischer Reifung (Zoellner u. a. 2011; Tedeschi und McNally 2011; Roepke 2014) aus.

» Konzeptualisierung und theoretische Fundierung der Resilienz

Unter dem Begriff Resilienz wird disziplinübergreifend die Toleranz oder Widerstandskraft von Systemen gegenüber Störungen verstanden. Im Kontext der psychologischen Forschung existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Konzeptualisierungen des Phänomens (Bengel und Lyssenko 2012). Wird der Umgang mit Stressoren in den Mittelpunkt der Definition gestellt (Lepore und Revenson 2006), so kann Resilienz entweder als Stressresistenz, schnelle Regenerationsfähigkeit oder Rekonfiguration aufgefasst werden. Unter Stressresistenz wird die anhaltende psychische Stabilität trotz Konfrontation mit Stressoren verstanden. Ein Individuum ist somit nur als resilient zu bezeichnen, wenn das psychische Funktionsniveau unter Belastung durchgängig erhalten bleibt (vgl. Bonanno 2004).

Die Idee, Resilienz als schnelle Regenerationsfähigkeit zu konzipieren, basiert auf dem Prinzip der Homöostase, der selbstregulativen Fähigkeit eines Systems zur mittel- und langfristigen Selbsterhaltung. Nach dieser Auffassung ist ein Individuum resilient, wenn nach einer kurzfristigen, stressorbedingten Belastungsphase eine Rückkehr zum vorherigen Funktionsniveau ohne größere Komplikationen erfolgt (vgl. Agaibi 2005).

Wird Resilienz als Rekonfiguration aufgefasst, liegt der Fokus verstärkt auf der langfristigen Anpassungsleistung. Insbesondere bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse kann die dauerhafte Veränderung zentraler Kognitionen und Verhaltensweisen zur Erhaltung der psychischen Funktionsfähigkeit notwendig sein. In diesem Kontext wäre ein Individuum resilient, falls im Verlauf der Verarbeitung eine angemessene Integration traumatischer Ereignisse in bestehende mentale Strukturen gelingt und so die psychische Funktionsfähigkeit wiedererlangt und optimiert wird (vgl. Walsh 2006).

Die Konzeptualisierung von Resilienz nach Zautra u. a. (2008) rückt hingegen die inhaltliche Zusammensetzung des Phänomens ins Zentrum des Interesses. Resilienz besteht dieser Forschungsgruppe zufolge zu einem Drittel aus einer Regenerationsfähigkeit und zu zwei Dritteln aus Nachhaltigkeit. Unter Nachhaltigkeit wird die Kraft oder Fähigkeit verstanden, unter extremer Belastung den Glauben an einen Sinn des Lebens sowie die Lebensfreude und -energie aufrechtzuerhalten (Zautra u. a. 2008). Neben der inhaltlichen Zusammensetzung erscheint es zudem relevant, ob Resilienz als stabile Eigenschaft(skonstellation) oder dynamischer Prozess aufgefasst werden soll. Im Rahmen der

Forschungstradition, welche Resilienz als relativ stabile Eigenschaftskonstellation auffasst, konnten eine Reihe protektiver Faktoren identifiziert werden (beispielsweise Selbstwirksamkeit, Extraversion, vgl. Fletcher und Sarkar 2013).

Die Auffassung von Resilienz als Prozess, die sich sowohl situationsabhängig, als auch im Verlauf des Lebens dynamisch verändert, bietet hingegen ein Erklärungspotential für die variierende Wirksamkeit verschiedener protektiver Faktoren in unterschiedlichen Lebenssituation (Fletcher und Sarkar 2013). Die Frage, inwieweit Resilienz eher als relativ stabile Konstellation verschiedener Eigenschaften oder als Prozess aufgefasst werden sollte (vgl. Windle 2011), kann aufgrund der bisherigen Datenlage nicht eindeutig beantwortet werden, da es sowohl Hinweise für die Stabilität als auch die Veränderbarkeit der Resilienz gibt. Vor dem Hintergrund einer potentiellen Beeinflussung und Förderung von Resilienz bleibt diese Thematik weiterhin prominent (Bengel und Lyssenko 2012). Eine weitere konzeptionelle Differenzierungsmöglichkeit betrifft die Verortung der Resilienz im zeitlichen Verlauf des Bewältigungsprozesses. Je nach Präferenz der beteiligten Forscher wird Resilienz als psychische Widerstandskraft bzw. Bündel an Schutzfaktoren oder Bewältigungsergebnis konzeptualisiert, was in tautologischen Schlüssen münden kann (Leipold und Greve 2009).

Das Ausmaß an unterschiedlichen Definitionen und Konzepten wurde bereits mehrfach kritisiert (vgl. Rutter 1999; Fletcher und Sarkar 2013) und führte einerseits zu der Überlegung, Resilienz als umfassendes Dachkonstrukt zu konzipieren, unter dem sämtliche Facetten der psychischen Widerstandskraft subsumiert werden könnten (Masten und Obradovic 2008), andererseits wurde versucht, die gemeinsamen Kernkonzepte aller Definitionen zu identifizieren (Adversity & Positive Adaption) (Fletcher und Sarkar 2013). Unter Widerstand, Widrigkeit (Adversity) werden sowohl alltägliche Belastungen, als auch traumatische Erfahrungen, also sämtliche Intensitätsgrade des Widerstands oder der Belastung, subsumiert. Die positive Anpassungsleistung (Positive Adaption) ist ebenfalls ein äußerst breites Konzept, welches in Bezug auf die Einzelsituation hinsichtlich der Intensität und Art der Belastung sowie der Lebenssituation und des Alters der betroffenen Person angepasst werden muss (Fletcher und Sarkar 2013).

Die Operationalisierung beider Kernkonzepte gestaltet sich im Kontext der Resilienzforschung im Erwachsenenalter schwierig. Während bei Kindern und Jugendlichen Adversity zumeist mittels Risikoindex (organische und psychosoziale Belastungen) und positive Adaption anhand des normativen motorischen, sprachlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklungsstands altersspezifisch operationalisiert wird (Laucht u. a. 1999), gibt es keine entsprechenden Konventionen in der Forschung zu Resilienz bei Erwachsenen. Wie bereits erwähnt, liegt der Fokus im Erwachsenenbereich sowohl auf der Untersuchung von chronisch widrigen Lebensbedingungen, als auch potentiell traumatischen Stressoren. Der Begriff »potentiell traumatisches Ereignis« (Bonanno 2004) umfasst sowohl kritische, als auch traumatische Ereignisse und berücksichtigt, dass nicht die objektive Intensität oder Dauer eines Ereignisses, sondern die subjektive Bewertung desselben für den Grad der Traumatisierung entscheidend ist. Die Strukturierung und Differenzierung der Resilienzforschung im Erwachsenenbereich anhand verschiedener Arten von Stressoren gestaltet sich entsprechend komplex. Ähnliches gilt für das zweite Kernkonzept, da positive Anpassungsleistung in Abhängigkeit von der jeweils genutzten Resilienzdefinition mittels verschiedenster Maße für physische und psychische Gesundheit operationalisiert werden kann und wird (Bengel und Lyssenko 2012).

Obgleich eine Vielzahl meist populationsspezifischer Theorien zur Resilienz existieren, können mehrere Gemeinsamkeiten identifiziert werden. Erstens fassen die meisten Theorien Resilienz als dynamischen Prozess auf, welcher im zeitlichen Verlauf starken Veränderungen unterliegen kann, zweitens wird von der Interaktion einer Vielzahl von intra-, interpersoneller sowie gesellschaftlicher Faktoren bei diesem Prozess ausgegangen. Die Unterschiede der Theorien bestehen hauptsächlich in der jeweiligen Gewichtung der einzelnen Faktoren (Fletcher und Sarkar 2013).

Eines der wenigen allgemeinen Resilienzmodelle ist das interdisziplinäre Meta-Modell der Resilienz (Richardson 2002), welches sowohl für Individuen, als auch Paare, Gruppen und Gemeinden gelten soll. Richardson geht in seinem Modell zunächst von einer biopsychospirituellen Homöostase aus, welche durch Stressoren negativer und positiver Valenz gestört wird, sobald dem Betroffenen nur unzureichende Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen. Diese Störung ist unvereinbar mit der bisherigen Weltsicht des Individuums, triggert primäre Emotionen (z. B. Angst, Verwunderung, Unsicherheit), welche die Introspektion anregen und mit zeitlicher Verzögerung einen (un)bewussten Integrationsprozess initiiert. Dieser Prozess kann in Wachstum oder Einsicht (Resilient Reintegration), Wiedererlangen der Homöostase (Reintegration back Tohomeostasis), bereichsspezifischen Verlust (Motivation, Hoffnung; reintegration with loss) oder einer allgemein dysfunktionalen Reintegration (destruktives Verhalten, Substanzkonsum; dysfunctional reintegration) enden. Die Störung des Gleichgewichts ist laut Modell und in Übereinstimmung mit den Kernkonzepten der Resilienz (Fletcher und Sarkar 2013) eine unverzichtbare Komponente zur Resilienzförderung, da sich aus dem Zustand der Homöostase keine Notwendigkeit für Verbesserung oder Wachstum ergibt (Richardson 2002).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Definition und Konzeptualisierung der Resilienz weiterhin eine große Heterogenität besteht, welche sowohl die vergleichende und integrative Betrachtung der verschiedenen empirischen Forschungsergebnisse, als auch die Bildung eines allgemeinen, populationsunspezifischen theoretischen Modells der Resilienz erschwert.

» Konzeptualisierung und theoretische Fundierung von posttraumatischer (persönlicher) Reifung

Der englische Ausdruck »posttraumatic growth« wurde 1996 von Tedeschi und Calhoun gewählt und im deutschen Sprachraum spätestens 2001 von Maercker als posttraumatische Reifung übersetzt und geprägt. Posttraumatische Reifung subsumiert alle subjektiv erlebten positiven Veränderungen, welche durch die kognitive und emotionale Verarbeitung traumatischer Ereignisse entstehen (Tedeschi und Calhoun 2004). Zunächst wurden aufgrund theoretischer Überlegungen und der Ergebnisse qualitativer Studien die drei Bereiche Veränderung in der Selbstwahrnehmung, interpersonelles Beziehungserleben und Lebensphilosophie oder Weltsicht identifiziert (Tedeschi und Calhoun 1996). Die empirische Überprüfung der angenommenen drei-faktoriellen Struktur mittels explorativer Faktorenanalyse resultierte in den folgenden fünf Faktoren.

– Eine verstärkte »Wertschätzung des Lebens«, welche sich zumeist in der Freude über Kleinig-

keiten oder wertvolle Momente äußert, denen vor der Traumatisierung keinerlei Beachtung geschenkt wurde.
- Die Dimension »Beziehung zu anderen« umfasst die Identifikation wertschätzender und stabiler sozialer Kontakte sowie ein intensiveres Beziehungserleben.
- Unter dem Erleben »neuer Möglichkeiten« wird zusammengefasst, dass traumatisierte Personen teilweise trotz objektiver Einschränkungen häufig von neuen Lebensformen, Arbeitstätigkeiten oder Hobbys berichten, welche ihnen vor den traumatischen Ereignissen nicht bewusst oder zugänglich waren.
- Die Dimension »persönliche Stärke« erfasst die paradoxe Tatsache, dass Betroffene häufig bei Konfrontation mit der eigenen Verletzlichkeit durch ihre eigene Stärke oder ihr Durchhaltevermögen überrascht werden.
- Die fünfte Dimension »religiöse und spirituelle Veränderung« erfasst sowohl eine stärkere Zuwendung zum Glauben, als auch ein gesteigertes Interesse an existenziellen Fragen (Tedeschi und Calhoun 2004; Bengel und Lyssenko 2012).

Analog zur Resilienzforschung gibt es unterschiedliche Auffassungen, inwieweit posttraumatische Reifung als Bewältigungsstrategie (vgl. Filipp 1999) oder Ergebnis von Bewältigungsbemühungen(vgl. Tedeschi und Calhoun 2004; Triplett u. a. 2012; Joseph u. a. 2012) konzeptualisiert werden soll. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint die Auffassung von posttraumatischer Reifung als Bewältigungsergebnis deutlich prominenter (Bengel und Lyssenko 2012). Im Gegensatz zur Resilienzforschung gibt es im Bereich der posttraumatischen Reifung eine Reihe allgemeiner theoretischer Überlegungen zur Entstehung des Phänomens (vgl. Janoff-Bulman 2004; Tedeschi und Calhoun 2004; Maercker und Zoellner 2004; Triplett u. a. 2012; Joseph u. a. 2012).

Im Rahmen dieser Arbeit ist keine umfassende Darstellung sämtlicher Aspekte möglich, sodass im Folgenden hauptsächlich die theoretischen Überlegungen von Tedeschi und Calhoun präsentiert und nur partiell durch weiterführende Überlegungen ergänzt werden. In Anlehnung an frühere Arbeiten (vgl. Janoff-Bulman1992) gehen Tedeschi und Calhoun davon aus, dass ein traumatisches Ereignis zur Erschütterung oder Zerstörung elementarer Annahmen und Überzeugungen (Schemata) des Betroffenen bezüglich der eigenen Person und Umwelt führt. Im Verlauf der emotionalen und kognitiven Verarbeitung kommt es im Rahmen der Entwicklung neuer zentraler Schemata zur Integration der ehemals schemainkongruenten traumatischen Erfahrungen. Die neu entstandenen Schemata sind durch diese Integration gegen zukünftige Erschütterungen ähnlicher Art robuster und begünstigen Wachstum oder Reifung (Tedeschi und Calhoun 2004).

Es wird angenommen, dass der Integrationsprozess im Kontext der wiederholten gedanklichen Beschäftigung entweder durch die akkommodative Anpassung der Schemata bezüglich der eigenen Personen und Umwelt an die Realität oder durch die Assimilation der Ereignisses in die existierenden kognitiven Strukturen voranschreitet (Janoff-Bulman 1992). Hierbei wird zwischen bewusster, intentionaler Auseinandersetzung und intrusivem Grübeln differenziert (Cann u. a. 2011). Intrusive gedankliche Beschäftigung mit einem traumatischen Ereignis scheint unmittelbar nach der Traumatisierung eine natürliche Form der Auseinandersetzung darzustellen (ebd.) und ist schon alleine aufgrund konzeptueller Überschneidungen mit posttraumatischen Stresssymptomen assoziiert (Taku u. a. 2008).

Die automatische gedankliche Beschäftigung mit der Thematik scheint nicht konstruktiv, kann aber die bewusste, intentionale Auseinandersetzung mit

dem Ereignis initiieren, fördern und bestenfalls von dieser im Verlauf der Verarbeitung abgelöst werden. Im Rahmen der intentionalen Auseinandersetzung versucht der Betroffene das Erlebte einzuordnen, darin einen Sinn zu finden und in seine Lebensgeschichte zu integrieren. Es gibt Hinweise darauf, dass die intentionale Auseinandersetzung die Entwicklung posttraumatischer Reifung fördert (Triplett u. a. 2012).

Die konzeptionelle Differenzierung zwischen bewusster, intentionaler Auseinandersetzung und intrusivem Grübeln sowie die Annahme, dass diese zeitgleich auftreten können, bietet eine Erklärungsmöglichkeit für die partiell inkonsistenten Befunde bezüglich des Zusammenhangs zwischen posttraumatischer Reifung und verschiedener Indikatoren der physischen (z. B. Schmerz) und psychischen (z. B. Depression) Gesundheit (vgl. Helgeson u. a. 2006; Barskova und Oesterreich, 2009). Zöllner u. a. (2008) bieten durch die Ausdifferenzierung des ursprünglichen Konstrukts in eine illusionäre und eine konstruktive Reifung einen alternativen Erklärungsansatz für inkonsistente Befunde. Laut den Autoren ist die illusionäre Komponente negativ und der konstruktive Anteil positiv mit Indikatoren der psychischen und physischen Gesundheit assoziiert. Anzumerken bleibt, dass die illusionäre Reifung nur im langfristigen Kontext als dysfunktional zu bezeichnen ist und unmittelbar nach dem Trauma durchaus funktional als Entlastung oder Coping verstanden werden kann (ebd.). Im Gegensatz zur Resilienz herrscht bezüglich der Definition und Konzeption der posttraumatischen Reifung weitgehend Einigkeit bzw. sind unterschiedliche Ansichten kompatibel.

» Überschneidungen und Unterschiede

Die beschriebenen Konstrukte werden unterschiedlich konzeptualisiert. Einzelne Forscher tendieren dazu, Resilienz als Disposition (Taku 2014) oder als Abwesenheit posttraumatischer Stresssymptome nach potentiell traumatischen Ereignissen (Levine u. a. 2009) aufzufassen. Diese Operationalisierungen ermöglichen eine deutliche Differenzierung zwischen den Konstrukten ebenso wie die Konzeptualisierungen von Resilienz als Stressresistenz oder schnelle Regenerationsfähigkeit, da sie mit den ätiologischen Überzeugungen bezüglich der Entstehung von posttraumatischer Reifung nicht vereinbar sind. Wird Resilienz hingegen als langfristige kognitiv-emotionale Umstrukturierung (Rekonfiguration) aufgefasst, welche in einer Verbesserung des prätraumatischen Funktionsniveaus resultiert, so gestaltet sich eine Abgrenzung zur posttraumatischen Reifung schwierig (Bengel und Lyssenko 2012). Betrachtet man statt der verschiedenen Definitionen explizit die beiden Kernkonzepte der Resilienz (Adversity; Positive Adaption), so kann posttraumatische Reifung ebenfalls als Resilienz verstanden werden.

Eine Abgrenzung anhand der subjektiven Intensität der Belastung (traumatisch versus alltägliche und kritische Lebensereignisse) ist aufgrund der Relevanz der subjektiven Bewertung eines Ereignisses objektiv kaum möglich. Dieser fließende Übergang zwischen traumatischen und kritischen Lebensereignissen wird ebenfalls an Untersuchungen ersichtlich, welche ungeachtet der konzeptuellen Schwierigkeiten posttraumatische Reifung an (chronisch) belasteten Personen (vgl. Dolbier u. a. 2010; Taku 2014) erforschen. Ein weiterer Aspekt, welcher zur Differenzierung zunächst geeignet

scheint, ist die unterschiedliche Fokussierung (Lepore und Revenson 2006).

Forschung zur posttraumatischen Reifung untersucht explizit die positiven Auswirkungen der Verarbeitung traumatischer Ereignisse, obgleich die negativen Auswirkungen nicht geleugnet und sogar im Rahmen der theoretischen Erklärungen integriert werden (vgl. Zoellner u. a. 2008; Triplett u. a. 2012). Arbeiten aus der Resilienzforschung sollten hingegen sowohl positive als auch negative Auswirkungen gleichwertig Beachtung schenken, obwohl auch hier Arbeiten zu positiven Entwicklungen überwiegen (Bengel und Lyssenko 2012).

Auch die allgemeinen ätiologischen Modelle ähneln sich stark. Eine mögliche konzeptionelle Trennung betrifft die zeitliche Verortung der Konstrukte im Verlauf des Bewältigungsprozesses. Resilienz als dynamischer Prozess (oder auch Eigenschaftskonstellation), welche primär die erste Bewertung des Ereignisses betrifft sowie den Einsatz der (dys)funktionalen Bewältigungsstrategien initiiert (Fletcher und Sarkar 2013) und posttraumatische Reifung als ein potentielles Outcome dieser Belastungsbewältigung (vgl. Tedeschi und Calhoun 2004; Zoellner u. a. 2008).

Betrachtet man das Leben im Kontext der Lebensspanne als eine Vielzahl aufeinander folgender Bewältigungsepisoden, so bietet diese Perspektive neben der Differenzierung der Konstrukte zudem Erklärungspotential für die Zusammenhänge und Überschneidungen. Einerseits beeinflusst die graduelle Ausprägung der Resilienz, inwieweit ein potentiell traumatisches Ereignis bedrohlich wahrgenommen wird und somit eine Erschütterung oder gar Zerstörung elementarer Schemata darstellt. In diesem Kontext wird ein kurvilinearer Zusammenhang vermutet, sodass bei extrem stark/gering ausgeprägter Resilienz keine oder eine zu starke Schädigung der elementaren Schemata für die Entwicklung von posttraumatischer Reifung entsteht (vgl. Westphal und Bonanno 2007; Levine u. a. 2009). Andererseits könnte die posttraumatische Reifung ihrerseits im Rahmen der langfristigen kognitiven Veränderung durch Integration der traumaspezifischen Aspekte die Resilienz vor dem Hintergrund weiterer Belastungsepisoden positiv beeinflussen (Janoff-Bulman 2006).

» Förderung von Resilienz und posttraumatischer Reifung

Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung werden nach der Zielgröße (Verhaltens- versus Verhältnisprävention), der Risikobelastung der Zielgruppe (universelle, selektive oder indizierte Maßnahmen) und der Spezifität der Maßnahmen (spezifisch versus unspezifisch) klassifiziert. Eine Stärkung von Resilienz und Schutzfaktoren ist prinzipiell auf jeder dieser Betrachtungsebenen möglich. Obwohl die Forschung zu Resilienz und Schutzfaktoren noch nicht zu allen Faktoren hinreichende Belege und empirische Daten liefern kann, bieten die Befunde Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und Programme zur Stärkung von Schutzfaktoren. Inzwischen liegt eine nicht mehr überschaubare Zahl von Interventionen zur Steigerung der Resilienz vor.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat sich früh und konsequent um eine kritische Bewertung des Forschungsstands bemüht und ihn für die Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung aufbereitet (Bengel u. a. 2000; Bengel u. a. 2009; Bengel und Lyssenko 2012). Sie hat daneben auch verschiedene Programme zur Steigerung von Resilienz entwickelt und evaluiert.

Die Integration der primärpräventiven Resilienzförderung in die Praxis der Gesundheitsförderung erfolgt beispielsweise mit dem Ziel der Stärkung von Strategien zur Bewältigung von Lebensaufgaben wie Berufswahl und -einstieg, die bei anhaltendem Misserfolg subjektiv als sehr belastend erlebt werden können.

Das Projekt »Komm auf Tour – meine Stärken, meine Zukunft« (BZgA 2014a) setzt erlebnis- und handlungsorientierte Impulse, Schülerinnen und Schüler der Klassen 7 und 8 primär an Haupt-, Gesamt- und Förderschulen bzw. vergleichbaren Schulformen frühzeitig und geschlechtersensibel in ihrer Berufsorientierung und Lebensplanung zu unterstützen. Weitere Angebote der BZgA betreffen beispielsweise die Arbeitsbereiche Kindergesundheit (Elternkompetenzen fördern: BZgA 2014b), Gesundheit und Schule (Sozialverhalten fördern: BZgA 2014c; Kahlert und Sigel 2002), »Ernährung, Bewegung, Stressregulation: GUT DRAUF« (BZgA 2014c; 2014d), Prävention von Essstörungen und Suchtprävention (»Kinder stark machen«: BZgA 2013).

Im Gegensatz zu Förderprogrammen der Resilienz sind die meisten Interventionen zur Förderung von posttraumatischer Reifung im Kontext der Prävention aufgrund ihres posttraumatischen Ansatzes bei den selektiven bzw. den sekundärpräventiven Programmen zu verorten (siehe Roepke 2014). Eine der wenigen primärpräventiven Interventionen zur Förderung posttraumatischer Reifung stellt das »Comprehensive Soldier Fitness Program« der amerikanischen Armee dar, welches Soldaten zur Optimierung der psychischen und emotionalen Fitness vor ihren Einsätzen absolvieren sollen (Tedeschi und McNally 2011). Das »Trauma Resilience Training« (Arnetz u. a. 2009) ist ein vergleichbares primärpräventives zielgruppenspezifisches Programm zur Resilienzförderung für Polizeianwärter.

Die vorliegenden sekundärpräventiven spezifischen Interventionen zur Förderung von posttraumatischer Reifung basieren auf unterschiedlichen theoretischen Konzeptionen und integrieren eine Vielzahl differenter Komponenten. Die Gruppenintervention »Spiritual Integrative Therapy« subsummiert Aspekte der Emotionsregulation und Achtsamkeit und fokussiert auf die existenziellen und spirituellen Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs (Garlick u. a. 2011). Im »Life Tape Projekt« wird versucht, Krebserkrankten sowie den Angehörigen durch semistrukturierte Interviews zu den Themen Weisheit, sozialer Einfluss und der eigenen Lebensgeschichte bei der Sinnfindung zu helfen (Garlan u. a. 2010). Die Intervention »Transforming Lives Through Resilience Education« versucht mittels Psychoedukation, kognitiver Umstrukturierung sowie der Thematisierung persönlicher Verantwortung und der Rolle sozialer Unterstützung stress-related-growth (mittels posttraumatic growth inventory) (Tedeschi und Calhoun 1996) operationalisiert zu fördern (Dolbier u. a. 2010).

Die selektive Auswahl von Interventionen zeigt, dass eine eindeutige Differenzierung der Ansätze nach Förderung der Resilienz und der posttraumatischen Reifung in der Primärprävention kaum möglich ist. Die vorliegenden Programme zur Steigerung von posttraumatischer Reifung lassen sich auch unter Förderung der Resilienz subsummieren. Interventionen zur Förderung von posttraumatischer Reifung können hauptsächlich als sekundärpräventive Programme in der Prävention und Gesundheitsförderung verortet werden und tragen trotz konzeptueller Überschneidungen mit Resilienz sowohl zur weiteren Erforschung der Trauma- und Belastungsfolgen, als auch zur Entwicklung von Interventionen bei. Auch wenn weiter an der konzeptionell-theoretischen wie empirischen Fundierung und Differenzierung der Konstrukte gearbeitet werden muss, stellt diese Diskussion einen

wertvollen Impuls für die Neu- und Weiterentwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention dar.

Literatur

Agaibi, C. E. (2005): Trauma, PTSD and resilience: A review of the literature. In: Trauma, Violence & Abuse, 6(3), S. 195–216.

Antonovsky, A. (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. In: Meducs, 2, S. 51–57.

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. San Francisco.

Arnetz, B. B.; Nevedal, D. C.; Lumley, M. A.; Backman, L.; Lublin, A. (2009): Trauma resilience training for police: Psychophysiological and performance effects. In: Journal of Police and Criminal Psychology, 24(1), S. 1–9.

Barskova, T.; Oesterreich, R. (2009): Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. In: Disability & Rehabilitation, 31(21), S. 1709–1733.

Becker-Nehring, K.; Witschen; Bengel, J. (2012): Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen: Ein systematischer Review. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 41, S. 148–165.

Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 43. Köln (BZgA).

Bengel, J.; Meinders-Lücking, F.; Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren von Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 35. Köln (BzgA).

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2000): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert (5. Auflage). Köln (BZgA).

Bonanno, G. A. (2004): Loss, Trauma and Human Resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? In: American Psychologist, 59(1), S. 20–28.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Essstörungen vorbeugen. Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit. Online verfügbar: www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=165 [Zugriff 05.12.2014].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014a): Komm auf Tour – meine Stärken, meine Zukunft. Online verfügbar: www.komm-auf-tour.de/projekt/projekttraeger [Zugriff 05.12.2014].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014b): Wie Eltern ihre Kinder unterstützen können, stark zu werden. Online verfügbar: www.kinderstarkmachen.de/suchtvorbeugung/eltern/wie-eltern-kinder-stark-machen.html [Zugriff 05.12.2014].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014c): Gesundheit von Kindern fördern. Online verfügbar: www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/hintergruende-grundlagen/gesundheitsfoerderung [Zugriff 05.12.2014].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014d): Die wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen von Gut-Drauf. Online verfügbar: www.gutdrauf.net/index.php?id=grundlagen [Zugriff 05.12.2014].

Calhoun, L. G.; Tedeschi, R. G. (Hg.) (2006): Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. Mahwah, N.J.

Cann, A.; Calhoun, L. G.; Tedeschi, R. G.; Triplett, K. N.; Vishnevsky, T.; Lindstrom, C. M. (2011): Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. In: Anxiety, Stress, and Coping, 24(2), S. 137–156.

Dolbier, C. L.; Jaggars, S. S.; Steinhardt, M. A. (2010): Stress-related growth: Pre-intervention correlates and change following a resilience intervention. In: Stress and Health, 26(2), S. 135–147.

Engel, G. H. (1979): Die Notwendigkeit eines medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hg.): Fortschritte der klinischen Psychologie. Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. München, S. 63–86.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim.

Filipp, S.-H. (1999): A three-stage model of coping with loss and trauma. In: Maercker, A.; Schützwohl, M.; Solomon, Z. (Hg): Posttraumatic stress disorders. A lifespan developmental perspective. Seattle, S. 43–78.

Fletcher, D.; Sarkar, M. (2013): Psychological Resilience. In: European Psychologist, 18(1), S. 12–23.

Frazier, P.; Tennen, H.; Gavian, M.; Park, C.; Tomich, P.; Tashiro, T. (2009): Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? In: Psychological Science, 20(7), S. 912–919.

Garlan, R. W.; Butler, L. D.; Rosenbaum, E.; Siegel, A.; Spiegel, D. (2010): Perceived Benefits and Psychosocial Outcomes of a Brief Existential Family Intervention for Cancer Patients/Survivors. In: OMEGA – Journal of Death and Dying, 62(3), S. 243–268.

Garlick, M.; Wall, K.; Corwin, D.; Koopman, C. (2011): Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. In: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 18(1), S. 78–90.

Goldstein, S.; Brooks, R. B. (Hg.) (2006): Handbook of resilience in children. New York.

Groleau, J. M.; Calhoun, L. G.; Cann, A.; Tedeschi, R. G. (2013): The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. In: Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5(5), S. 477–483.

Helgeson, V. S.; Reynolds, K. A.; Tomich, P. L. (2006): A meta-analytic review of benefit finding and growth. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(5), S. 797–816.

Janoff-Bulman, R. (2004): Posttraumatic Growth: Three explanatory models. In: Psychological Inquiry, 1(15), S. 30–34.

Janoff-Bulman, R. (2006): Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In: Calhoun, L. G.; Tedeschi, R. G. (Hg.): Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Mahwah: Laurence Erlbaum, S. 81–99.

Janoff-Bulman, R. (1992): Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York.

Joseph, S.; Butler, L. D. (2010): Positive changes following adversity. In: PTSD Research Quarterly, 3(21), S. 1–8.

Joseph, S.; Murphy, D.; Regel, S. (2012): An affective-cognitive processing model of Post-Traumatic Growth. In: Clinical Psychology & Psychotherapy, 19(4), S. 316–325.

Kahlert, J.; Sigel, R. (2002): Achtsamkeit und Anerkennung. Informationen und Bausteine zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule. Köln (BZgA).

Keupp, H. (Hg.) (1979): Fortschritte der klinischen Psychologie. Normalität und Abweichung: Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. München.

Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H. (1999): Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: Opp, G.; Arens, D. (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 71–93.

Leipold, B.; Greve, W. (2009): Resilience. In: European Psychologist, 14(1), S. 40–50.

Lepore, S. F.; Revenson, T. A. (2006): Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance and reconfiguration. In: Calhoun, L. G.; Tedeschi, R. G. (Hg.): Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Mahwah: Lawrence Erlbaum, S. 24–46.

Levine, S. Z.; Laufer, A.; Stein, E.; Hamama-Raz, Y.; Solomon, Z. (2009): Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. In: Journal of Traumatic Stress, 22(4), S. 282–286.

Linley, P. A.; Joseph, S. (2004): Positive change following trauma and adversity: A review. In: Journal of Traumatic Stress, 17(1), S. 11–21.

Maercker, A.; Langner, R. (2001): Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata. In: Diagnostica, 47(3), S. 153–162.

Maercker, A.; Schützwohl, M.; Solomon, Z. (Hg.) (1999): Posttraumatic stress disorders: A lifespan developmental perspective. Seattle, WA.

Maercker, A.; Zoellner, T. (2004): The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component Model of Posttraumatic Growth. In: Psychological Inquiry, 15(1), S. 41–48.

Masten, A. S.; Obradovic, J. (2008): Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. In: Ecology and Society, 1(13), S. 9.

Masten, A. S. (2001): Ordinary magic: Resilience processes in development. In: American Psychologist, 56(3), S. 227–238.

Nelson, S. D. (2011): The posttraumatic growth path: An emerging model for prevention and treatment of trauma-related behavioral health conditions. In: Journal of Psychotherapy Integration, 21(1), S. 1–42.

O'dougherty Wright, M.; Masten, A. S. (2006): Resilience processes in development: Fostering positive adaption in the context of adversity. In: Goldstein, S.; Brooks, R. B. (Hg.): Handbook of resilience in children. New York, S. 17–37.

Opp, G.; Arens, D. (Hg.) (1999): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München.

Richardson, G. E. (2002): The metatheory of resilience and resiliency. In: Journal of Clinical Psychology, 58(3), S. 307–321.

Roepke, A. M. (2014): Psychosocial interventions and Posttraumatic Growth: A meta-analysis. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, S. 1–14.

Rutter, M. (2000): Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff, J. P.; Meisels, S. J. (Hg.): Handbook of early childhood intervention (2nd ed.). Cambridge [England], New York S. 651–682.

Rutter, M. (1999): Resilience as the Millennium Rorschach: Response to Smith and Gorell Barnes. In: Journal of Family Therapy, 21(2), S. 159–160.

Shonkoff, J. P.; Meisels, S. J. (Hg.) (2000): Handbook of early childhood intervention (2nd ed). Cambridge [England], New York.

Singer, S.; Gotze, H.; Buttstadt, M.; Ziegler, C.; Richter, R.; Brown, A.; Niederwieser, D.; Dorst, J.; Jäkel, N.; Geue, K. (2013): A non-randomised trial of an art therapy intervention for patients with haematological malignancies to support post-traumatic growth. In: Journal of Health Psychology, 18(7), S. 939–949.

Taku, K. (2014): Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. In: Personality and Individual Differences, 59, S. 120–123.

Taku, K.; Calhoun, L. G.; Cann, A.; Tedeschi, R. G. (2008): The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. In: Death Studies, 32(5), S. 428–444.

Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. In: Journal of Traumatic Stress, 9(3), S. 455–471.

Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. In: Psychological Inquiry, 15(1), S. 1–18.

Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G., Cann, A. (2007): Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding Posttraumatic Growth. In: Applied Psychology, 56(3), S. 396–406.

Tedeschi, R. G.; McNally, R. J. (2011): Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? In: American Psychologist, 66(1), S. 19–24.

Triplett, K. N.; Tedeschi, R. G.; Cann, A.; Calhoun, L. G.; Reeve, C. L. (2012): Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. In: Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 4(4), S. 400–410.

Victoria Cerezo, M.; Ortiz-Tallo, M.; Cardenal, V.; De La Torre-Luque, A. (2014): Positive psychology group intervention for breast cancer patients: A randomized trial. In: Psychological Reports, 115(1), S. 44–64.

Walsh, F. (2006): Strengthening family resilience (2nd ed). New York.

Werner, E. E. (1993): Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. In: Development and Psychopathology, 5(04), S. 503.

Westphal, M.; Bonanno, G. A. (2007): Posttraumatic Growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? In: Applied Psychology, 56(3), S. 417–427.

Windle, G. (2011): What is resilience? A review and concept analysis. In: Reviews in Clinical Gerontology, 21(02), S. 152–169.

Wittmann, L.; Büchi, S. (2010): Personal transformation in chronic physical disease: Conceptual limitations of the posttraumatic growth construct. In: Psihologija, 43(4), S. 375–388.

World Health Organization(1948): Präambel zur Satzung. Genf (WHO).

Wortman, C. B. (2004): Posttraumatic Growth: Progress and Problems. In: Psychological Inquiry, 1(15), S. 81–90.

Zautra, A.; Hall, J.; Murray, K.; the Resilience Solutions Group (2008): Resilience: A new integrative approach to health and mental health research. In: Health Psychology Review, 2(1), S. 41–64.

Zoellner, T.; Maercker, A. (2006): Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. In: Clinical Psychology Review, 26(5), S. 626–653.

Zoellner, T.; Rabe, S.; Karl, A.; Maercker, A. (2008): Posttraumatic growth in accident survivors: openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. In: Journal of Clinical Psychology, 64(3), S. 245–263.

Zoellner, T.; Rabe, S.; Karl, A.; Maercker, A. (2011): Post-traumatic growth as outcome of a cognitive-behavioural therapy trial for motor vehicle accident survivors with PTSD. In: Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84(2), S. 201–213.

Sexualaufklärung und Familienplanung als Prävention im Feld reproduktiver Gesundheit: Die Bedeutung der Genderperspektive

Cornelia Helfferich

Die Abteilung »Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die Aufgabe, ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten vorzubeugen und leistet Prävention im Feld reproduktiver Gesundheit. Sie nimmt innerhalb der BZgA eine gewisse Sonderrolle ein: Sie ist von der ministeriellen Zuordnung nicht nur der »Gesundheit« (dem Bundesministerium für Gesundheit), sondern auch der »Familie« zugeordnet (Fachaufsicht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Das Tätigkeitsfeld der Abteilung ist zudem an der Schnittstelle unterschiedlicher politischer Diskursfelder angesiedelt: Erstens ist sie Teil der in internationalen Verpflichtungen definierten Aufgabe der Sicherung reproduktiver Rechte (WHO 2001) und der Antidiskriminierung, zweitens hat der Aspekt der Familienplanung im Zusammenhang mit den niedrigen Geburtenraten und dem demografischen Wandel eine neue, hohe Aktualität gewonnen, und drittens betrifft die Prävention im Sinn von Sexualaufklärung das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit. Die Geschichte der Abteilung ist eng verbunden mit der Auseinandersetzung um den gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen. In jedem dieser Felder bedeutet Geschlecht etwas anderes und wird anders konzeptualisiert; zusammengenommen ergibt sich daraus ein differenzierter und bereichsspezifischer Bezug auf Genderaspekte bei der Prävention.

Der Artikel stellt als erste Geschlechterperspektive den Blick auf die Frau als Schwangere in den Fokus. Dieser Blick ist zu finden bei Fragen des Schwangerschaftsabbruchs, der Gesundheit in der Schwangerschaft und der Notlagen von Schwangeren. Ein zweiter Blick verbindet die Genderperspektive mit der Diskussion um die Vielfalt sexueller Orientierungen. Diese Öffnung von eng definierten Verhaltenserwartungen, was Frauen und Männer sind und was sie zu tun und zu lassen haben, wurde international unter dem Stichwort der Antidiskriminierung geführt. Sie wird in den Konzepten der Sexualaufklärung reflektiert und um einen pragmatischen Bezug auf die Lebensweisen der Adressaten und Adressatinnen ergänzt, die selbst eigene Vorstellungen von Geschlechterdifferenz haben. Ausführlich wird auf eine dritte Genderperspektive eingegangen, die theoretisch vor allem im Zusammenhang mit den Forschungen zu Familienplanung im Lebenslauf ausgearbeitet wurde: Familienplanung ist biografisches Handeln in spezifischen Geschlechterbeziehungen, die die Voraussetzungen und Rahmung des Handelns darstellen, gleichzeitig werden mit Familienplanung Geschlechterbeziehungen mit mehr oder weniger Egalität oder (hierarchischer) Differenz gestaltet. Der Beitrag schließt mit einer Bilanz.

» Geschlechterperspektive bei Schwangerschaftsabbruch und Geburt: Die Frau als Schwangere und die biologische (und historische) Geschlechterdifferenz

Die Abteilung »Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung« wurde 1992 gegründet, um den in §1 des damaligen »Gesetzes über Aufklärung, Verhütung, Familienplanung und Beratung« (besser bekannt unter dem 1995 veränderten Titel »Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten«) formulierten gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Der Auftrag beinhaltet in §1, Abs. 1 und 2 die Erstellung von »Konzepte(n) zur Sexualaufklärung, jeweils abgestimmt auf die verschiedenen Alters- und Personengruppen« und die Verbreitung von »bundeseinheitlichen Aufklärungsmaterialien, in denen Verhütungsmethoden und Verhütungsmittel umfassend dargestellt werden« zum Zweck »der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten«. Der Gesetzestext war Teil eines gesellschaftlichen Kompromisses, der nach dem Fall der Mauer und dem Zusammentreffen unterschiedlicher rechtlicher Regelungen für Schwangerschaftsabbrüche in der DDR und der BRD neu justiert werden musste. Die Strafbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen wurde aufrechterhalten, gleichwohl wurden Bedingungen für Ausnahmen formuliert und die Prävention von ungewollten Schwangerschaften als gesellschaftliche Verpflichtung begriffen.

Ebenso wie bei der vertraulichen Geburt ist die Geschlechterperspektive hier von dem biologischen Geschlechterunterschied bestimmt: »Schwangere« und »Gebärende« können nur weiblich sein. Geburten ebenso wie Schwangerschaftsabbrüche betreffen den Körper der Frau. Ein Kind wächst in ihrem Körper heran und verändert ihr Leben gravierend. Die biologischen Gegebenheiten, aber auch die Geschichte der ungewollten Schwangerschaften als soziales Phänomen machen verständlich, warum sich der Blick ausschließlich auf die Frau richtete und den Mann, der die Frau geschwängert hatte, nicht einbezog. Historisch wurde im 19. bis ins 20. Jahrhundert hinein in der bürgerlichen Gesellschaft vorausgesetzt, dass eheliche Kinder nicht ungewollt sind. Die ungewollte Schwangerschaft wurde als illegitime Schwangerschaft lediger, unsittlicher Frauen konstruiert – was faktisch keineswegs allgemein zutraf. Die ledige Mutter war gesellschaftlich geächtet, und das Kind galt als mit dem Erzeuger rechtlich nicht verwandt, sodass für das Kind weder Unterhalts- noch Erbschaftsansprüche geltend gemacht werden konnten (Buske 2004; Limbach 1988 zum Nichtehelichenrecht). Es gab also in dem Sinn keinen relevanten und verbindlichen rechtlichen Vaterschaftsstatus bei nichtehelichen Kindern.

Hier lassen sich gravierende soziale Veränderungen feststellen. Auf der einen Seite sind der Anspruch der Selbstbestimmung von Frauen über ihre Reproduktion bzw. zumindest die Ablehnung einer Fremdbestimmung über den Körper der Frau heute Konsens: Über Schwangerschaften kann nicht gegen die Frau entschieden werden. Auf der anderen Seite hat sich das rechtliche und soziale Verhältnis von Vätern zu ihren nicht ehelichen Kindern gravierend verändert; Vätern wurden in ihrer Rolle als Väter Rechte und Pflichten zugesprochen. Wenn der Blick heute sich weiterhin vor allem auf die Frau richtet, dann – außer wegen des biologischen Unterschieds der Gebärfähigkeit – deshalb, weil ein sozialer Unterschied zwischen den Geschlechtern weiterhin besteht: Die primäre Verantwortung für das Aufziehen eines Kindes vor allem bei einer un-

gewollt eingetretenen, ausgetragenen Schwangerschaft liegt immer noch bei der Frau. Maßnahmen zur Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten und insbesondere Hilfen für Schwangere in Notlagen wie die Regelungen der vertraulichen Geburt richten sich daher weiter vornehmlich an Frauen. Je nach Kontext wird aber mehr oder weniger stark ein Einbezug der Männer gewünscht.

Wenn der Fokus geweitet wird und diese Notlagen und Konflikte bei ungewollten Schwangerschaften im Zusammenhang mit Familienplanung im Lebenslauf betrachtet werden, eröffnet sich eine neue Geschlechterperspektive, die sich auf die Beziehungskonfiguration von Frauen und Männern richtet (bzw. allgemeiner: Eine Konfiguration, für die das Geschlecht der Beteiligten relevant ist). Ungewollte Schwangerschaften lassen sich dann als biografische Ereignisse verstehen, die in einer Zweierbeziehung als eine solche Konfiguration eingetreten sind und in diesem Kontext auch bewältigt werden müssen. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die soziale Bedeutung von Weiblichkeit und Mütterlichkeit, Männlichkeit und Väterlichkeit bestimmen, welche Voraussetzungen und welche Folgen eine ungewollte Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes für die beiden Beteiligten und die Beziehung zwischen ihnen haben.

» Die Geschlechterperspektiven der Sexualaufklärung: Erosion und Reproduktion der Geschlechterdifferenz

Ein Eckpunkt der Geschlechterperspektive im Bereich der Sexualaufklärung ist die Definition sexueller Gesundheit durch die WHO. Diese Definition zielt auf die Fähigkeit von Menschen, ein verantwortliches, befriedigendes und geschütztes Sexualleben (»responsible, satisfying and safe sex life«) zu führen (Helfferich 2013, S. 192). »Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.« (WHO o. J.) Diese Definition bleibt als internationales Konsensdokument, das die Staaten zur Umsetzung verpflichtet, zwangsläufig unkonkret. Thoss (2013, S. 533) berichtet von den »erbitterten Auseinandersetzungen« über die konkrete Füllung dieser Definition. In Deutschland entwickelte die BZgA in Abstimmung mit den Bundesländern ein auf Befähigung setzendes Konzept der Sexualaufklärung, bei dem die direktive Vermittlung normativer Bewertungen von sexuellen Lebensstilen und Orientierungen zurücktritt hinter die Stärkung der eigenen Kompetenz der Adressaten, angemessene und im Sinne der Definition der WHO »gesunde« sexuelle Lebensstile herauszubilden (BZgA 1994, S. 8).

Ein weiterer Eckpfeiler der Sexualpädagogik sind die EU-Antidiskriminierungsrichtlinien, die zu einer Bekämpfung der Diskriminierungen verpflichten. Die Diskriminierung kann unterschiedliche Gründe haben. Explizit erwähnt wird unter anderem die sexuelle Orientierung (Richtung des Begehrens) als Diskriminierungsgrund. Zu ergänzen wäre eine sexuelle Identität, die nicht eindeutig einer der beiden Geschlechterkategorien »weiblich« oder »männlich« zuzuordnen ist (z. B. eine Transgenderidentität). Menschen mit homosexuellen Orientierungen werden in einigen gesellschaftlichen Bereichen weiterhin diskriminiert und ausgegrenzt, trotz aller Erfolge bei der Entkriminalisierung und

Enttabuisierung gleichgeschlechtlicher Lebensweisen. Das Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der BZgA nimmt daher explizit Bezug auf die »Vielfalt von Einstellungen, Verhaltensmöglichkeiten und Lebensstilen« (ebd., S. 3). Geschaffen werden soll ein »gesellschaftliches Klima, das offen und respektvoll ist« gegenüber dieser Vielfalt von Orientierungen, Lebensformen und (sexuellen) Beziehungsstilen und diese wertschätzt (Amann und Winkelmann 2011, S. 112). Respekt, Kompetenz bzw. Befähigung und ein positives Verständnis von Sexualität als Schlüsselbegriffe sollen dafür sorgen, dass diese Offenheit für Vielfalt nicht als »Anything goes« missverstanden wird, sondern dass die Werte einer »verantwortlichen, befriedigenden und geschützten« Sexualität realisiert werden.

Diese internationalen Übereinkommen entsprechen einer Differenzierung und De-Institutionalisierung, die allgemein Kennzeichen sozialen Wandels sind, und einer Stärkung der Toleranz und individueller Rechte. Eine ähnliche Rücknahme einer normativen Bestimmung der Geschlechterrollen zugunsten der Entscheidungs- und Gestaltungskompetenz des Individuums findet sich beispielsweise auch im Familienrecht, in dem die konventionell-hierarchische Ausgestaltung der Ehebeziehungen mit den Reformen in den 1970er- und 1990er-Jahren nicht mehr als Arrangement »Alleinernährer und Hausfrau« verbindlich gesetzt wurde. Die Ausgestaltung der Ehebeziehung wurde vielmehr – auch vor dem Hintergrund des grundgesetzlich verankerten Gleichstellungsgebots – der einvernehmlichen Entscheidung des Paares überlassen. »Prägend für die um 1990 einsetzende (…) Phase ist eine Öffnung der individuellen Handlungsoptionen durch Lösung von den traditionellen Rollenbildern.« (Sachverständigenkommission 2010, S. 56)

Für die Genderperspektive bedeutet diese Entwicklungen eine Erweiterung. Die sexuelle Orientierung ist nicht allein auf Heterosexualität beschränkt und Geschlecht nicht auf die binären und im sozialen Raum komplementär und asymmetrisch angeordneten Geschlechterkategorien von Weiblichkeit und Männlichkeit, von Frau und Mann reduziert. Auf der Ebene der praktischen Umsetzung einer Sexualaufklärung, die sich als »geschlechtersensible Sexualaufklärung« versteht, wird die Kategorie Geschlecht allerdings doch wieder mit einer binären Ausprägung im Sinne der Geschlechterdifferenz genutzt. Es wird in der Praxis auf eine Reihe geschlechtsspezifischer Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen hingewiesen, aus denen die Sinnhaftigkeit einer speziellen sexualpädagogischen Mädchenarbeit einerseits (Bültmann 2004) und einer speziellen sexualpädagogischen Jungenarbeit andererseits (Munding 1995) folgt. Die Medien der Sexualaufklärung werden entsprechend dieser Unterschiede von Inhalt und Form her speziell für Mädchen einerseits und für Jungen andererseits gestaltet.

Nun könnte diese Praxis der Sexualaufklärung, auf die klassischen Kategorien »Mädchen versus Junge« zurückzugreifen, als eine Re-Etablierung der binären Geschlechterdifferenz gesehen werden, was dann in einem Widerspruch stehen würde zu der Orientierung an Vielfalt. Doch dies ist ein theoretischer Streit, denn die Geschlechterperspektive in der Sexualaufklärung kann nicht allein auf Vielfalt und Irrelevanz der Geschlechterdifferenz setzen. Sie muss vielmehr – bei aller als Norm gesetzten Toleranz für unterschiedliche Geschlechter und Sexualitäten – einen pragmatischen Bezug auf vorfindliche Adressaten und Adressatinnen aufweisen. Diese verfügen über ein alltägliches Geschlechterwissen über Männlichkeit und Weiblichkeit, sie inszenieren komplementäre Geschlechterinteraktionen und bilden gruppenspezifische Vorstellungen aus, was ein »richtiges« Mädchen und was ein

»richtiger« Junge ist. Und daran gilt es anzuknüpfen.

Die Frage »Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen?« (Gildemeister und Wetterer 2007) als Entweder-oder-Frage wird von Wetterer als falsch gestellt und in den Begrifflichkeiten unpräzise kritisiert (Wetterer 2007, S. 189 f.), denn man hat es stets mit beiden Prozessen gleichzeitig zu tun. Mit einem Bezug auf eine These von Heintz und Nadai (1998) beschreibt Wetterer einerseits eine De-Institutionalisierung der Geschlechterdifferenz, an deren Stelle eine Norm der Gleichberechtigung tritt, die diese Differenz irrelevant erscheinen lässt. Auf der anderen Seite zeigt sie, wie in den unterschiedlichen Kontexten auf eine unterschiedliche Weise von den handelnden Akteuren Geschlechterungleichheit wieder hergestellt wird. Die Mechanismen der Herstellung von Differenz haben sich von der institutionell abgesicherten Vorgabe weg hin zur interaktiven Ebene des Handelns verlagert.

Damit lässt sich die doppelte Geschlechterperspektive auch in der Sexualaufklärung erfassen. Die Norm einer Nichtdiskriminierung führt zu einer Norm der Gleichbehandlung einer Diversität von Sexualität und Geschlecht. Gleichzeitig stellen Mädchen und Jungen, Frauen und Männer Geschlechterdifferenz in verschiedenen Formen immer wieder her.

» Geschlechterperspektive der Familienplanung: Familienplanung als Geschlechterhandeln

Die BZgA hat seit Mitte der 1990er-Jahre systematisch wissenschaftliche Grundlagen im Bereich Familienplanung geschaffen. Eine besondere Rolle spielt dabei ein in Auftrag gegebener Zyklus von größerformatigen Forschungsprojekten zu Familienplanung im Lebenslauf von Frauen und Männern. Diese Projekte wurden vom SozialwissenschaftlichenFrauenForschungsInstitut Freiburg (SoFFI F.), teilweise in Kooperation mit dem Institut für Soziologie der Universität Freiburg, zwischen 1996 und 2014 durchgeführt. Befragt wurden nicht nur Frauen (»frauen leben 1« und »frauen leben 3«: 1997–1999 und 2011–2014) und Migrantinnen (»frauen leben 2«: 2006–2010), sondern auch Männer (»männer leben«: 2001–2005). Die Befragung »frauen leben 3« setzte einen Schwerpunkt bei ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen.

Diese Studien weisen im Kern ein ähnliches Forschungsdesign einer Methodenkombination auf. Es wurden standardisiert Daten und Angaben zu zurückliegenden reproduktiven Ereignissen erfragt und so die Gestalt des reproduktiven Lebenslaufs abgebildet. Qualitativ wurde eine Teilgruppe der Stichprobe um die Erzählung der subjektiven Lebensgeschichte gebeten. Die Ergebnisse zeigen zum einen relevante Problemlagen auf und quantifizieren diese, zum anderen liefern gerade die qualitativen Interviews einen Zugang zu den subjektiven Sichtweisen der Adressaten und Adressatinnen und damit direktes Material für Fortbildungen und die Erstellung von Materialien und Medien. Die Studien wurden breit auch außerhalb der BZgA von der wissenschaftlichen Gemeinschaft rezipiert und liefern Vorlagen für Forschungen und Kooperationen mit Hochschulen. Auch wenn dies in der Vermittlung der Ergebnisse nicht im Vordergrund stand, so war doch von Beginn an ein Augenmerk auf die Geschlechterperspektive gelegt. Dass Frauen ebenso wie Männer befragt wurden und dabei ein standardisierter und qualitativer, biografischer Ansatz zum Tragen kam, bietet eine besondere Möglichkeit,

Genderaspekte unter der Lebenslaufperspektive auszuarbeiten.

Familienplanung wurde in einem weiten Sinn verstanden als Summe der Praktiken, mit denen die privaten Lebensformen mit und ohne Kinder gestaltet werden (Helfferich u. a. 2005a, S. 14). Diese umfassen die Gestaltung der sexuellen Beziehung (unter anderem auch die Auseinandersetzung mit der sexuellen Orientierung und Heterosexualitätsnormen), die Gestaltung der Partnerbeziehung (darunter auch die Partnerwahl, das Zusammenziehen in einen gemeinsamen Haushalt, das Heiraten, die Scheidung oder Trennung, die Aufgabenteilung der familialen Arbeit) und Familie (Kinderwunsch, Kind und Kinder als Erweiterung der Zweierbeziehung) sowie die konkreten reproduktiven Praktiken für diese Gestaltungsaufgaben (Verhütung, einschließlich des »Riskierens« einer Schwangerschaft durch unsichere Verhütung, Nutzung von Reproduktionsmedizin, Abbrechen einer Schwangerschaft). Weder geht es also ausschließlich um Familie, die geplant wird, noch um Planung im Sinne rationaler Handlungsentwürfe und deren gezielter Umsetzung. Die sexuelle Dimension von Familienplanung kommt eher in jungen Jahren zum Tragen, die generative Dimension hat im mittleren Erwachsenenalter die größte Bedeutung.

Es ist leicht einsichtig, dass Familienplanung in doppelter Weise als ein Handeln in Bezug auf einen anderen Menschen zu verstehen ist (»It takes two to tango«), und dass dessen Geschlecht dabei nicht irrelevant ist. Zum einen findet sie in Geschlechterbeziehungen statt. Dies gilt auch für bewusst gewählte solitäre Lebensformen und abstinente sexuelle Stile. Geschlechterbeziehungen sind der biografische Kontext, der spezifische Voraussetzungen für Familienplanung enthält. Am Beispiel: Eine Trennungssituation gilt als ungünstige Situation dafür, ein Kind zu bekommen. Oder: Fühlen sich Frau und/oder Mann noch zu jung und/oder sind sie in Ausbildung, wird darauf geachtet, dass keine Schwangerschaft eintritt. Zum Zweiten aber werden gerade diese Geschlechterbeziehungen mit Familienplanung gestaltet. Die Partnerschaft wird gestaltet z. B. dadurch, dass eine Frau eine gleichgeschlechtliche Partnerin oder einen Mann wählt, der an Bildung und Einkommen einen höheren Status als sie selbst hat. Oder: Aus einer Zweierbeziehung wird z. B. durch die Adoption eines Kindes eine Familie, oder ein Schwangerschaftsabbruch verhindert dies gerade.

Weil Familienplanung unter der Geschlechterperspektive auf der einen Seite in Geschlechterbeziehungen realisiert wird, die stets eine besondere biografische Vorgeschichte haben, und andererseits die Zukunft dieser Beziehung gestaltet, kann man sie als biografisches Handeln oder als biografisches Geschlechterhandeln bezeichnen. Die Menschen, die da handeln, so führt Dölling aus (2007, S. 15), haben aus ihren Erfahrungen mit Geschlecht einen »biografischen Wissensbestand« aufgeschichtet, mit dem sie nun die Geschlechterdifferenz wahrnehmen, bewerten und erklären. Sie wissen also, was es bedeutet und wie es sich anfühlt, Mann oder Frau (oder etwas anderes) zu sein, und auf dieser Basis entwerfen sie ihr Geschlecht in die Zukunft hinein. Die Erfahrungen bringen sie in die Familienplanung ein, durch die Folgen der Familienplanung kommen sie zu neuen Erfahrungen.

Um die Dynamik, die so mit Familienplanung verknüpft wird, besser verständlich zu machen, soll der Anschluss dieser Perspektive an die Genderdebatte vorgestellt werden: Geschlecht wird, anknüpfend an die Arbeiten von Wetterer und Gildemeister (2007), verstanden als ein sozialer Klassifizierungscode, der die Differenz von Frau und Mann setzt. Dieser Code ist in die gesellschaftliche Strukturen und kulturellen Muster eingelassen und wird durch die Alltagserfahrungen bestätigt. Er

liegt der Paar- und Familienbildung zugrunde, aber er wird auch durch die Konstellation des »heterosexuellen Paares« hervorgebracht und bestätigt. Die heterosexuelle Zweierbeziehung, so Lenz, ist »nicht nur durch die Geschlechtszugehörigkeit der Beziehungspersonen geprägt, sondern sie ist auch zugleich selbst wesentlich an der Produktion der Geschlechterunterschiede beteiligt« (2009, S. 61). Ein Beispiel dafür sind die sozialen Regelmäßigkeiten, dass Männer in den Partnerschaften mehrheitlich älter (die Heiratsstatistik weist eine beharrliche durchschnittliche Differenz von zwei Jahren zugunsten der Männer aus) und größer sind als ihre Partnerin. In dem äußeren Erscheinungsbild macht das eine Asymmetrie aus und weist auf dieser äußerlichen Ebene dem Mann Merkmale der Überlegenheit zu. Ein Gegenbeispiel für die Herstellung von Differenz ist die zunehmende Verbreitung von Paaren, in denen beide die gleiche Bildung haben. Hier wird zumindest bezogen auf dieses Merkmal eben gerade ein hierarchischer Unterschied im Vergleich zu früheren Zeiten abgemildert. Weitere Beispiele sind die unterschiedlichen sexuellen Skripte, die nach Geschlecht unterschiedliche Bewertungen von Aktivität, Dominanz, Potenz und Erfahrenheit, Machtquellen (Unterwerfung, Verführung) sowie Konstruktionen z. B. von sexueller Über- und Unterlegenheit und von Gefahren, die mit dem anderen (oder eigenen) Geschlecht verbunden werden, bereithalten.

Wir kommen hier wieder zu derselben Denkfigur wie vorher: Geschlecht ist einerseits etwas Vorfindliches, Gegebenes, andererseits etwas Gestaltetes. Neu ist hier aber die explizite biografische Perspektive: »Der Prozess des Geschlecht-Werdens (…) kann als biographischer Prozess der Erfahrungsaufschichtung und -konstruktion begriffen werden« (Alheit und Dausien 2000, S. 272).

Auf dieser Ebene, Familienplanung als Handeln von Menschen zu betrachten, eignet sich das Konzept der Geschlechtsrolle als analytische Brille wenig. Es ist zu statisch und bezieht sich zu stark auf das Gegebene, von der Gesellschaft Bereitgehaltene und tendiert damit zur implizit oder explizit normativen Vorgabe: Rollen werden entweder von den Einzelnen »übernommen«, oder es wird von ihnen »abgewichen«. Eine Bedeutung für das Verständnis von Familienplanung hat das Konzept der Geschlechtsrolle und der normativen Leitbilder aber im Sinne von institutionell verankerten Rechten und Pflichten (im Familienrecht, in den Sozialgesetzbüchern in den Arbeitsvorschriften etc. für Frauen und Männer) und in den strukturellen Rahmenbedingungen des Handelns. Hier stellen die »Rollen« mit Positionen verbundene Anforderungen dar, zu denen sich die Einzelnen verhalten müssen. Sie begrenzen oder eröffnen Handlungsmöglichkeiten. Stichworte, die für die Familienplanung als biografisches Geschlechterhandeln wichtig sind, sind z. B. die Vater- und Mutterrolle im Leitbild von Elternschaft und Familie und in den Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Elternrollen als Produkte der Regeln von Elternzeit (speziell von Vätermonaten) sowie der rechtlichen Ausgestaltung der sozialen Sicherung derjenigen Person, die wegen der Kindererziehung in der Erwerbstätigkeit pausiert.

Diese Institutionenebene darf bei aller Akzentuierung der Ebene des Handelns nicht außen vor bleiben. Diese Rahmenbedingungen tragen ebenfalls zur »Pfadabhängigkeit des Lebenslaufs« bei in dem Sinn, dass frühere Entscheidungen oder Erfahrungen den Ausgangspunkt für die folgenden bilden. Als Beispiel: Leitbilder von Mutterschaft, Wissen um berufliche Rahmenbedingungen und eine Abstimmung mit dem Partner gehen ebenso wie ein früher Kinderwunsch in die Entscheidung für einen »Frauenberuf« ein. Diese Entscheidung bringt ein vergleichsweise geringes persönliches Einkommen, aber auch akzeptable Vereinbarkeits-

möglichkeiten mit sich. Damit ist aber auch schon präformiert, wie die spätere häusliche Arbeitsteilung in der Familie aussieht, wer mit der Erwerbstätigkeit in der Kinderphase pausiert und wann und wie die spätere Entscheidung für weitere Kinder fällt.

Die Prävention ungewollter Schwangerschaften und die Befähigung zu reproduktiver Gesundheit kann diese Genderperspektive insofern nutzen, als sie Familienplanung in konkreten Kontexten der Geschlechterbeziehungen nah an den reproduktiven Lebensweisen der Adressaten und Adressatinnen von Prävention betrachten kann. Diese Geschlechterperspektive nimmt auch Männer in den Blick. Wie ergiebig es ist, Familienplanung als biografisches Geschlechterhandeln zu verstehen, zeigte sich vor allem in der Analyse der Kontexte von (ungewollten) Schwangerschaften im Lebenslauf. In der Studie »frauen leben 3« konnten Spezifika festgestellt werden von Paarbeziehungen und (ungewollten) Schwangerschaften in unterschiedlichen Lebensphasen: In jungem Alter mit vorwiegend (noch) nicht konsolidierten Partnerschaften, dann in dem für Kinder sozial als »am angemessensten« geltenden Alter von 25 bis 34 Jahren, und schließlich in einem Alter ab 35 Jahren mit überwiegend länger bestehenden Beziehungen, in denen teilweise bereits Kinder vorhanden sind (»frauen leben 3«).

Einige Beispiele von Ergebnissen zeigen exemplarisch die Relevanz der Geschlechterperspektive und die Möglichkeit, weitere Geschlechteraspekte zu integrieren.

– Auch bei egalitären Paarbeziehungen gab es Asymmetrien zwischen den Geschlechtern bei der Verhütung und beim Kinderwunsch, die damit zusammenhängen, dass Frauen von einer Schwangerschaft anders betroffen sind als Männer: Erstens zeigte ein Vergleich der Aussagen zu Verhütung bei Frauen und Männern (»frauen leben 1« und »männer leben«), dass Frauen eher den Verhütungsmitteln (Pille und Spirale) vertrauen, während Männer Frauen vertrauen, dass sie sorgsam verhüten (Helfferich u. a. 2005b). Zweitens konnten sich Frauen ein Kind eher auch ohne einen festen Partner bzw. mit einem »Vater für das Kind« vorstellen. Bei Männern war ein Kinderwunsch eher an eine stabile und abgesicherte Partnerschaft und an die spezielle Person der Partnerin gebunden.
– Der Qualität der Partnerschaft kommt das größte Gewicht unter den Bedingungsfaktoren für ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche zu: In einer schwierigen Partnersituation eingetretene Schwangerschaften waren sechsmal so häufig ungewollt (58 %) wie Schwangerschaften in stabilen Partnersituationen (10 %), und statt nur jeder dritten (32 %) wurde unter den schwierigen Bedingungen mehr als jede zweite ungewollte Schwangerschaft (54 %) abgebrochen. Eine berufliche und finanzielle Unsicherheit erhöhte ebenfalls die Wahrscheinlichkeit von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen. Das wiederum hat damit zu tun, welche Zukunft für die (mögliche) Familie gesehen wurde und welche Erwartungen bestanden, unter diesen Bedingungen den eigenen Part als Vater und als Mutter gut ausfüllen zu können. Hochqualifizierte Frauen im Westen brachen im Zusammenhang mit einer aufgeschobenen Familiengründung eher erste ungewollte Schwangerschaften ab.
– Es gibt Widersprüche zwischen den Erwartungen an die Paarbeziehung, wenn ein erstes Kind kommt, und den institutionalisierten Rahmenbedingungen der Umsetzung. Nach Bildung sind die Erwartungen an Familie, Beruf und Partner unterschiedlich: Hochqualifizierte Frauen möchten eine Paarbeziehung, in der sie von dem Partner bei der Kindererziehung entlastet werden. Niedrig

qualifizierte Frauen möchten zwar auch arbeiten, aber der Partner soll Geld verdienen. Beides findet allerdings keine Entsprechung in der Praxis der Aufgabenteilung, wenn kleine Kinder zu versorgen sind. Der Anteil der Mütter mit einem Kind unter sechs Jahren, die die Familienarbeit mit dem Partner egalitär teilen (»beide zuständig«), ist bei mittlerer, höherer und hoher Bildung gleich hoch (31 % bis 33 %) und fällt bei den niedrig qualifizierten Müttern mit 38 % sogar etwas höher aus (nicht signifikant). Das heißt: Weder werden hoch qualifizierte Frauen von ihren Partnern (die zu 89 % voll erwerbstätig sind) bei der Kindererziehung, noch niedrig qualifizierte Frauen von ihren Partnern beim Geldverdienen in dem Umfang entlastet, wie sie es sich vorstellen.

Die Forschung unter dieser Perspektive greift die »biografisch aufgeschichteten« Erfahrungen mit Geschlecht, Sexualität und familialen Beziehungen als Vorgeschichte auf. Familienplanung nimmt bestimmte Formen an, weil in der Vorgeschichte bestimmte Erfahrungen in Geschlechterbeziehungen gemacht wurden. Familienplanung nimmt bestimmte Formen an, um in Zukunft bestimmte Lebensformen zu leben und neue Erfahrungen zu machen. Die Forschung bezieht sich einmal auf die Vorgeschichte in der Vergangenheit und einmal auf die Zukunftserwartungen. Familienplanung sind alle die Praktiken, die bei der biografischen Gestaltung von Geschlecht, Sexualität und Familie genutzt werden und die mehr oder weniger egalitäre und mehr oder weniger auf Differenz beruhende Beziehungen herstellen.

» Bilanz

Während in anderen Handlungsfeldern der Prävention durchaus andere Differenzlinien als Geschlecht prioritär sein können, müssen Sexualaufklärung und Familienplanung Geschlecht berücksichtigen. Die nähere Betrachtung zeigt, dass durchaus unterschiedliche Blickweisen auf Geschlecht relevant werden: Erstens der Bezug auf die biologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau und der Fokus allein auf »die Schwangere«, zweitens das Aufbrechen einer binär vorgegebenen Geschlechterdifferenz zusammen mit einer Toleranz für die Vielfalt sexueller Orientierungen und drittens der Gedanke an die Reproduktion von Geschlechterdifferenzen in biografischen Prozessen. Bei den letzten beiden Aspekten werden in der Geschlechtertheorie eine bleibende Differenz zwischen den Geschlechtern und eine Erosion dieser Differenz in ihrer Verbundenheit diskutiert – man findet stets beides. Speziell für Fragen der Schwangerschaft lässt sich zeigen, dass bei der Prävention im Feld reproduktiver Gesundheit der körperlich-biologische Aspekt von Geschlecht nicht außen vor gelassen werden kann.

Dass die Geschlechterperspektive bei Sexualaufklärung und Familienplanung als Prävention im Feld reproduktiver Gesundheit bislang so wenig explizit konzeptionell hervorgehoben wurde, liegt vielleicht daran, dass sie unumgänglicher und selbstverständlicher Teil der Alltagspraxis ist – zu selbstverständlich, um reflektiert zu werden. Wendet sich die Prävention den sexuellen und reproduktiven Lebensweisen von Menschen zu, kommt sie nicht darum herum, die Art und Weise einzubeziehen, wie Menschen ihre Umwelt als Mann oder Frau, Vater oder Mutter wahrnehmen und welche Bedeutungen für sie Männlichkeit und Weiblichkeit, Väterlichkeit und Mütterlichkeit, Kind oder Erwachsensein haben.

Die Muster der Familienplanung verändern sich zusammen mit den Gestaltungen der Geschlechterbeziehungen. Der Anteil bildungshomogener Paare nimmt zu, der Anteil der Ernährer-Hausfrauenehen nimmt ab. Die erste Geburt wird zunehmend

aufgeschoben. Es zeichnet sich ein neuer Trend zur Ein-Kind-Familie ab, während der Anteil der Kinderlosen unter den Hochqualifizierten zurückgeht. Manches bleibt gleich: Familie erfreut sich nach wie vor großer Beliebtheit. Entwicklungen der Reproduktionsmedizin schaffen neue Herausforderungen. Die Sicherung reproduktiver und sexueller Gesundheit und die Prävention z. B. ungewollter Schwangerschaften müssen immer wieder neu an den veränderten Bedingungen ausgerichtet werden. Die Geschlechterperspektive erweist sich dabei als ein wichtiges Analyseinstrument.

» Literatur

Alheit, P.; Dausien, B. (2000): Die biographische Konstruktion der Wirklichkeit. Überlegungen zur Biographizität des Sozialen. In: Hoerning, E. (Hg.): Biographische Sozialisation. Stuttgart, S. 257–284.

Amann, S.; Winkelmann, C. (2011): Kann Sexualaufklärung einen Beitrag zur Prävention von sexuellem Missbrauch leisten? Das Beispiel der »Standards für die Sexualaufklärung in Europa«. In: Sexuologie 18 (3–4), S. 111–118.

BZgA (1994): Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern. Köln.

Bültmann, G. (2004): Sexualpädagogische Mädchenarbeit: Eine Vergleichsstudie im Auftrag der BZgA. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung Band 17. Köln, 3. Auflage.

Buske, S. (2004): Fräulein Mutter und ihr Bastard. Eine Geschichte der Unehelichkeit in Deutschland 1900–1970. Göttingen.

Dölling, I. (2007): »Geschlechterwissen« – ein nützlicher Begriff für die »verstehende« Analyse von Vergeschlechtlichungsprozessen? In: Gildemeister, R., Wetterer, A. (Hg.): Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen. Münster, S. 19–31.

Gildemeister, R.; Wetterer, A. (Hg.) (2007): Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen. Münster.

Heintz, B.; Nadai, E. (1998): Geschlecht und Kontext. De-Institutionalisierungsprozesse und geschlechtliche Differenzierung. In: Zeitschrift für Soziologie 19 (3), S. 573–588.

Helfferich, C. (2013): Reproduktive Gesundheit von Frauen. Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Schwerpunktheft »Sexuelle und reproduktive Gesundheit«, 56 (2), S. 192–198.

Helfferich, C. u. a. (2001): frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA. In Zusammenarbeit mit Karmaus, W., Starke, K. und Weller, K. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung Band 19. Köln.

Helfferich C.; Klindworth H.; Kruse J. (2005a): männer leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung – Vertiefungsbericht. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung Band 27. Köln

Helfferich C.; Klindworth H.; Kruse J. (2005b): Verhütung – Frauen- und/oder Männer-Perspektiven. In: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 3, Online verfügbar unter http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=617 [Zugriff 15.11.2014].

Helfferich, C.; Klindworth, H.; Kruse, J. (2011): frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Eine Studie im Auftrag der BZgA. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung Band 34. 3. Auflage, Köln.

Helfferich, C.; Hessling, A.; Klindworth, H.; Wlosnewski, I. (2014): Unintended pregnancy in the life-course perspective. In: Advances in Life Course Research 5, Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1016/j.alcr.2014.04.002 [Zugriff 15.11.2014].

Lenz, K. (2009): Soziologie der Zweierbeziehung. Eine Einführung. 4. Auflage, Wiesbaden.

Limbach, J. (1988): Die Entwicklung des Familienrechts seit 1949. In: Nave-Herz, R. (Hg.): Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, S. 11–35.

Munding, R. (1995): Sexualpädagogische Jungenarbeit. Expertise im Auftrag der BZgA. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung Band 1. Köln.

Sachverständigenkommission (2010): Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Bundestagsdrucksache 17/6240. Berlin/Bonn (BMFSFJ).

Thoss, E. (2013): Sexuelle Rechte – eine Grundlage weltweiter sexueller Bildung. In: Schmidt, R.-B.; Sielert, U. (Hg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim und Basel, S. 528–535.

Wetterer, A. (2007): Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Zentrale Ergebnisse des Forschungsschwerpunkts »Professionalisierung, Organisation, Geschlecht« im Überblick. In: Gildemeister, R., Wetterer, A. (Hg.): Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen. Münster, S. 189–214.

WHO Regional Office for Europe (2001): WHO Regional Strategy on Sexual And Reproductive Health. Kopenhagen.

WHO Regionalbüro für Europa (o.J.): Sexuelle und reproduktive Gesundheit – Definition. Online verfügbar unter www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition [Zugriff am 14.11.2014].

Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlungen

Anneke Bühler und Gerhard Bühringer

Einführung: Evidenz und Suchtprävention

Die Forderung nach einer evidenzbasierten Medizin, d. h. nach therapeutischen Maßnahmen auf der Grundlage einer empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit, wurde von Guyatt u. a. (1995) erstmals in der Gegenwart formuliert, auch wenn Vorläufer zu diesen Überlegungen bereits im 18. Jahrhundert veröffentlicht und seither immer wieder sporadisch aufgegriffen wurden. Im Gegensatz zur häufig vorgenommenen Verkürzung des Begriffs auf die Auswahl von bestwirksamen Interventionen aus randomisierten klinischen Studien ist das Konzept sehr viel weiter gefasst und schließt neben (1) der systematischen Forschung auch (2) die klinische Expertise und (3) die Patientenpräferenz sowie andere Merkmale der Patientensituation (z. B. Compliance) ein, um daraus zusammenfassend in einem komplexen Prozess die beste klinische Intervention für den Einzelfall auszuwählen.

Aus der umfassenden Definition der Evidenz medizinischer Maßnahmen im klinischen Einzelfall wird die Herausforderung für die Übertragung des Konzepts in die Suchtprävention deutlich. Suchtprävention wird hier als Begriff für verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Reduzierung von substanz- und verhaltensbezogenen Störungen (derzeit vor allem Glücksspielen) verstanden, wobei aber im Rahmen eines umfassenden Gesundheitskonzepts die Reduzierung negativer physischer, psychischer und sozialer Auswirkungen für den Betroffenen, das soziale Umfeld und die Gesellschaft gleichermaßen angestrebt werden. So verstanden, wird die Auswahl verhaltens- oder verhältnispräventiver Maßnahmen nach einem engen Evidenzbegriff im Sinne ausschließlich experimental basierter Präferenz sofort obsolet bzw. faktisch zumindest unmöglich: Viele verhältnispräventive Maßnahmen können nicht experimentell manipuliert werden, um einen kausalen Zusammenhang zu überprüfen (z. B. die Zweiteilung eines Landes zur Analyse der Effektivität unterschiedlicher Steuersätze auf den Prozentsatz von Alkoholabhängigen). Und auch verhaltenspräventive Maßnahmen (zumindest der universellen und selektiven Prävention) unterliegen im Einzelfall zahlreichen unterschiedlichen Kontextbedingungen, die mit vernünftigem Aufwand in einer Studie nicht systematisch variiert werden können.

Das Gesagte bedeutet nicht, die Forderung nach bestmöglicher Wirksamkeit zugunsten einer individuellen Willkürlichkeit aufzugeben. Im Gegenteil: Betroffene, Angehörige und die Gesellschaft haben aus Schutz- wie finanziellen Gründen einen

Anspruch auf möglichst effektive Maßnahmen. Es bedeutet aber, dass die zusätzlichen Kriterien der Evidenzbasierung, nämlich klinisch-präventive Expertise und patientenbezogene Variablen (in unserem Fall zielgruppenbezogene Variablen), ebenfalls in die Entscheidung einbezogen werden müssen. Wie kann aber in solchen komplexen Prozessen systematisches Vorgehen unter Nutzung aller Erkenntnisse von Willkür unterschieden werden? Unsere Ausführungen mit einem Schwerpunkt bei der Verhaltensprävention versuchen dazu einen Beitrag zu leisten.

» Was heißt evidenzbasierte Suchtprävention?

Nachdem der Begriff der Evidenzbasierung die Akteure in der Suchtprävention schon viele Jahre beschäftigt, hat es im Jahr 2014 eine Anstrengung von Politik, Praxis und Forschung gegeben, gemeinsam zu definieren, was »evidenzbasierte Suchtprävention« konkret heißen soll (Experten- und Expertinnengruppe »Kölner Klausurwoche« 2014). Eine unreflektierte Übertragung des medizinischen Konzeptes hatte zu Unschärfen und falschen Erwartungen geführt, die eine konstruktive Weiterentwicklung der Suchtprävention in Deutschland behinderte. So wurde evidenzbasiert oft damit gleichgesetzt, einen Wirksamkeitsnachweis zu erbringen oder auf den Umstand reduziert, dass ein Wirksamkeitsnachweis für eine Maßnahme vorliege. Die Experten- und Expertinnengruppe der »Kölner Klausurwoche« setzte sich intensiv mit den Besonderheiten der psychosozialen Natur von Suchtprävention sowie den Grenzen empirischer Forschung auseinander und formulierte folgende Arbeitsdefinition (Seite 7): »Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtigen bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnis als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.«

Diese Definition wird in dem Memorandum in Forderungen an die Praxis und an die Forschung konkretisiert (Experten- und Expertinnengruppe »Kölner Klausurwoche« 2014). Suchtpräventives Handeln wird dann evidenzbasiert genannt, wenn bei der (1) Konzeptionsbegründung, bei der (2) Konzeptionsrealisierung und bei der (3) Bewertung des Handelns Evidenzen handlungsleitend herangezogen werden. Für die Konzeptionsbegründung ist dies wissenschaftliches Wissen in Form von Theorien zur Entwicklung von Substanzmissbrauch, von empirischen Erkenntnissen zu Risiko- und Schutzfaktoren dieser Entwicklung, zu Wirksamkeit von Methoden, zum Bezug von Verhalten und Verhältnis und zu Zielgruppenfaktoren, darunter epidemiologische Befunde. Studienergebnisse und Theorien bei der Planung und Begründung einer Maßnahme heranzuziehen, wird bereits seit langem gefordert und gilt als Qualitätsmerkmal von suchtpräventivem Handeln. In der Arbeitsdefinition des Memorandums kommt das professionelle Erfahrungswissen der Praxis hinzu, das möglichst systematisch und nachvollziehbar erhoben werden sollte. Ebenso sollten die Einschätzungen und Empfehlungen der Zielgruppe zur Art der Ansprache und des Vorgehens möglichst systematisch erfasst und berücksichtigt werden. Des Weiteren sind Spezifika des Kontexts, in dem das suchtpräventive Handeln erfolgen soll, zu berücksichtigen. Schließlich ist die Klärung relevanter ethischer Fragen Teil eines evidenzbasierten Vorgehens.

Bei der Konzeptionsrealisierung sollten verschiedene Informationen eingeholt werden, um später die Güte der Umsetzung der Konzeption beurteilen zu können. Hier geht es um die Frage, ob die anvisierte Zielgruppe erreicht wurde, inwiefern die Akteure qualifiziert sind, ob die Inhalte konzepttreu implementiert wurden und falls nicht, wie die Abweichung zu begründen ist. Schließlich sollten Präventionsfachkräfte systematisch Informationen dazu sammeln, inwiefern die Durchführenden, die Zielgruppe und die Auftraggeber die Maßnahme akzeptieren und diese Information nutzen, um gegebenenfalls zukünftig die Konzeption anders umzusetzen.

Eine so realisierte suchtpräventive Konzeption sollte einer internen Bewertung unterzogen werden, diese möglichst systematisch und mit Hilfe von tauglichen Instrumenten angelegt werden. Nicht nur intendierte, sondern auch nicht intendierte, positive wie negative, Wirkungen sollten reflektiert werden. Diese Erkenntnisse helfen zum einen, die bisherige Konzeption zu adjustieren oder zukünftige Konzeptionen zu entwickeln. Eine Dokumentation dieser internen Bewertung kann zum zweiten als Praxiswissen anderen Akteuren und der Forschung verfügbar gemacht werden.

Die Schaffung der Evidenzbasis soll im Kontext von Forschung und Praxis stattfinden, wobei die Forschung dafür hauptverantwortlich zeichnet. Die Suchtpräventionsforschung soll praxisrelevante Fragestellungen untersuchen und Evidenzen zu Machbarkeit, Wirksamkeit, Übertragbarkeit von präventiven Maßnahmen und Konzepten sowie zu Verbreitung und langfristiger Nachhaltigkeit der Maßnahme generieren.

» Welche Evidenz stellt die Wissenschaft zur Verfügung?

Im Folgenden wird die derzeitige Evidenz der Suchtpräventionsforschung zu Epidemiologie, Risiko- und Schutzfaktoren der Entwicklung, Wirksamkeit von Präventionskonzepten und Implementationsforschung dargestellt. Dieses Wissen sollte nach dem Verständnis von evidenzbasiertem Handeln wie es oben skizziert wurde in die Konzeptionsbegründung einfließen und dient auch der Einordnung von Ergebnissen der Konzeptionsrealisierung sowie der abschließenden Handlungsbewertung.

Evidenz aus der epidemiologischen Forschung: Wo ist Handlungsbedarf?

Epidemiologische Daten informieren über den Bedarf an Prävention in Hinblick auf die Substanzen, die thematisiert, und die Zielgruppen, die angesprochen werden sollten. Etwa 8,9 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in einer für ihre Gesundheit riskanten Weise (Kraus und Pabst 2010). Täglich rauchen etwa 10,1 Millionen deutsche Erwachsene, von denen 3,6 Millionen starke Raucher sind. Die Anzahl, die (fast) täglich Cannabis konsumiert, beläuft sich auf 200.000 Bürgerinnen und Bürger und ein aktueller Gebrauch von anderen illegalen Drogen wird für 330.000 Personen geschätzt (ebd.). Mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA stehen seit mehr als 30 Jahren Evidenzen zur Verbreitung von Tabak-, Alkohol- und illegalem Drogenkonsum unter 12- bis 25-Jährigen zur Verfügung (BZgA 2012). Die Europäische Schülerstudie ESPAD befragt Schüler und Schülerinnen der neunten und zehnten Jahrgangsstufe (Kraus u. a. 2012). Anhand beider Studien können Aussagen zu zeitlichen Konsumtrends getroffen werden. Mit der KiGGS-Studie werden bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen und allgemeinen

Situation von Kindern zwischen 0 und 17 Jahren erhoben, sodass hier auch Zusammenhänge mit anderen Problemverhaltensweisen oder mit dem familiären Hintergrund untersucht werden können (Lampert u. a. 2014). Die »Early Developmental Stages of Psychopathology Study« (EDSP) hat eine repräsentative Stichprobe an Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 34 längsschnittlich wiederholt zur psychopathologischen Entwicklung befragt (Wittchen u. a. 2008), sodass Verläufe des Konsums bestimmt werden können.

Zusammengefasst weisen die epidemiologischen Daten zu Substanzkonsum und -missbrauch darauf hin, dass trotz der generellen Abnahme der Prävalenzen in den letzten zehn Jahren insbesondere der legale Substanzkonsum von Alkohol und Tabak im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter weit verbreitet ist. Auch gibt es eine substantielle Minderheit an jungen Menschen, die Cannabis regelmäßig konsumiert und einen problematischen Gebrauch von Medikamenten aufweist. Die Entwicklung des Substanzmissbrauchs beginnt im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Indikatoren von Medikamentenmissbrauch sind insbesondere ab dem Alter von 40 Jahren verstärkt verbreitet. Riskanter Substanzkonsum geht meist einher mit anderem Problemverhalten. Der Substanzmissbrauch im Jugendalter birgt einschneidende gesundheitliche, juristische und finanzielle Risiken für die eigene psychosoziale Entwicklung oder das Wohlbefinden Anderer. Bis zum mittleren Erwachsenenalter entwickelt etwa jeder zweite in der Jugend regelmäßig Rauchende eine Tabakabhängigkeit. Die klinischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung erfüllt in diesem Zeitraum fast jeder zweite männliche und fast jede fünfte weibliche regelmäßige Alkoholkonsument bzw. Alkoholkonsumentin. Intensiver Tabakkonsum ist deutlich mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status verbunden, riskanter Alkoholkonsum dagegen nicht. Das Konsumverhalten von Mädchen und Jungen hat sich in den letzten Jahren stark angenähert.

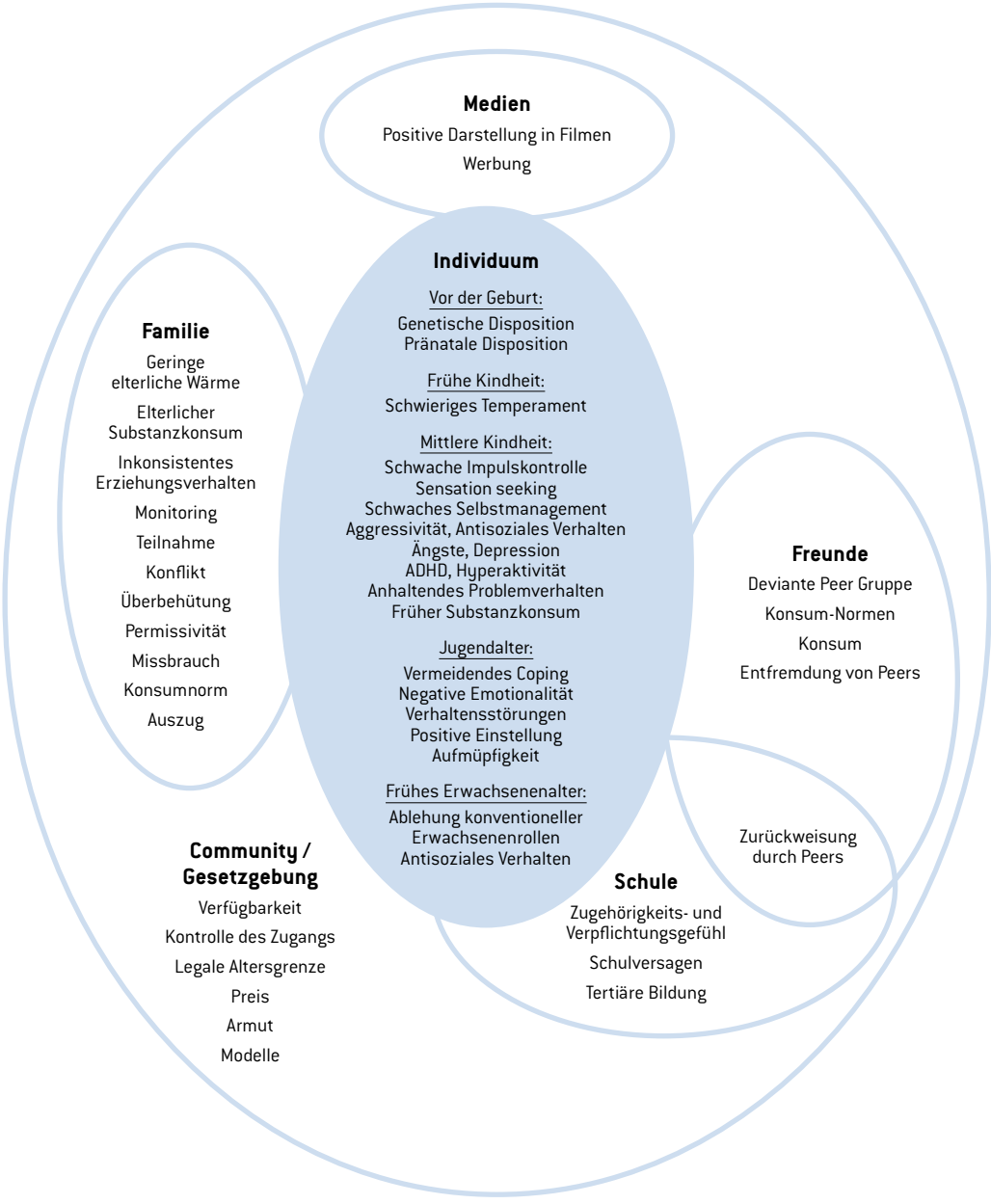
Die Evidenzen aus der epidemiologischen Forschung zeigen demnach u. a., dass (a) Prävention angezeigt ist, (b) der Fokus auf legalen Substanzen liegen sollte, (c) als Zielgruppe beide Geschlechter angesprochen werden sollten und ein selektiver Ansatz für Jugendliche in schwierig(er)en sozialen Lagen in Hinblick auf Tabakkonsum gewählt werden sollte, (d) für manche Zielgruppen ein problemübergreifender Ansatz sinnvoll ist und (e) unterschiedliche Entwicklungspfade unterschiedliche Herangehensweisen nahelegen.

Evidenz aus der Risiko- und Schutzfaktorenforschung: Wo sollte eingewirkt werden?

Die Entwicklung eines riskanten oder missbräuchlichen Konsumverhaltens wird durch unterschiedliche Faktoren begünstigt (Risikofaktoren) oder vorgebeugt (Schutzfaktoren) (Ennett u. a. 2008; 2010). In den richtungsweisenden Publikationen von Petraitis und Kollegen (Petraitis u. a. 1995) sowie von Hawkins, Catalano und Miller (1992) wurde die reichhaltige Befundlage aus Einzelstudien zu Risiko- und Schutzfaktoren zusammengefasst und systematisiert. Die National Academy of Sciences (2009) hat aus diesen und weiteren verfügbaren Übersichtsarbeiten die Faktoren zusammengestellt, deren Einfluss auf die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs wiederholt und belastbar nachgewiesen werden konnte. In Abbildung 1 sind diese Faktoren zusammengestellt und nach Lebenswelt angeordnet.

Einflussfaktoren können spezifisch sein, also »nur« für ein bestimmtes Verhalten gelten (z. B. Preis der Substanz), oder unspezifisch für mehrere Problemverhaltensweisen bedeutsam sein (z. B. Erziehungsverhalten) (Silbereisen und Reese 2001). Außerdem gilt es, weniger von einem unabhängigen Einfluss einzelner Faktoren auszugehen, sondern

Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums



» Abb. 1: Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums (nach National Academy of Sciences 2009)

eher von der Wechselwirkung zweier oder mehrerer Prädiktoren. So hängt z. B. der Einfluss der Freundesgruppe oftmals von Merkmalen der familiären Situation ab (Ennett u. a. 2008).

Die Vielfalt an Faktoren, die einen Substanzmissbrauch wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlich machen, legt nahe, dass es die eine hinreichende Präventionsmaßnahme nicht geben kann. Die psychosoziale Präventionsarbeit ist nicht mit einer Schutzimpfung zu vergleichen, die eine Produktion eines spezifischen Antikörpers auslöst, der dann in einer eingegrenzten Risikosituation, also bei Auftreten eines bestimmten Antigens, seine Schutzwirkung ausübt. Es gibt nicht die eine Konsumsituation, nicht den einen Risikofaktor, den allein es auszuschalten gilt.

Die komplexe Ursachenlage bedeutet aber auch, dass es viele Ansatzpunkte für die Suchtprävention gibt und geben muss. Suchtprävention wird dann verstanden als die Beeinflussung der Risiko- und Schutzfaktoren, die die Lebenswelten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen und sie selber kennzeichnen (siehe Abbildung 1). Diese Lebenswelten entsprechen den Handlungsfeldern der Prävention. So kann z. B. mit gesetzlichen Regelungen, konkret Jugendschutzbestimmungen, dem Risikofaktor »Zugang« begegnet werden. Damit wird der gesellschaftliche Rahmen, in dem Substanzkonsum stattfindet, präventiv ausgerichtet. Gleichzeitig können die konstruktiven Copingfertigkeiten von Jugendlichen gefördert werden, die wiederum eine problematische Entwicklung des Konsumverhaltens weniger wahrscheinlich machen.

Evidenz aus der Wirksamkeitsforschung: Wie ist eine Veränderung zu erreichen?

Vor etwa 20 Jahren hat die BZgA das erste Mal eine Expertise in Auftrag gegeben, die das wissenschaftliche Wissen zur Wirksamkeit von suchtpräventiven Maßnahmen zusammenfassen und aufbereiten sollte (Künzel-Böhmer u. a. 1993; Denis u. a. 1994). Nach über zehn Jahren bestand Aktualisierungsbedarf (Bühler und Kröger 2006), und im Jahr 2013 erschien die derzeit aktuelle »Expertise zur Suchtprävention« (Bühler und Thrul 2013). Deren Ergebnisse werden nun zusammenfassend berichtet.

Im Zeitraum 2004 bis 2012 konnten über 60 Überblicksarbeiten identifiziert werden, die sich mit der Wirksamkeit unterschiedlicher Präventionsansätze auseinandersetzten (ebd.). Der überwiegende Anteil der Untersuchungen stammt aus den USA, am meisten Information liegt für das schulische und hochschulische Handlungsfeld vor. Herauszustellen sind die Cochrane-Reviews, die aufgrund ihrer Systematik und Einschlusskriterien für Einzelstudien die evidenzstärksten Einschätzungen zur Verfügung stellen. Gemäß den Handlungsfeldern der Prävention (siehe Abbildung 1) sind im Folgenden Ansätze dargestellt, die einen präventiven Effekt auf das Konsumverhalten von Jugendlichen oder jungen Erwachsenen erwarten lassen.

Universelle Ansätze

Universelle Suchtprävention richtet sich an Zielgruppen, deren Mitglieder ein sehr unterschiedliches Risiko für eine spätere substanzbezogene Störung haben können. Dies sind beispielsweise eine Klassengemeinschaft oder die Gesamtbevölkerung eines Landes.

Als wirksamer universeller Ansatz im Handlungsfeld Familie sind Elterntrainings und Familienprogramme zu empfehlen, die mit Eltern an deren allgemeinem Erziehungsverhalten und konsumbezogener Kommunikation arbeiten und im Fall der Familienprogramme zusätzlich die Lebenskompetenz der Kinder fördern und das Familienleben beeinflussen wollen.

Im Schulsetting haben sich alkoholspezifische verhaltensbezogene Interventionen sowie bestimmte (Lebens-)Kompetenzprogramme als ef-

fektiv erwiesen. Die tabakpräventiven Maßnahmen haben Effekte auf das Rauchverhalten aller Schüler und Schülerinnen in den Klassen, unabhängig von der bisherigen Raucherfahrung (Lebenskompetenzprogramme, soziale Einflussnahme, Klassenwettbewerbe). Eine Wirkung speziell auf den Einstieg in das Rauchen kann durch die untersuchten Interventionen nicht erreicht werden. Für die Prävention des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen sind kompetenzorientierte, umfassende Programme der Drogenprävention effektiv, die auf interaktiven Methoden basieren. Schließlich sind Maßnahmen sinnvoll, die das System Schule z. B. mittels Schulaktionsteams oder durch Verbesserung des Schulklimas verändern.

Für das Handlungsfeld Freizeit und Freunde (z. B. Sportvereine, Partysetting, Peer- und Mentorenprogramme) kann noch keine konkrete universelle Maßnahme als evidenzbasiert wirksam bezeichnet werden. Relativ allgemein muss auf qualitativ hochwertig umgesetzte außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz verwiesen werden.

Für das sich stark wandelnde Handlungsfeld Medien wurde erstmals Evidenz für die Wirksamkeit von internet- und computergestützten Präventionsprogrammen generiert. Weiterhin ist zu sagen, dass massenmediale Aktivitäten in traditionellen Medien nur in Kombination mit Schulprogrammen (Tabak) nicht als alleinige Präventionsmaßnahme einzusetzen sind.

Auf der kommunalen Ebene eignet sich eine Kombination von effektiven Maßnahmen in mehreren Handlungsfeldern. Die wirksamen Projekte bestehen meist aus schulbasierten Maßnahmen in Kombination mit Erziehungs-, Kommunikations- und Konfliktlösungstrainings in der Familie. Eine systematische Kooperation kommunaler Akteure und substanzbezogene kommunale Regelungen könnten hierbei die Wirkung erhöhen.

Im Rahmen von gesetzlichen Rahmenbedingungen werden Tabak- und Alkoholkontrollstrategien empfohlen, die zu einer Preiserhöhung von Alkohol und Tabakprodukten führen, eine verstärkte Kontrolle und Sanktion der Abgabe von Tabak und Alkohol an Minderjährige nach sich ziehen, die Alkoholwerbung einschränken und die Gelegenheiten zum Rauchen durch Rauchverbote reduzieren.

Selektive Ansätze

Auch für die selektive Prävention wurden wirksame Ansätze identifiziert. Selektive Suchtprävention richtet sich an Zielgruppen, deren Mitglieder statistisch gesehen ein erhöhtes Risiko für eine spätere substanzbezogene Störung haben können. Dies sind beispielsweise Kinder aus suchtkranken Familien oder Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten.

Für das Handlungsfeld Familie hat sich eine Begleitung von erstgebärenden Eltern in schwierigen sozialen Lagen durch Hebammen als effektiv in Hinblick auf das Alkoholkonsumverhalten der Kinder im Jugendalter erwiesen. Weiterhin sind Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern wirksam sowie Familienprogramme mit suchtkranken Familien zu empfehlen. In der Schule zeigen Lebenskompetenzprogramme für ältere Jugendliche mit zusätzlichen zugeschnittenen Elementen Wirkung. Im Hochschulsetting empfiehlt es sich, zur Reflektion anregende und Veränderung motivierende Kurzinterventionen anzuwenden, die entweder persönlich oder computerbasiert durchgeführt werden. Gleiches gilt für das Kliniksetting. Während der Freizeit bietet es sich an, Jugendliche mit erhöhtem Risikoprofil in ein Mentorenprogramm einzubinden, da dadurch präventive Effekte auf den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen erwartet werden können.

Die Evidenzen aus der Wirksamkeitsforschung geben konkrete Orientierung, wie Prävention in der Praxis gestaltet oder verbessert werden kann,

um wirksam zu sein. Überblicksarbeiten stellen Wissen zu allgemeinen Ansätzen und Methoden zur Verfügung. Datenbanken wie z. B. die »Grüne Liste Prävention« sprechen Empfehlungen für konkrete Programme aus (Schlömer und Kalke 2013).

Evidenz aus der Implementationsforschung: Welche Rahmenbedingungen braucht es für einen Transfer der wissenschaftlichen Evidenz in die Praxis?

Studien aus dem Bereich der Implementationsforschung beschäftigen sich mit dem Transfer wissenschaftlichen Wissens in das praktische Handeln. Im Vergleich zu klinischen Interventionen ist diese Art Wissen für den Präventionsbereich noch überschaubar (Beelmann und Karing 2014). Dennoch lohnt sich auch hier wiederum der Blick gen Westen. US-Studien belegen, dass eine Implementationsforschung mit dem Ziel einer Verbesserung der Implementation die Mühe wert ist, weil die Güte der Implementation mit einer höheren Wirkung präventiver Maßnahmen einhergeht (Durlak und DuPre 2008).

Verschiedene Arbeiten legen nahe, auch den Implementationsprozess analog eines Entwicklungsprozesses im Sinne eines »ökologischen Rahmenmodells« zu begreifen (ebd.). Demnach wird die Implementation von Faktoren auf verschiedenen Ebenen beeinflusst: Von Merkmalen der neuen Maßnahme selbst, der durchführenden Organisation und Person und des weiteren Kontexts, in dem die Maßnahme von den Trägern durchgeführt wird. Diese Merkmale stehen in Wechselwirkung. Beispielsweise wird eine noch so engagierte Lehrerin eine suchtpräventive Maßnahme nur dann langfristig durchführen können, wenn die Schulleitung dafür Ressourcen bereitstellt und unter den Eltern, den Kollegen und dem Kultusministerium ein Problembewusstsein für das Thema besteht. Auch wird eine verhältnispräventive Regelung wie z. B. das Jugendschutzgesetz, das die Abgabe von Zigaretten an Minderjährige verbietet, nur dann durchgesetzt, wenn der politische Wille da ist und Ressourcen eingesetzt werden, ihre Einhaltung zu kontrollieren und zu sanktionieren (DiFranza 2012).

Im Jahr 2008 haben Durlak und DuPre 81 Studien identifiziert, die erleichternde und hemmende Faktoren der Implementation von vornehmlich verhaltensbezogenen Präventionsprogrammen und Gesundheitsförderung untersucht haben. Diese Faktoren sind dem weiteren Kontext und der externen Betreuungsstruktur, der durchführenden Organisation, der durchführenden Person sowie der Maßnahme selbst zuzuordnen. In Tabelle 1 sind die Faktoren aufgelistet.

Verhaltensbezogene Maßnahmen werden demnach dann eher umgesetzt, wenn die durchführende Person die Maßnahme für notwendig und wirksam erachtet. Dafür sind u. a. empirische Evidenzen zum Bedarf und zur Wirksamkeit notwendig. Weiterhin muss die Person kompetent und qualifiziert sein und sie sich selber die Durchführung zutrauen. Die Maßnahme selbst muss sich flexibel einsetzen lassen und in die Aufgaben, Ziele und Prioritäten der Organisation hineinpassen. Auf Organisationsebene gibt es unspezifische Merkmale, die eine Implementation wahrscheinlicher machen wie die generelle Offenheit für Neues oder ein gutes Arbeitsklima. In Bezug auf die Maßnahme sollte eine gemeinsame Entscheidung von allen beteiligten Gruppen getroffen, mit externen Kooperationspartnern zusammengearbeitet, viel und offen intern und extern kommuniziert werden sowie eine klare Aufgabenplanung bestehen. Führungsqualität bei Personal erleichtert die Implementation ebenso wie eine Person, die sich für die Maßnahme einsetzt (Champion). Grundvoraussetzung ist, dass die Leitung aktiv an der Umsetzung der Maßnahme Interesse und Unterstützung zeigt. Maßgeblich für die Kompetenz der Umsetzenden und die qualitäts-

Implementationsfaktoren von Präventionsprogrammen

Weiterer Kontext	Durchführende Organisation	Durchführende Person	Maßnahme
– Expertise (Theorien und Empirie) – Politik – Finanzierung – Regelungen / Gesetze Externe Betreuungsstruktur – Fortbildung – Betreuung während der Umsetzung	– Gutes Arbeitsklima – Offenheit für Neues – Gemeinsame Vision, Ziele – Häufige und offene Kommunikation – Klare Aufgabenplanung – Führungsqualität – Gemeinsame Entscheidungsfindung für Maßnahme – Externe Kooperation – Champion identifizierbar – Integriert in bestehende Praxis und Routine – Unterstützung durch Leitung	– Sieht den Bedarf für Maßnahme – Glaubt an Wirkung der Maßnahme – Selbstwirksam hinsichtlich Durchführung – Hat die Fertigkeiten zur Durchführung	– Lässt sich flexibel einsetzen – Ist kompatibel, integrierbar in Ziele, Prioritäten und bisherige Praxis

» Tab. 1: Faktoren, die eine nachhaltige Implementation begünstigen (nach Durlak und DuPre 2008)

gesicherte Umsetzung ist eine externe Betreuungsstruktur, die Fortbildung und begleitende Betreuung koordiniert und bzw. oder anbietet. Im weiteren Kontext sind von Bedeutung eine Wissensbasis, auf die in allen Stadien der Umsetzung zurückgegriffen werden kann, ein politischer Wille und (gesetzliche) Regelungen, die im Einklang mit der Maßnahme stehen und ihre Umsetzung befürworten bzw. erleichtern. Schließlich identifizieren Durlak und DuPre (2008) die ausreichende, langfristige Finanzierung der Umsetzung als notwendige Voraussetzung für eine nachhaltige Implementation.

Für die Implementation verhältnisbezogener suchtpräventiver Maßnahmen auf Ebene der Gesetzgebung fehlt eine solche umfassende Sammlung notwendiger oder begünstigender Faktoren derzeit. Dennoch sind in der Forschung um die Implementation des Internationalen Rahmenabkommens für Tabakkontrolle (FCTC) der WHO solche Faktoren identifiziert worden. Cairney und Mamudu (2014) weisen auf bestimmte politische Prozesse hin, die eine Implementation der FCTC-Forderungen verbessern würden. Sie schlussfolgern, dass das Gesundheitsressort die politische Führung bei dem Einführungsprozess übernehmen sollte, dass grundsätzlich Tabak als Public Health-Problem anerkannt werden müsse, und dass vor allem Public Health-Gruppen (auch auf Kosten wirtschaftlicher Interessen) beratend tätig sein sollten. Zudem sehen sie, dass eine Einführung dann erleichtert wird, wenn die sozio-ökonomischen Bedingungen politischer Veränderung zuträglich sind und die wissenschaftlichen Erkenntnisse von der Regierung anerkannt werden.

Im Rahmen der Qualitätssicherung von Suchtprävention werden in Deutschland einige Aspekte der Implementationsforschung durch die Praxis schon lange bearbeitet. Unter dem Stichwort »Netzwerkarbeit« oder »zielorientierte Projektplanung« z. B. ist viel professionelles Erfahrungswissen gesammelt worden, wie Suchtprävention im Alltag gelingen kann (Landeskoordinierungsstelle Suchtvor-

beugung NRW und BZgA, 2009; 2013; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und BZgA 2013). Es sind auch einige Instrumente entwickelt worden, die den Transfer von Forschungsbefunden in die Praxis begleiten. Das Programm QIP (Qualität in der Prävention) der BZgA beispielsweise ist ein Verfahren, das eine Begutachtung der Evidenzbasierung einer Maßnahme erlaubt in Hinblick auf die Fragen, wo Handlungsbedarf ist und warum welche Methode verfolgt wird. Mit dot.sys, dem System zur Dokumentation von Suchtprävention, werden Informationen erhoben, die für Fragestellungen der Implementationsforschung relevant sind.

» Fazit und nächste Schritte

Der kurze Überblick zeigt – auch wenn er weit mehr über Evidenzen zur verhaltensbezogenen als zur verhältnisbezogenen Prävention informieren kann –, dass es durchaus zahlreiche Erkenntnisse und Evidenzen im Sinne gesicherten Forschungswissens gibt. Die BZgA trägt z. B. mit der regelmäßigen Drogenaffinitätsstudie, den Expertisen zur Wirksamkeit von Suchtprävention oder den Qualitätssicherungsinstrumenten entscheidend zum Aufbau dieser Evidenzgrundlage bei. Eine Erweiterung der Wissensbasis ist angesichts der blinden Flecken allerdings notwendig. Hier ist vor allem die klassische Interventionsforschung auf der Grundlage experimenteller Methodologie gefragt sowie die klassische Ursachenforschung anhand epidemiologischer, längsschnittlicher Beobachtungsstudien.

Völlig unzureichend und deshalb erheblich auszubauen ist allerdings erstens die systematische Einbeziehung der beiden anderen nicht-wissenschaftlichen Quellen, nämlich dem Expertenwissen auf der Grundlage jahrelanger Erfahrungen und dem Wissen über die spezifischen Bedingungen der jeweiligen Zielgruppen in ihrem sozialen Kontext. Weiterhin muss der Integrationsprozess dieser Erkenntnisse sowie der Transferprozess bei der möglichst effektiven Umsetzung des Wissens in die Praxis besser als bisher systematisch begleitet und untersucht werden, um daraus Leitlinien für solche komplexen Prozesse ableiten zu können. Die effektive Anwendung von präventiven Maßnahmen in unterschiedlichen Setings (z. B. Schule, Krankenhaus, Betrieb) und mit unterschiedlichen Zielgruppen mit unterschiedlichen Merkmalen und sozialen Bedingungen (z. B. Alter, soziale Schicht) wäre zwar in einer Folge zahlreicher experimenteller Studien (weitgehend) zu untersuchen, aber sehr zeitaufwendig und teuer. Die Nutzung anderer Erkenntnisse, praktische Erfahrungen und zielgruppenbezogenes Wissen kann deshalb eine sehr kosteneffektive Alternative sein. Diese Prozesse müssen allerdings systematisch ausgewertet und in Leitfäden zusammengestellt werden. Zweitens ist die effektive Integration und Gewichtung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen kaum untersucht. Dies gilt für die nationale, regionale, aber auch lokale Ebene, um ein Optimum an Geld- und Zeiteinsatz in Relation zu den Ergebnissen zu erreichen.

Das Memorandum zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention formuliert Handlungsempfehlungen, die als nächste Schritte zur Verbesserung der Situation zu verstehen sind (Expertinnen- und Expertengruppe »Kölner Klausurwoche« 2014, S. 22 f.):

Bessere Zusammenarbeit von Forschung und Praxis bei klarer Aufgabenteilung

Praxis und Forschung müssen sich über die Dimensionen, Inhalte und das Vorgehen bei der Evidenzbasierung wie auch -generierung in der Suchtprävention verständigen. Workshops, Tagungen und

Klausurwochen sind dafür ein geeigneter Rahmen. Dabei muss eine klare Aufgabenteilung bestehen: Für die qualifizierte Evaluation ist in der Regel die Wissenschaft und für die professionelle Durchführung von Projekten und Programmen die Praxis zuständig. Forschungsprojekte sollten aber vermehrt im Sinne eines partizipativen Arbeitsverständnisses von Wissenschaft und Praxis gemeinsam entwickelt werden. Ein solcher fachlicher Austausch zwischen Forschung und Praxis ist zu verstetigen und muss in einem verbindlichen Rahmen stattfinden, beispielsweise in Form von Qualitätszirkeln.

Forschung praxisnah gestalten

Die Suchtpräventionsforschung sollte sich durch praxisrelevante Fragestellungen und Untersuchungsgegenstände auszeichnen. Stärker als bisher sollten deshalb in systematischer Weise zentrale Anliegen und Fragen aus der Praxis aufgegriffen und unter Praxisbedingungen untersucht werden. Zudem sollte die Forschung über die Bedingungen der Implementierbarkeit bzw. Übertragbarkeit bereits als wirksam nachgewiesener Maßnahmen, Projekte und Programme ausgebaut werden. Eine Verbesserung der Qualitätssicherung der Suchtpräventionsforschung ist ein weiterer wichtiger Punkt. Beispielhaft seien hier der Aufbau eines transparenten Studienregisters und eine qualifizierte Nachwuchsförderung zu nennen. Um den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu verbessern, sind realisierbare Forschungsdesigns erforderlich. Insbesondere ist darauf zu achten, dass vor Beginn der eigentlichen Forschungsarbeit eine fundierte Prüfung des Zuganges zu der Zielgruppe stattfindet. Ferner sollten Forschungsdesigns immer auch eine Risikoanalyse beinhalten. Schließlich sollte der Austausch zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen aus verschiedenen Präventionsbereichen (z. B. Gewaltprävention, Ernährungsberatung) intensiviert werden. Eine fächerübergreifende Diskussion über die Möglichkeiten und Grenzen von Methoden der Evidenzgenerierung könnte die Präventionsforschung im deutschsprachigen Raum insgesamt stärken.

Praxis der Suchtprävention optimieren

An erster Stelle ist hier die nachhaltige Aus- und Fortbildung der Fachkräfte zum Thema Evidenzbasierung zu nennen. Dieses könnte zum einen die Akzeptanz evidenzbasierter Suchtprävention in der Praxis erhöhen und zum anderen zum verstärkten Einsatz evidenzbasierter Maßnahmen, Projekte und Programme führen. In diesem Zusammenhang sind die Ziele suchtpräventiver Aktivitäten nach innen und außen klar und nachvollziehbar zu benennen. Als zweites wird die Empfehlung ausgesprochen, dass die Praxis in der Zukunft verstärkt taugliche Instrumente zur Konzeptbegründung und -realisierung (z. B. zielorientierte Projektplanung ZOPP der BZgA) sowie zur Recherche von evidenzbasierten Maßnahmen, Projekten und Programmen nutzen sollte. Dafür stehen Projekt-, Methodendatenbanken und Bewertungsinstrumente wie »EDDRA« oder die »Grüne Liste Prävention« zur Verfügung. Hierbei wäre anzustreben, dass zukünftig ein einheitliches, qualitativ hochwertiges Bewertungsinstrument zur Verfügung stehen könnte. Zukünftig sollte auch die Vernetzung mit anderen Präventionsbereichen (z. B. Gewaltprävention) verbessert werden. Ein regelmäßiger fachlicher Austausch könnte die Evidenzbasierung der praktischen Präventionsarbeit bereichsübergreifend stärken. Um die genannten Ziele zu erreichen, ist eine abgesicherte und langfristige Finanzierung der Fachkräfte und Fachstellen eine unabdingbare Voraussetzung.

Forschungsförderung verändern

Bei Ausschreibungen und Projektförderungen in der Suchtpräventionsforschung sollte mehr als bisher auf realisierbare Anforderungen an Forschungspro-

jekte geachtet werden – unter anderem in Bezug auf Design, Zugänge, Setting, Budget und Laufzeit. Dienlich wäre hierbei ein mehrstufiges Vorgehen in Projektphasen, in denen beispielsweise großangelegte, quantitative Wirksamkeitsstudien komplexer Interventionen auf vorbereitenden Machbarkeits- bzw. Pilotstudien aufbauen. Einem solchen Zweck könnten ebenso mehrstufige Ausschreibungsverfahren dienen, bei denen in der zweiten Stufe – finanziell gefördert – die Forschungsdesigns realitätsgeprüft (Pretests) ausformuliert werden. Um die wissenschaftliche Evidenzgenerierung in der Suchtprävention zu stärken, sind zudem neue Akzentsetzungen in der Forschung erforderlich. Dazu gehören die Durchführung von Replikations- und vergleichenden Interventionsstudien sowie die Verstärkung der Implementationsforschung sowie die systematische Untersuchung einer Präventionsmethode in verschiedenen Settings im Rahmen eines Forschungsverbundes. Der wichtigen Frage, ob und wie suchtpräventive Maßnahmen langfristig wirken, müsste durch finanziell gut ausgestattete Vorhaben nachgegangen werden. Voraussetzung für neue Forschungsschwerpunkte wäre eine konstante Finanzierung von Forschungsaktivitäten in der Suchtprävention. Zudem ist es sehr wichtig, dass die Aufwendungen der Praxis im Rahmen von Forschungsprojekten regelhaft finanziert werden. Dies könnte die Akzeptanz von Forschungstätigkeiten in der Praxis weiter erhöhen.

» Literatur

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; BZgA (Hg.) (2013): Qualität in der Suchtprävention 2013. Evidenz schaffen für die Wirksamkeit suchtpräventiver Maßnahmen. Dokumentation der Augsburger Fachtagung. Online verfügbar: www.zpg-bayern.de/tl-files/catalog_upload/i/id-03_030119.pdf [Zugriff 22.11.2014].

Beelmann, A.; Karing, C. (2014): Implementationsfaktoren und -prozesse in der Präventionsforschung: Strategien, Probleme, Ergebnisse, Perspektiven. In: Psychologische Rundschau, 3, S. 129–139.

Bühler, A.; Kröger, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29). Köln (BZgA).

Bühler, A.; Thrul, J. (2013): Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs« (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46). Köln (BZgA).

BZgA (2012): Die Drogenaffinitätsstudie 2011. Teilbände Tabak, Alkohol, illegale Drogen. Online verfügbar: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention [Zugriff 22.11.2014].

Cairney, P.; Mamudu, H. (2014): The global tobacco control »endgame«: Change the policy environment to implement the FCTC. In: Journal of Public Health Policy. Doi 10.1057/jphp.2014.18.

Denis, A.; Heynen, S.; Kröger, C. (1994): Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Köln (BZgA).

DiFranza, J. R. (2012): Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? In: Tob Control, 21 (4), S. 436–442.

Durlak, J. A.; DuPre, E. P. (2008): Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. In: American Journal of Community Psychology (41), S. 327–350.

Ennett, S.; Foshee, V.; Bauman, K. u. a. (2010): A social contextual analysis of youth cigarette smoking development. In: Nicotine & Tobacco Research, 12 (9), S. 950–962.

Ennett, S.; Foshee, V.; Bauman, K. u. a. (2008): The social ecology of adolescent alcohol misuse. In: Child Development, 79 (6), S. 1777–1791.

Experten- und Expertinnengruppe »Kölner Klausurwoche« (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.

Guyatt G.; Sackett D.; Sinclair J. u. a. (1995): Users' guides to the medical literature 9. A method of gradinghealth care recommendations. In: Journal of the American Medical Association 274, S. 1800–1804.

Hawkins, J. D.; Catalano, R.; Miller, J. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. In: Psychol Bull, 112(1), S. 64–105.

Künzel-Böhmer, J.; Bühringer, G.; Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 13). Baden-Baden.

Kraus, L.; Pabst, A. (2010): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. In: Sucht, 56 (5), S. 309–384.

Kraus, L.; Pabst, A.; Piontek, D. (2012): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Band 181. München.

Lampert, T.; Kuntz, B.; KIGGS Study Group (2014): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 830–839.

Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW; BZgA (Hg.)(2009): Qualität in der Suchtprävention. Dokumentation der Fachtagung am 5. und 6. Mai 2009 in Düsseldorf. ginko Stiftung für Prävention, Münster.

Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW; BZgA (Hg.) (2013): Kommunale Alkoholprävention. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. Oktober 2013 in Düsseldorf. ginko Stiftung für Prävention, Münster.

National Academy of Sciences (2009): Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. The National Academies Press.

Petraitis, J.; Flay. B.; Miller, T. (1995): Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. In: Psychological Bulletin, 117, S. 67–86.

Schlömer, W.; Kalke, J. (2013): Bewertungs- und Klassifikationsinstrumente für die Suchtprävention: Aktueller Stand und zukünftige Herausforderungen. In: Suchttherapie. DOI 10.1055/s-0033-1363271.

Silbereisen, R. K.; Reese, A. (2001): Alkohol und illegale Drogen. In: Raithel, J. (Hg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen, S. 131–153.

Wittchen, H. U.; Behrendt, S.; Höfler, M. u. a. (2008): What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. In: Int J Methods Psychiatr Res, 17(Suppl 1), S. 16–29.

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – Zur Bedeutung von Altersbildern

Andreas Kruse

Das Programm »Älter werden in Balance«

Mit dem Programm »Älter werden in Balance« nimmt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine lebenslaufbezogene Sicht von Gesundheitsförderung, Prävention und Aufklärung ein. Mit der Betonung auf Balance wird zunächst ausgedrückt, dass die verschiedenen Dimensionen der Person (die körperliche, seelische, geistige, soziale und kulturelle Dimension) in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, und dass es zur Selbstgestaltung von Entwicklung gehört, alle Dimensionen im Auge zu behalten und immer wieder aufs Neue zur Verwirklichung, zum »Leben« zu bringen. Zugleich wird auf eine teilhabeförderliche Person-Umwelt-Relation hingewiesen, die für die Lebensqualität des Menschen von großer Bedeutung ist.

Gemeint ist hier, dass Menschen die Bereitschaft zeigen, die soziale Nahumwelt, die räumliche Umwelt, die gesellschaftlich-kulturelle Umwelt aktiv mitzugestalten (Weltgestaltung), dass ihnen aber auch Möglichkeiten geboten werden, dies zu tun (Teilhabe). Gemeint ist weiterhin, dass die räumliche Umwelt so gestaltet ist, dass sie Mobilität fördert und nicht behindert (präventive Umweltgestaltung). Und weiterhin spricht das Thema »Älter werden in Balance« gesellschaftlich-kulturelle Altersbilder an: Inwieweit sind diese Bilder von einer differenzierten Darstellung der Ressourcen und Potentiale des Alters, der Verletzlichkeit im Alter, schließlich der Präventions- und Rehabilitationspotenziale im Alter bestimmt?

Die differenzierte gesellschaftliche und kulturelle Repräsentation des Alters darf dabei in ihrem Einfluss auf die individuellen Altersbilder nicht unterschätzt werden. Schließlich sind mit »Älter werden in Balance« die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und damit zentrale Elemente einer Verhältnisprävention angesprochen. Damit wird für die soziale Ungleichheit auch in der Gruppe älterer Menschen sensibilisiert und die Notwendigkeit hervorgehoben, bei allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch der Therapie, Rehabilitation und Pflege besonderes Gewicht auf die Lebenslage eines Individuums zu legen.

Das Programm betont das Älterwerden. Es konzentriert sich somit nicht nur auf das höhere und hohe Alter, sondern es betont vielmehr das Älterwerden als lebenslangen Prozess. Damit wird ein wichtiger Befund der Gerontologie aufgegriffen, der deutlich macht, dass körperliche und seelisch-geistige Prozesse in späteren Lebensabschnitten von den Entwicklungsbedingungen und Entwicklungsprozessen in früheren Lebensabschnitten beeinflusst sind – ein Befund, der auf die große Bedeutung der Gesundheitsförderung, der Verhal-

tens- und Verhältnisprävention von frühen Lebensabschnitten an hinweist.

Der nachfolgende Beitrag stellt das Programm »Älter werden in Balance« in einen medizin-anthropologischen und gerontologischen Kontext. Er zeigt auf, dass sich dieses Programm auf zahlreiche Befunde stützen kann, die deutlich machen, wie wichtig das ausgewogene Verhältnis zwischen der körperlichen, seelischen, geistigen und kulturellen Dimension einer Person, aber auch zwischen Person und Umwelt für ein schöpferisches Leben im hohen und sehr hohen Alter ist. Wobei dieses schöpferische Potential im Alter auch in der Fähigkeit des Individuums zum Ausdruck kommt, selbst in Phasen erhöhter körperlicher, kognitiver und emotionaler Verletzlichkeit seelisch-geistige Entwicklungsschritte zu tun. Dabei ist die Verwirklichung dieser Fähigkeit in hohem Maße an kollektive und individuelle Altersbilder gebunden – ein Aspekt, auf den der folgende Beitrag besondere Aufmerksamkeit richtet.

» Was ist Gesundheit? Eine medizin-anthropologische Annäherung

Der Philosoph Hans Georg Gadamer geht von der Annahme aus, dass dem gesunden Menschen das Wesen der Gesundheit verborgen bleibe. Auf die Frage, was er unter Gesundheit verstehe, könne dieser im Kern nicht differenziert antworten. Erst im Falle eingetretener Erkrankungen erhelle sich dem Menschen, was er unter Gesundheit verstehe. Nämlich das, was ihm derzeit fehle. Dem gesunden Menschen bleibe die Gesundheit zunächst verborgen. Daraus erwachse die Aufgabe, sich in Zeiten der Gesundheit reflektiert mit der Frage auseinanderzusetzen, durch welche Merkmale sich Gesundheit im eigenen Verständnis auszeichne, was man selbst dafür tun könne, um Gesundheit zu erhalten. Zudem solle der Mensch schon früh nach Antwort auf die Frage suchen, inwieweit sich verschiedene Dimensionen der Gesundheit differenzieren lassen, zum Beispiel, eine körperliche, eine funktionelle und eine seelisch-geistige Dimension. Im Falle eingetretener Erkrankungen sei diese Differenzierung wichtig. Denn auch dann, wenn auf der körperlichen Dimension Einbußen und Störungen eingetreten seien, könne sich auf der funktionellen, vor allem aber auf der seelisch-geistigen Dimension weiterhin ein Entwicklungspotential zeigen, das als Merkmal von Gesundheit zu verstehen sei (Gadamer 1993).

Die hier angesprochenen seelisch-geistigen Kräfte bilden auch den thematischen Kern der von Aaron Antonovsky entwickelten Theorie der Salutogenese, die den Kohärenzsinn als jenen psychischen Mechanismus identifiziert, der zur Erhaltung seelischer Gesundheit auch unter dem Einfluss (zum Teil extremer) Stressoren beiträgt (Antonovsky 1979). Die Fähigkeit zur Erhaltung von Gesundheit auch im Falle von Krankheit wird dabei von Antonovsky wie folgt umschrieben: »Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, gesund. Der Verlust von Gesundheit ist natürlich; um den Erhalt der Gesundheit muss gekämpft werden. Was macht, was erhält einen Menschen gesund?« (S. 46) Wie die Pathogenese nach Ursachen für die Entstehung einer Krankheit fragt, so ist für die Salutogenese die Suche nach Ursachen für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit konstitutiv. Gesundheit oder die hergestellte Ordnung unseres Organismus ist als ein aktiv herbeigeführter Zustand zu begreifen, der das Ergebnis des Zusammenwirkens sozialer, psychischer und somatischer Bedingungen bildet.

Im Kontext dieses Bedingungsgefüges nimmt das Kohärenzgefühl, das den subjektiv empfundenen Zusammenhang des Individuums mit der Welt beschreibt, eine zentrale Stellung ein. Das Kohärenzgefühl definiert Antonovsky »als eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.« (ebd., S. 14)

Der subjektiv empfundene Zusammenhang des Individuums mit der Welt spiegelt sich dieser Theorie zufolge in den folgenden drei Faktoren wider: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Sie bilden zusammen das Kohärenzgefühl. Mit »Verstehbarkeit« wird ausgedrückt, dass Lebensereignisse – wie auch der persönliche Werdegang – sinnvoll geordnet sind und vom Individuum verstanden werden. »Handhabbarkeit« beschreibt die individuelle Überzeugung, Lebensereignisse bewältigen zu können. Entsprechend werden diese Ereignisse auch als Herausforderungen wahrgenommen, die das Individuum akzeptiert, mit denen es sich aktiv auseinandersetzt. Dabei beschränkt sich das Vertrauen nicht nur auf die eigene Person, sondern schließt ausdrücklich auch das Vertrauen in nahestehende Menschen oder in Gott ein. Mit »Bedeutsamkeit« wird ausgedrückt, dass das Individuum Lebensereignisse – wie auch bestimmte Lebensbereiche und biografische Entwicklungen – als wichtig und sinnvoll erkennt und erlebt.

Das Konzept der »Salutogenese« postuliert, dass Stressoren nicht nur in ihren potenziell negativen Einflüssen verstanden werden dürfen. Je nachdem, wie Menschen Stressoren erleben und auf diese antworten, können diese durchaus auch entwicklungsförderliche Einflüsse haben. In ähnlicher Weise ist in der »Pathosophie« von Viktor von Weizsäcker zu lesen: »Gesundheit ist nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird.« (von Weizsäcker 2005, S. 129) Ähnlich wie Antonovsky betont auch von Weizsäcker die (physischen, kognitiven, emotionalen, sozialen) Ressourcen des Menschen, die diesen in die Lage versetzen, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Diesem weiten Verständnis von Ressourcen liegt dabei ein umfassendes Person-Konzept zugrunde.

Für einen theoretisch-konzeptionellen Zugang zur Gesundheit im Alter sind das weite Ressourcen-Verständnis und das umfassende Person-Konzept in der Hinsicht bedeutsam, als das Wohlbefinden des Menschen in zunehmendem Maße von dessen Fähigkeit beeinflusst ist, gesundheitliche und funktionelle Einbußen seelisch-geistig zu bewältigen. Dies gilt vor allem für das hohe Alter, in dem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen zunimmt. Der Einsatz von Ressourcen mit dem Ziel, Einbußen möglichst weit zu kompensieren und eine persönlich tragfähige (optimistische, hoffnungsvolle, bejahende) Zukunftssicht aufrechtzuerhalten, bildet einen zentralen psychischen Mechanismus für die Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit im Falle von Krankheit.

Ludolf Krehl, Begründer einer Medizinischen Anthropologie, die das Subjekt in das Zentrum der Theorie stellt, entwickelt in seiner Schrift »Pathologische Physiologie« folgendes Verständnis von Krankheit: Jeder Krankheitsvorgang stelle etwas Neues dar, »das so noch nie da war und so nie wieder sein wird.« (Krehl 1906, S. 206) Die medizinische Betrachtung beschäftige sich mit

»zwei Reihen von Vorgängen«: Mit den allgemeinen Beziehungen der Morphologie, Physiologie, Ätiologie und Pathogenese im menschlichen Organismus wie auch mit der »Umgestaltung des Typisch-Menschlichen« durch die Persönlichkeit des Individuums. Hier spiegelt sich das umfassende Person-Konzept wider, das auch im Verständnis des experimentell arbeitenden Mediziners grundlegend für die Deutung von Krankheiten, deren Verlauf und deren Bewältigung ist.

Aus dem umfassenden Person- und Ressourcen-Ansatz ergeben sich unmittelbare Folgerungen für die Interaktion zwischen dem Patienten einerseits und jenen Personen, die für dessen Behandlung und Heilung verantwortlich sind, andererseits. In der Tradition dieser Medizinischen Anthropologie stehend, hat Richard Siebeck die »ärztliche Seite« dieser Interaktion wie folgt charakterisiert: Gesundes und krankes Leben müsse in seinen vielgestaltigen Beziehungen und Zusammenhängen gesehen werden. Das persönliche Wesen des Patienten sowie die biografischen und sozialen Zusammenhänge seien hier von großer Bedeutung. Der Arzt müsse »Erlerntes und Erfahrenes«, »Erkanntes und Empfundenes«, »Bewusstes und Unbewusstes« zusammenführen; in dieser Bewegung werde dieser hervorheben, was ihm »wesentlich« erscheine (Siebeck 1973, S. 172).

Eine bemerkenswerte Deutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses findet sich in den Aufzeichnungen des jüdischen Arzt Mosche ben Maimon (Moses Maimonides, *1135 in Córdoba, †1204 in Kairo). Damit Heilung (auch im Sinne des Heilseins verstanden) gelingt, müssten Arzt und Patient in ein rechtes Verhältnis zueinander kommen und den Bezug zu einem übergeordneten Ziel des Lebens gefunden haben (Maimonides 1992; siehe auch Hayoun 2009; Heidrich 2010). Diese Deutung diente dem Verfasser dieses Beitrags als Grundlage für folgendes Verständnis von Gesundheit (Kruse 2009): Diese sei nicht unser höchstes Gut. Sie solle vielmehr dazu dienen, unser Leben in den Dienst anderer Menschen, einer Idee, einer Sache zu stellen – und damit unser höchstes Gut zu verwirklichen. Dies heißt: Aus der Gesundheit erwächst auch Verantwortung – für das eigene Leben (Selbstverantwortung) wie für das Leben anderer (Mitverantwortung).

» Gesundheit im Alter aus Sicht der Prävention

Gesundheit im Alter wird in Arbeiten zur Präventionsforschung als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das sich aus fünf Dimensionen zusammensetzt (Kruse 2007):

1. Fehlen von Krankheiten und Krankheitssymptomen,
2. optimaler funktionaler Status,
3. aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufrieden stellende Lebensgestaltung,
4. gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen,
5. individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen legte eine Definition von Gesundheit im Alter vor, die sich an den verschiedenen Dimensionen des Alterns (der physischen, psychischen und sozialen Dimension) orientiert und somit vermeidet, das Altern ausschließlich als einen körperlich determinierten Prozess zu verstehen. In dem Bericht des Sachverständigenrates heißt es: »Die hohen präventiven Potentiale bei älteren Menschen werden unterschätzt. Um diese Potentiale zu realisieren, sollten sich die Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung

von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen.« (Kommission 2001, S. 129)

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter haben dabei folgende Ziele (Kruse 2002): Die

- Erhaltung einer aktiven, selbstständigen Lebensführung,
- Erhaltung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit,
- Vermeidung von körperlichen und psychischen Erkrankungen,
- Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung.

In Bezug auf den optimalen funktionalen Status als Merkmal von Gesundheit gewinnt das Konzept der aktiven Lebenserwartung (Katz u. a. 1983; Salomon u. a. 2013) große Bedeutung. Diesem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass Erkrankungen nicht notwendigerweise zu Behinderungen führen. Des Weiteren wird angenommen, dass sich Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege nicht allein in dem Hinausschieben von Erkrankungen (»Kompression der Morbidität«) (Fries u. a. 1989; Fries 2012), sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen widerspiegeln (Han u. a. 2013; Manton u. a. 1997).

In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die steigende Lebenserwartung vor allem mit einem Gewinn an aktiven Jahren einhergeht (Caprara u. a. 2013; Rechel u. a. 2013). Mit dem Begriff »aktive Jahre« wird dabei die aktive, selbstverantwortliche Lebensführung beschrieben, wie sich diese in der selbstständigen Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens widerspiegelt. Die 1917 geborenen Männer hatten im Alter von 67 bis 70 Jahren im Durchschnitt 73 % ihrer Lebensjahre in Aktivität verbracht, die 1917 geborenen Frauen 72,5 %. Für die 1927 geborenen Männer lag der Anteil der aktiven Jahre mit 81,5 % deutlich höher. Gleiches gilt für die 1927 geborenen Frauen, die im Alter von 67 bis 70 Jahren 77 % ihrer Lebensjahre in Aktivität verbracht hatten (Unger 2002).

» Verschiedenartigkeit und Plastizität von Alternsprozessen

Mit Blick auf die Entwicklung im Altern wird zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem und sozialem Altern unterschieden (Kruse und Wahl 2009). In diesen drei Dimensionen folgen Entwicklungsprozesse sehr verschiedenartigen Entwicklungsgesetzen. In der physiologisch-biologischen Dimension sind eher Verringerungen der Anpassungsfähigkeit und der Leistungskapazität des Organismus erkennbar, die sich in einer erhöhten Verletzlichkeit oder Anfälligkeit des älteren Menschen für Erkrankungen äußern. In der psychologischen Dimension finden sich sowohl Gewinne als auch Verluste: Gewinne sind vor allem in jenen Bereichen zu beobachten, die auf Erfahrung und Wissen sowie auf der gelungenen Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben in früheren Lebensjahren beruhen. Verluste treten eher in Bereichen auf, die in hohem Maße an die Umstellungsfähigkeit von Nervenzellverbänden gebunden sind, zum Beispiel das Kurzzeitgedächtnis oder eine hohe Geschwindigkeit im Denken.

In der sozialen Dimension ist mit Alter auf der einen Seite der Verlust bedeutsamer sozialer Rollen verbunden. Zugleich bedeutet in unserer Gesellschaft das Ausscheiden aus dem Beruf für nicht wenige Menschen eine späte Freiheit, da sie zu diesem Zeitpunkt nicht nur über eine gute Gesundheit,

sondern auch über zufriedenstellende materielle Ressourcen verfügen und die Alterssicherung in unserem Land (verglichen mit anderen Ländern, verglichen mit der Sicherung von Kindern) relativ hoch und stabil ist. Die soziale Dimension zeigt aber auch, dass der Einfluss kultureller Deutungen des Alters auf den gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit Alter sehr groß ist (Rosenmayr 2011).

Erst allmählich setzt sich in unserer Gesellschaft ein kultureller Entwurf des Alters durch, der die seelisch-geistigen und sozialkommunikativen Stärken älterer Menschen betont und in diesen eine Grundlage für die kreative Lösung von gesellschaftlich relevanten Fragen sieht (zum Beispiel durch bürgerschaftliches Engagement) (siehe die Beiträge in Kruse 2010 und 2011).

Neben der Notwendigkeit, zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem und sozialem Altern zu differenzieren, ist es auch wichtig, die positive Beeinflussbarkeit von Entwicklungsprozessen im Alter aufzuzeigen. Die Plastizität körperlicher wie auch seelisch-geistiger Prozesse im Alter wird heute erheblich unterschätzt.

Die positiven Effekte des körperlichen und geistigen Trainings auf die Leistungsfähigkeit sprechen für ein hohes Maß an Plastizität und damit für die positive Beeinflussbarkeit von Entwicklungsprozessen im Alter (Lövdèn u. a. 2010). Durch die Schaffung engagementförderlicher Strukturen kann die Gesellschaft einen Beitrag zur Förderung des mitverantwortlichen Lebens älterer Menschen in der Arbeitswelt wie auch in der Zivilgesellschaft leisten. Durch die Schaffung gesundheits- und kompetenzförderlicher Strukturen leistet die Gesellschaft einen Beitrag zur Erhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sowie zur Verarbeitung gesundheitlicher und funktioneller Einbußen bis ins hohe Alter.

Im Kontext derartiger Strukturen entwickeln sich im Lebenslauf emotionale, kognitive, sozialkommunikative, alltagspraktische und körperliche Ressourcen, die die Grundlage für ein persönlich sinnerfülltes, schöpferisches und sozial engagiertes Altern bilden (Kruse 2014). Gestaltungsfähigkeit und Gestaltungswille des Individuums – in der frühen psychologischen Forschung mit dem Begriff der Plastik, in der psychologischen Forschung mit dem Begriff der Selbstregulation umschrieben (Brandtstädter 2007) – enden nicht mit einem bestimmten Lebensalter, sondern bilden ein über die gesamte Lebensspanne bestehendes Entwicklungspotenzial.

» Bedeutung gesellschaftlicher Altersbilder für die Entwicklung älterer Menschen

Altersbilder gehen einher mit spezifischen Kompetenz- und Rollenerwartungen, die in spezifischen Situationen erhebliche Barrieren für die Ausbildung und Nutzung von individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten darstellen können. Die im Arbeitskreis von Margret Baltes durchgeführten Untersuchungen zu sozialen und institutionellen Ursachen von Unselbständigkeit belegen, dass unselbständiges Verhalten älterer Menschen in stationären Einrichtungen häufig weniger auf im Alternsprozess eingetretene Kompetenzeinbußen als vielmehr auf soziale und institutionelle Verstärkungspläne zurückgeht, in denen sich negative Erwartungen hinsichtlich des Alternsverlaufs widerspiegeln (Baltes 1996).

Gleichzeitig belegen Interventionsstudien, in denen ein eigens entwickeltes Trainingsprogramm für Mitarbeiter des Pflegepersonals in Altenheimen eingesetzt wurde (Baltes u. a. 1994), dass es möglich ist, durch eine Schulung des Pflegeperso-

nals defizitorientierte Altersbilder zu verändern und so zu einer Zunahme selbständigen Verhaltens von Altenheimbewohnern beizutragen.

Als auf vermeintlich alterstypische Ansprüche, Bedürfnisse und Bedarfe gerichtete Meinungen und Überzeugungen haben Altersbilder Einfluss auf die Ausgestaltung sozialer Institutionen und institutioneller Praktiken. Altersbilder tragen so zur gesellschaftlichen Definition von Verhaltensspielräumen und zur Ressourcenallokation ebenso bei wie zur Entwicklung und Nutzung von Potentialen und zu Vorstellungen von intergenerationeller Solidarität und Generationengerechtigkeit.

» Bedeutung der Altersbilder älterer Menschen für die eigene Entwicklung

Als auf den Verlauf und die Gestaltbarkeit von Alternsprozessen gerichtete allgemeine Meinungen und Überzeugungen haben Altersbilder Bedeutung für die Antizipation, Wahrnehmung, Deutung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, für die individuelle Dynamik von Zielbindung, Zielverfolgung und Zielablösung sowie für das Aufsuchen und Gestalten oder Vermeiden spezifischer Entwicklungskontexte und die Nutzung bestehender Entwicklungsoptionen (Brandtstädter 2007; Schmitt 2013).

In der »Ohio Longitudinal Study of Aging and Retirement« wiesen Personen, die im Jahre 1975 ihren eigenen Alternsprozess positiv beurteilten, 20 Jahre später eine deutlich bessere funktionale Gesundheit und eine um 7,5 Jahre höhere Lebenserwartung auf, als in Alter, objektivem Gesundheitszustand, Geschlecht, Einkommen, sozialer Integration, ethnischer Gruppenzugehörigkeit, subjektivem Gesundheitszustand und sozioökonomischem Status im Jahre 1975 vergleichbare Personen, die sich durch eine weniger günstige Selbstwahrnehmung eigenen Alterns auszeichneten (Levy 2003). Eine positive Selbstwahrnehmung eigenen Alterns ging mit höheren internalen Kontrollüberzeugungen einher – einem stärkeren Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Bedürfnisse, Anliegen und Ziele verwirklichen und Aufgaben und Anforderungen des Alterns meistern zu können. Entsprechend zeichneten sich Personen mit einer positiven Selbstwahrnehmung eigenen Alterns eher durch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aus.

In der »Baltimore Longitudinal Study of Aging« erwiesen sich die 1968 erhobenen Altersstereotype nach Kontrolle für Alter, BMI, Depression, Bildung, Blutdruck, Todesfälle infolge kardiovaskuläre Erkrankungen in der Familie, Geschlecht, Familienstand, chronische Erkrankungen, Ethnizität, subjektive Gesundheit, Serum-Cholesterin und Nikotin als bedeutsamer Prädiktor kardiovaskulärer Ereignisse (Levy u. a. 2009). Von den Untersuchungsteilnehmern mit einem im Vergleich zum Gruppenmittel positiveren Altersstereotyp im Jahr 1968 waren in den folgenden 30 Jahren 13 Prozent von einem kardiovaskulären Ereignis betroffen, von den Untersuchungsteilnehmern mit einem im Vergleich zum Gruppenmittel negativeren Altersstereotyp im Jahr 1968 dagegen 25 Prozent.

Der Verlauf von Alternsprozessen, die Realisierung von Entwicklungschancen und Potentialen sowie der Umgang mit Risiken, Verlusten und Verletzlichkeit sind erheblich von individuellen und gesellschaftlichen Altersbildern beeinflusst. Die dargestellten Befunde machen deutlich, dass das Bemühen um eine Beeinflussung von Altersbildern – sei es im Sinne einer Korrektur nicht haltbarer Defizitannahmen, sei es im Sinne einer Differenzierung von Perspektiven auf Alter und ältere Menschen, sei es im Sinne einer Beeinflus-

sung der Salienz der Kategorie Alter oder spezifischer Prototypen – ein lohnendes Interventionsziel darstellt. Auch wenn es eine definitive Lösung, im Sinne der Etablierung eines verbindlich anzustrebenden Altersbildes nicht gibt und infolge der Heterogenität und Plastizität des Alters auch nicht geben kann.

» Die Integration einer Entwicklungs- und Verletzlichkeitsperspektive in ihrer Bedeutung für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit

Entwicklungs- und Potentialperspektive

Die gesellschaftliche, kulturelle und politische Betrachtung des Alters sollte vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Befunde und zahlreicher gesellschaftlicher Erfahrungen nicht allein von Belastungsdiskursen bestimmt sein, sondern auch Potentialdiskurse auf- und ernstnehmen, wie diese in Wissenschaft, Praxis und Politik heutzutage auch geführt werden. Belastungsdiskurse lassen vielfach unberücksichtigt, dass das Lebensalter allein keine Aussage über Selbstständigkeit und Selbstverantwortung, über Kreativität und Produktivität eines Menschen rechtfertigt: Von der wachsenden Anzahl älterer Menschen auf eine entsprechende Zunahme finanzieller Belastungen unserer Gesellschaft schließen zu wollen, erscheint danach als ungerechtfertigt (Kruse 2013).

Dies gilt auch angesichts der Tatsache, dass der Alternsprozess gesellschaftlich wie individuell gestaltbar ist: Durch die Schaffung engagementförderlicher Strukturen kann die Gesellschaft einen Beitrag zur Förderung des mitverantwortlichen Lebens älterer Menschen in der Arbeitswelt wie auch in der Zivilgesellschaft leisten – und zwar eines mitverantwortlichen Lebens, das von älteren Frauen und Männern als sinnstiftend und bereichernd erlebt wird. Durch die Schaffung gesundheits- und kompetenzförderlicher Strukturen – im Sinne der Stärkung von Bildung, Prävention und Rehabilitation für alle Altersgruppen und für alle Sozialschichten – leistet die Gesellschaft einen Beitrag zur Erhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sowie zur Verarbeitung gesundheitlicher und funktioneller Einbußen bis ins hohe Alter. Im Kontext derartiger Strukturen entwickeln sich im Lebenslauf emotionale, kognitive, sozialkommunikative, alltagspraktische und körperliche Ressourcen, die die Grundlage für ein persönlich sinnerfülltes, schöpferisches und sozial engagiertes Altern bilden.

Entscheidend für dessen Verwirklichung sind neben der individuellen Motivlage (»Wenn nicht ich für mich, wer denn dann? Wenn nicht jetzt, wann denn dann?«), die in der Biografie entwickelten Ressourcen des Individuums, gesellschaftliche Strukturen, die die Aufrechterhaltung, Weiterentwicklung und Nutzung dieser Ressourcen fördern, sowie Alters-, Generationen- und Menschenbilder, die sich positiv auf die individuelle Motivlage auswirken.

Es lassen sich heute überzeugende Beispiele für die gesellschaftlichen und individuellen Potentiale des Alters finden, die deutlich machen, wie sehr ältere Menschen mit ihren differenzierten Wissenssystemen, reflektierten Erfahrungen und Handlungsstrategien nachfolgende Generationen zu bereichern vermögen und welchen Beitrag sie mit ihrer Produktivität und Kreativität zum Humanvermögen in der Arbeitswelt wie auch in der Zivilgesellschaft leisten (Kommission 2006 und 2011).

Vor dem Hintergrund der Gestaltungsfähigkeit und des Gestaltungswillens des Individuums,

vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und individuellen Potentiale des Alters erscheint der einseitige Belastungsdiskurs als Anachronismus. An die Stelle eines einseitigen Belastungsdiskurses sollte vielmehr ein Diskurs treten, der zwei Perspektiven miteinander verbindet: die Potentialperspektive einerseits, die Verletzlichkeitsperspektive andererseits.

Mit der Potentialperspektive sind dabei die potentiellen Stärken und Kräfte des Alters angesprochen, zu denen neben differenzierten Wissenssystemen, reflektierten Erfahrungen und effektiven, vielfach erprobten Handlungsstrategien auch die Fähigkeit zu zählen ist, selbst im Falle von Belastungen und Verlusten eine positive Lebenseinstellung aufrechtzuerhalten. Dabei zeugt das empirisch fundierte Zufriedenheitsparadoxon – mit dem die Erhaltung oder Wiederherstellung von Zufriedenheit trotz bestehender Einschränkungen und Belastungen umschrieben wird – von hoher kognitiv-emotionaler Kompetenz. Es ist zudem ein bemerkenswertes Beispiel für die psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) im hohen und sehr hohen Alter (Greve und Staudinger 2006; Robert Bosch Stiftung 2013). Zudem werden die erlebte und praktizierte Mitverantwortung für nachfolgende Generationen (Generativität) wie auch die Fähigkeit und Bereitschaft, das eigene Leben in eine umfassende Ordnung zu stellen (Gerotranszendenz) – in eine kosmische Ordnung oder aber in die Ordnung der Generationenfolge –, als Potentiale des Alters beschrieben (Kruse und Schmitt 2012).

Verletzlichkeitsperspektive

Mit der Verletzlichkeitsperspektive sind die vor allem im sehr hohen Alter abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit sowie das wachsende Risiko körperlicher, cerebrovaskulärer und neurodegenerativer Erkrankungen angesprochen. Die Reaktionen des Organismus werden vom Individuum gerade im sehr hohen Alter (ungefähr ab der zweiten Hälfte des neunten Lebensjahrzehnts) als mehr und mehr unvorhersehbar und unkontrollierbar wahrgenommen. Zudem ist die Regenerationsfähigkeit nach eingetretenen Krankheitsepisoden in diesem Alter erkennbar reduziert. Der Begriff der Verletzlichkeit ist nicht einfach gleichzusetzen mit Multimorbidität, auch nicht mit Pflegebedürftigkeit. Entscheidend sind vielmehr die deutlich reduzierten Leistungs-, Kompensations- und Restitutionsreserven, schließlich die deutlich erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen und funktionelle Einbußen.

Nun wäre es falsch, würde man die Potentialperspektive und die Verletzlichkeitsperspektive immer streng voneinander trennen. Vielmehr ist es gerade im sehr hohen Alter notwendig, diese beiden Perspektiven miteinander zu verbinden, zu integrieren: Auch im Falle deutlich erhöhter Verletzlichkeit zeigen viele Frauen und Männer bemerkenswerte Potentiale, so zum Beispiel ein bemerkenswertes Lebenswissen, eine ausgeprägte psychische Widerstandsfähigkeit und die Fähigkeit, trotz der deutlich erhöhten Verletzlichkeit eine akzeptierende oder sogar positive Lebensperspektive zu bewahren.

Und umgekehrt darf im ausgehenden mittleren Erwachsenenalter und im höheren Alter nicht übersehen werden, dass Menschen trotz zahlreicher Entwicklungspotentiale durchaus eine erhöhte körperliche Verletzlichkeit aufweisen können: die kontinuierlich zunehmende Auftretenshäufigkeit von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen wie auch von Tumoren im siebten und achten Lebensjahrzehnt deuten auf die erhöhte Verletzlichkeit auch im höheren Alter hin. Dabei ist allerdings diese Verletzlichkeit in Form und Ausprägung nicht mit jener zu vergleichen, die im hohen und sehr hohen Alter zu beobachten ist (Sieber 2010).

Die Integration beider Perspektiven als eine Grundlage für eine Anthropologie des Alters

In einer Anthropologie des Alters sind die beiden Aspekte (Potentiale und Verletzlichkeit) konsequent zusammenzuschauen, was alles andere bedeutet als eine einfache Defizitsicht des Alters (Rentsch 2012). Mit einer Defizitsicht des Alters ist ja die Annahme verbunden, dass sich im höheren Lebensalter notwendigerweise alle Fähigkeiten, Fertigkeiten und Funktionen zurückbilden.

Wir vertreten hier vielmehr die Annahme, und diese ist wissenschaftlich sehr gut fundiert, dass die verschiedenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Funktionen im hohen und sehr hohen Lebensalter sehr unterschiedliche Entwicklungsverläufe zeigen. Im seelisch-geistigen Bereich können speziell die erfahrungsgebundenen Fähigkeiten und Fertigkeiten eine weitere Zunahme und Differenzierung zeigen, während jene der Informationsverarbeitung, der Umstellung und der Anpassung an neue Anforderungen eher Verluste erkennen lassen (Kruse und Schmitt 2010).

Weiterhin sind die interindividuellen Unterschiede im Alternsprozess hervorzuheben: Menschen unterscheiden sich bedingt durch genetische Prädisposition, durch körperliche, seelisch-geistige und soziale Entwicklungsprozesse im Lebenslauf, durch erfahrene oder fehlende Anregung und Förderung im Lebenslauf erheblich in ihrem Altern (Kessler und Staudinger 2010). Zusammenfassend: Potentiale und Verletzlichkeit stehen in einem individuell spezifischen Verhältnis, wobei dieses Verhältnis auch durch die soziale Schichtzugehörigkeit – und dies bedeutet immer auch: durch die Bildungs-und Berufsbiografie – vermittelt ist.

» Altersfreundliche Kultur

Diese Überlegungen bilden auch Grundlage für die Definition einer altersfreundlichen Kultur, die ihrerseits eine Rahmenbedingung für das schöpferische und persönlich sinnerfüllte Leben im Alter darstellt. Mit dem Programm »Älter werden in Balance« ist auch die Notwendigkeit angesprochen, zur Entwicklung einer altersfreundlichen Kultur beizutragen. Diese zeichnet sich durch sieben Merkmale aus (Kruse 2013):

1. Zunächst ist die Einbeziehung älterer Menschen in den gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Diskurs – dabei auch in den gesellschaftlichen und kulturellen Fortschritt – zu nennen. Nicht selten ist im öffentlichen Diskurs die Tendenz erkennbar, über ältere Menschen zu sprechen, aber eben nicht mit diesen. Über ältere Menschen, aber nicht mit diesen zu sprechen, legt die Annahme nahe, dass diese nicht als aktiver, mitverantwortlich handelnder Teil der Gesellschaft wahrgenommen, ja, dass diese in ihren Potentialen nicht wirklich ernstgenommen werden. In einer altersfreundlichen Kultur kommen ältere Frauen und Männer in gleicher Weise zu Wort, wird diesen in gleicher Weise Respekt entgegengebracht wie jüngeren Menschen. Eine altersfreundliche Kultur verallgemeinert nicht über die Gruppe der älteren Menschen, sondern achtet die Einzigartigkeit des Seins älterer Frauen und Männer. Dies gilt auch für jene Frauen und Männer, die an einer Demenz erkrankt sind.
2. Mit dem erstgenannten Merkmal einer altersfreundlichen Kultur verwandt, doch einen etwas anderen Akzent setzend, ist die intergenerationelle Perspektive, die das zweite Merkmal einer altersfreundlichen Kultur bildet: Das Alter wird in eine Intergenerationenperspektive integriert, wobei ausdrücklich festzustellen ist (empirische

Befunde stützen diese Aussage), dass zwischen den Generationen ein reger Austausch von Anregungen, Wissen, Erfahrungen, Hilfeleistungen und Sympathiebekundungen besteht. Dieses Eingebundensein in eine Generationenfolge bildet für ältere Menschen noch mehr als für jüngere eine bedeutende Ausdrucksform von Teilhabe. Dies gilt auch für jene Frauen und Männer, die an einer Demenz erkrankt sind.

3. Eine altersfreundliche Kultur artikuliert das vitale Interesse an den Potentialen im Alter (die von Person zu Person sehr verschieden ausfallen können) und schafft Rahmenbedingungen, die sich förderlich auf die Verwirklichung von Potentialen auswirken. Zu diesen zählt die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen, wie zum Beispiel Bürgerzentren und sorgende Gemeinschaften, in denen sich die Generationen begegnen, gegenseitig befruchten und unterstützen: Ein bedeutender Anreiz zur Verwirklichung von Potentialen im Alter.
4. Eine altersfreundliche Kultur begegnet älteren Frauen und Männern, bei denen die Verletzlichkeit deutlich zum Ausdruck kommt, mit Respekt und Sensibilität. Sie schafft sozialräumliche Kontexte, die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung fördern und die Teilhabe sichern: Zu nennen sind Begegnungsmöglichkeiten im Wohnquartier, differenzierte, zielgruppenspezifische Dienstleistungssysteme sowie barrierefreie Umwelten, die sich positiv auf die Erhaltung oder Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Mobilität auswirken.
5. Auch im Falle schwerer körperlicher und kognitiver Verluste eines älteren Menschen achtet eine altersfreundliche Kultur dessen Einzigartigkeit, bringt sie ihren Respekt vor dessen Menschenwürde zum Ausdruck, vermeidet sie es, die Lebensqualität dieses Menschen von außen bestimmen zu wollen, spricht sie diesem nicht das grundlegende Recht auf Teilhabe wie auch auf eine fachlich und ethisch fundierte medizinisch-pflegerische Betreuung ab. Eine Graduierung der Menschenwürde wird genauso vermieden wie eine altersbestimmte Abstufung des Umfangs und der Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen. Entscheidend für diese Leistungen ist allein die fachlich begründete Indikation, jedoch nicht das Lebensalter.
6. Eine altersfreundliche Kultur ist vom Bemühen bestimmt, soziale Ungleichheit innerhalb der Gruppe älterer Menschen abzubauen und dabei sicherzustellen, dass jeder Mensch – unabhängig von Bildung, Einkommen, Sozialschicht – die sozialen und medizinisch-pflegerischen Leistungen erhält, die sich in seiner konkreten Lebenssituation als notwendig erweisen.
7. Eine altersfreundliche Kultur leugnet nicht die Rechte, Ansprüche und Bedürfnisse jüngerer Menschen, sondern ist vielmehr von dem Bemühen bestimmt, die Rechte, Ansprüche und Bedürfnisse aller Generationen zu erkennen und anzuerkennen, wobei keine Generation bevorzugt oder benachteiligt wird. Dies ist auch bei Überlegungen zur Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme ausdrücklich zu bedenken.

Literatur

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping.
New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

Baltes, M. M. (1996): The many faces of dependency in old age. New York.

Baltes, M. M.; Neumann, E.-M.; Zank, S. (1994): Maintenance and rehabilitation in old age:
An intervention program for staff. In: Psychology and Aging, 9, S. 179–188.

Brandtstädter, J. (2007): Das flexible Selbst.
Selbstentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung. Heidelberg.

Caprara, M.; Molina, M. A.; Schettini; R. u. a. (2013):
Active aging promotion: Results from the Vital Aging Program. Current Gerontology and Geriatrics Research, Article ID 817813, 14 pages, DOI: org / 10.1155/2013/817813.

Fries, J. F. (2012): The theory and practice of active aging. Current Gerontology and Geriatrics Research, Article ID 420637, 7 pages, DOI: 10.1155/2012/420637.

Fries, J. F.; Green, L. W.; Levine, S. (1989): Health promotion and the compression of morbidity.
In: Lancet, 1, S. 481–483.

Gadamer, H. G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt.

Greve, W.; Staudinger, U. M. (2006): Resilience and self in old age.
In: Cicchetti, D.; Cohne, D. J. (Hg.): Resilience in later adulthood and old age: resources and potentials for successful aging (Developmental Psychopathology, Vol. 3). New York, S. 796–840.

Han, L.; Allore, H.; Murphy, T. u. a. (2013): Dynamics of functional aging based on latent-class trajectories of activities of daily living. In: Annals of Epidemiology, 23, S. 87–92.

Hayoun, M.-R. (1999): Maimonides. Arzt und Philosoph im Mittelalter. München.

Heidrich, P. (2010): Im Gespräch mit Meister Eckhart und Maimonides. Rostocker Theologische Studien 22, herausgegeben von H. M. Niemann. Münster.

Katz, S.; Branch, L. G.; Branson, M. H. u. a. (1983): Active life-expectancy.
In: New English Journal of Medicine, 309, S. 1218–1224.

Kessler, E.-M.; Staudinger, U. M. (2010): Emotional resilience and beyond:
A synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology. In: Frey, P. S.; Keyes, C. L. (Hg.): New Frontiers of Resilient Aging. Cambridge, S. 258–282.

Kommission (2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.
Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.
Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation. Baden-Baden.

Kommission (2006): Potentiale des Alters. Fünfter Altenbericht der Bundesregierung.
Berlin (Drucksache des Deutschen Bundestages).

Kommission (2011): Altersbilder in unserer Gesellschaft. Sechster Altenbericht der Bundesregierung.
Berlin (Drucksache des Deutschen Bundestages).

Krehl, L. v. (1906): Pathologische Physiologie. Leipzig.
Kruse, A. (2002): Gesund altern. Stand der Präventionsforschung und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden.
Kruse, A. (2007): Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In: Brandtstädter, J.; Lindenberger, H. (Hg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart, S. 624–655.
Kruse, A. (2009): Coping – Anthropologische Überlegungen zur Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen. In Schaeffer, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf. Bern, S. 179–206.
Kruse, A. (Hg.) (2010): Leben im Alter – Eigen- und Mitverantwortlichkeit aus der Perspektive von Gesellschaft, Kultur und Politik. Heidelberg.
Kruse, A. (Hg.) (2011): Kreativität im Alter. Heidelberg.
Kruse, A. (2013): Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung? Ein Gegenentwurf. Freiburg.
Kruse, A. (2014): Entwicklungspotentiale und Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter – eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Annäherung. In: Psychotherapie im Alter, 1, S. 56–78.
Kruse, A.; Schmitt, E. (2010): Potentiale des Alters im Kontext individueller und gesellschaftlicher Entwicklung. In: Kruse, A. (Hg.): Potentiale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft. Heidelberg, S. 3–30.
Kruse, A.; Schmitt, E. (2012): Generativity as a route to active ageing. Current Gerontology and Geriatrics Research, Article ID 647650, 9 pages, DOI: 10.1155/2012/647650.
Kruse, A.; Wahl, H. W. (2009): Zukunft Altern – individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg.
Levy, B. R. (2003): Mind matters: Cognitive and physical effects of aging stereotypes. In: Journal of Gerontology, 58, S. 203–211.
Levy, B. R.; Zonderman, A. B.; Slade, M. D. u. a. (2009): Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. In: Psychological Science, 20, S. 296–298.
Lövdén, M.; Bäckman, L.; Lindenberger, U. u. a. (2010): A theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. In: Psychological Bulletin, 136, S. 659–676.
Maimonides (1992): Eine Abhandlung zur jüdischen Ethik und Gotteserkenntnis. Hamburg.
Manton, K. G.; Stallard, E.; Corder, L. S. (1997): Changes in the age dependence of mortality and disability: cohort and other determinants. In: Demography, 34, S. 135–157.
Rechel, B.; Grundy, E.; Robine, J.-M. u. a. (2013): Ageing in the European Union. In: Lancet, 381, S. 1312–1322.
Rentsch, T. (2012): Ethik des Alterns: Perspektiven eines gelingenden Lebens. In: Kruse, A.; Rentsch, T.; Zimmermann, H.-P. (Hg.): Gutes Leben im hohen Alter. Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg, S. 63–72.
Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2013): Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie (Studie des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg). Stuttgart.
Rosenmayr, L. (2011): Im Alter noch einmal leben. Wien.

Salomon, J. A.; Wang, H.; Freeman, M. K. u. a. (2013): Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. In: Lancet, 380, S. 2144–2162.

Schmitt, E. (2013): Altersbilder als Determinanten für Selbstwahrnehmung und Verhalten älterer Menschen. In: Psychotherapie im Alter, 10, S. 161–176.

Siebeck, R. (1973): Medizin in Bewegung. Stuttgart.

Sieber, C. (2010): Ernährungsaspekte im Alter unter wissenschaftlichen und ethischen Gesichtspunkten. In: Kruse, A. (Hg.): Leben im Alter – Eigen- und Mitverantwortlichkeit aus der Perspektive von Gesellschaft, Kultur und Politik. Heidelberg, S. 279–287.

Unger, R. (2002): Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich. Phil. Dissertation. Heidelberg (Ruprecht-Karls-Universität).

Weizsäcker, V. v. (2005): Pathosophie. Frankfurt.

03

Meilensteine: Kampagnen und Vernetzung

Von der AIDS-Aufklärung zur HIV- und STI-Prävention: Die Entwicklung von »Gib AIDS keine Chance«

Christine Winkelmann, Wolfgang Müller und Ursula von Rüden

Die Anfänge: AIDS als gesellschaftliche Bedrohung und erste strategische Entscheidungen

Mit dem Immunschwäche-Syndrom AIDS sah sich die Welt Anfang der 1980er-Jahre einer neuen Infektionskrankheit gegenüber. Schnell wurde deutlich, wie gering das Wissen über die neue Virus-Infektion war, und auch, dass ein medizinischer Lösungsweg zumindest kurzfristig nicht zur Verfügung stehen würde. Mitte der achtziger Jahre wurde AIDS weltweit zu einem zentralen Medienthema, und auch in Deutschland entstand zunächst ein gesellschaftliches Klima, das durch massive Unsicherheit bezüglich der Infektionswege und daraus resultierenden Ängsten bis hin zu Panik geprägt war. Zwei Drittel der Bevölkerung nannten damals AIDS als eine der gefährlichsten Krankheiten (BZgA 2012). Sensationsheischende und Panik schürende Medienberichte waren an der Tagesordnung.

Die Politik reagierte im März des Jahres 1987: Unter der Überschrift »AIDS darf nicht uns – wir müssen AIDS besiegen, AIDS-Offensive der Bundesregierung« (Czada und Friedrich-Czada 1990) wurde ein Katalog von Maßnahmen formuliert, der

die Anwendung seuchenrechtlicher Eingriffsmaßnahmen »gegen Personen, die rücksichtslos und vorsätzlich die Infektion verbreiten« (Deutscher Bundestag 1987, S. 2) nicht ausschloss, im Kern aber auf Arbeitsteilung, Kooperation, Koordination, unabhängige wissenschaftliche Beratung und Aufklärung baute.

Damit entwickelte sich in der Bundesrepublik relativ schnell ein gesellschaftlicher Konsens über die Strategie der AIDS-Prävention. Diese lässt sich durch die drei Basisbotschaften charakterisieren:

– Informiere Dich
– Schütze Dich
– Handle solidarisch

Auf Grundlage dieser Botschaften entwickelten Bund, Länder, der Selbsthilfebereich, teilweise auch die Kommunen, Verbände und Betriebe Aufklärungsmaßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen. Vor allem aber schufen sie strukturelle Voraussetzungen für bevölkerungsweite und zielgruppennahe Prävention.

Damit hatte sich das Konzept der »gesellschaftlichen Lernstrategie« gegenüber einer klassischen Seuchenstrategie durchgesetzt. Mittels Methoden der Aufklärung und Motivation, durch Arbeitsteilung und Kooperation, sowie durch Ressourcenmobilisierung und Infrastrukturbildungen für Prävention und Versorgung sollte ein maximaler Schutz der Bevölkerung vor AIDS erreicht werden. Die Prinzipien der Eigenverantwortung, Freiwilligkeit, Anonymität und Nichtausgrenzung von Betroffenen wurden dabei als Voraussetzung des gesellschaftsweiten Lernprozesses betrachtet (Rosenbrock 1987; Rosenbrock u. a. 1994).

Diese Strategie nutzt gesundheits- und sozialwissenschaftliche Konzepte wie z. B. Ansätze der Verhaltensänderung und Gesundheitsaufklärung, des Empowerments sowie der sozialen und politischen Veränderung (Naidoo und Wills 2010). Mit der erfolgreichen politischen Durchsetzung der »Lernstrategie« entstand ein bis heute andauernder und auf einem breiten gesellschaftlichen Konsens basierender Prozess, der als einer der ersten und umfassendsten gesellschaftsweiten Anwendungsfälle eines modernen Public Health-Ansatzes in Deutschland angesehen werden kann und auch von anderen Ländern als Modell gesehen wird (Töppich u. a. 2001).

Die Kampagne »Gib AIDS keine Chance«: Ziele und erste Schritte

Als mit der Erarbeitung der AIDS-Präventionskampagne begonnen wurde, betraten die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und ihre Kooperationspartner in vielerlei Hinsicht Neuland: So gab es weltweit kein Beispiel für eine Kampagne, die Tabuthemen aufgreift und die gesamte Bevölkerung erreicht. Und auch das Wissen zu AIDS und HIV war aus heutiger Sicht lückenhaft.

Es ging also auch darum, so schnell wie möglich neue Erkenntnisse zu gewinnen, die für die zukünftig erfolgreiche Prävention genutzt werden konnten. In dieser Phase organisierte die BZgA nationale und westeuropäische Expertentreffen, um das in unterschiedlichen Kontexten gewonnene neue Wissen auszutauschen, abzugleichen und im Hinblick auf seine praktische Relevanz und Realisierbarkeit zu bewerten. In diesen Expertentreffen wurden von Anbeginn an auch Vertreter aus Politik, Wissenschaft und präventionsrelevanten gesellschaftlichen Organisationen einbezogen, um die Voraussetzungen für eine rasche Entwicklung konsensuell getragener und wissenschaftsbasierter Konzepte zu schaffen.

Eine damals zentrale Entscheidung für die zu entwickelnde Präventionsstrategie – und ein bis heute bestehender Eckpfeiler – liegt in der Arbeitsteilung mit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), die 1983 als Dachverband lokaler AIDS-Hilfegruppen gegründet wurde. Als Dachverband organisiert sie (neben anderen Aktionsfeldern) die Prävention in den von HIV Hauptbetroffenen- und Hauptgefährdeten-Gruppen, insbesondere für schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie für Drogengebrauchende Menschen.

Diese von der Bundesregierung unterstützte Arbeitsteilung ist sinnvoll, weil die notwendige Glaubwürdigkeit der zielgruppengerechten Ansprache ohne die Kompetenz der Betroffenengruppen und dem authentischen Einblick in deren Lebensweisen und Kommunikationsstile nicht erreichbar ist. Mit der Bereitstellung von Bundesmitteln in Höhe von 50 Millionen DM im Jahr 1987 übernahm die BZgA die Aufgabe zur kurzfristigen Entwicklung und Umsetzung bevölkerungsweiter und zielgruppenspezifischer Präventionskonzepte. Unter großem Erwartungsdruck der Öffentlichkeit, der Politik und nicht zuletzt der Hauptbetroffenen und Hauptgefährdeten entwickelte die BZgA die Kampagne »Gib AIDS keine Chance«. Gleichzeitig intensivierte sie die bereits begonnene Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe, der ebenfalls erhebliche (und in den Folgejahren weiter steigende) Finanzmittel zur Verfügung gestellt wurden.

Explizite Ziele der Kampagne waren und sind bis heute:

- Die gesamte Bevölkerung und insbesondere Personen und Gruppen, die aufgrund ihrer Lebensweise ein erhöhtes Infektionsrisiko haben, mit Medien und Maßnahmen wirksam erreichen.
- Einen hohen und stabilen Informationsstand der Bevölkerung über Infektionsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten schaffen und aufrecht erhalten.
- Schutzmotivation und Schutzverhalten in Risikosituationen fördern.
- Ein soziales Klima schaffen, das gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS gerichtet ist.

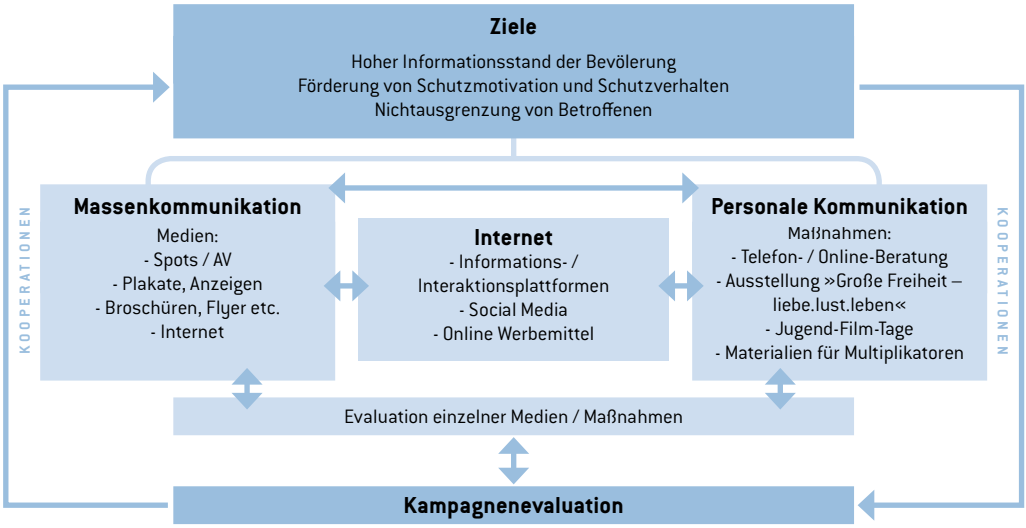
Interventionsstrategie: Zielgruppen

Durch die Ziele sind die Schwerpunkte der HIV-Prävention der BZgA definiert: Aufbau von Wissen, Motivation, Selbstbewusstsein, Selbstverantwortung für die Verhütung von HIV- und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in der Bevölkerung und bei besonders relevanten Zielgruppen wie auch die Übernahme von Verantwortung für Partnerinnen und Partner.

Das Erfolgsrezept der Kampagne ist die Ansprache der gesamten Bevölkerung bei gleichzeitiger vertiefender Ansprache von spezifischen Zielgruppen. Hierzu kombiniert »Gib AIDS keine Chance« seit 1987 massenmediale und reichweitenstarke Maßnahmen wie Plakate, Anzeigen, verschiedene Online-Angebote, Ambient-Medien wie z. B. Gratispostkarten, TV- und Kinospots mit direkten, persönlichen Kommunikationsangeboten zu einem komplexen Präventionssystem (siehe Abbildung 1).

Jugendliche und junge Erwachsene sind in der HIV/STI-Prävention eine wichtige Zielgruppe der Kampagne »Gib AIDS keine Chance«. Nicht weil sie epidemiologisch besonders betroffen sind, sondern weil sie ihr Sexualleben in einer Welt mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen entdecken und gestalten. Bei der Entwicklung von Maßnahmen werden die sehr unterschiedliche Lebensrealität der heterogenen Zielgruppe berücksichtigt und Aspekte der HIV-/STI- und Sexualaufklärung darin eingebettet. Die Kommunikationsmaßnahmen der Kampagne berücksichtigen, insbesondere in der massenkommunikativen Ansprache, Personen, die

Kampagne »Gib AIDS keine Chance«



» Abb. 1: Strukturmodell der Kampagne »Gib AIDS keine Chance« (BZgA 2012b)

häufiger spontane Sexualkontakte mit unbekannten Partnerinnen und Partnern haben. Aufgrund ihres Sexualverhaltens setzt sich diese Gruppe einem erhöhten Risiko einer HIV-Infektion bzw. anderer sexuell übertragbarer Infektionen aus.

Weitere Zielgruppen von »Gib AIDS keine Chance« sind Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, da diese besonders von den HIV- und STI-Infektionen betroffen sind. Die Gruppe der MSM setzt sich aus Männern mit sehr unterschiedlicher sexueller Identifikation zusammen, die differenzierte Anspracheformen durch verschiedene Absender benötigen. Die Kampagne »Gib AIDS keine Chance« richtet sich mit ihren Präventionsangeboten vor allem an die Gruppe der MSM ohne schwule Eigen-Identifikation. Die Ansprache der Männer mit schwuler Eigen-Identifikation erfolgt gemäß der vereinbarten Arbeitsteilung schwerpunktmäßig über die Deutsche AIDS-Hilfe.

Die massenkommunikativen Angebote der Kampagne »Gib AIDS keine Chance« berücksichtigen immer die hohe, auch kulturelle Vielfalt der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund wird bereits ein Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund gut mit den Maßnahmen der Kampagne erreicht (BZgA 2011). Dieser Teil der großen heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund möchte explizit nicht mit Materialien in ihrer Muttersprache angesprochen werden. Ein anderer Teil, dem die deutsche Sprache nicht ausreichend vertraut ist, kann eher in seiner Muttersprache erreicht werden. Für diese Gruppe bietet die BZgA fremdsprachige und bilinguale Informationsbroschüren an.

Interventionsstrategie: Umsetzung

Um möglichst nachhaltige Wirkungen im Sinne eines effektiven gesellschaftlichen Lernprozesses erreichen zu können, besteht die Kampagne »Gib AIDS keine Chance« aus einem komplexen, aufeinander bezogenen »Medien- und Policy-Mix«, der die Lebenswelten der Zielgruppen mit berücksichtigt. Die Kampagne »Gib AIDS keine Chance« ist somit von Beginn an als Mehrebenen-Präventionskampagne angelegt, in der massen- wie auch personalkommunikative und auf die Lebenswelt ausgerichtete Maßnahmen kombiniert werden.

Unter dem Dach der Kampagne werden sämtliche Maßnahmen eng miteinander verknüpft. Sie verfolgen das gleiche Ziel und verstärken sich damit gegenseitig. Einen Einblick in den Kampagnenaufbau gibt das Strukturmodell auf Seite 85 (siehe Abbildung 1):

– Massenkommunikationsmittel wie TV- und Hörfunk-Spots oder Großplakate und Anzeigen (Teilkampagne »mach's mit«, Welt-AIDS-Tag-Kampagne) haben die höchste Reichweite in der Bevölkerung und geben Denk- und Gesprächsanstöße.
– Broschüren und andere Printmedien bieten ergänzende und differenzierte Informationen für Interessierte und Multiplikatoren.
– Personalkommunikative Elemente, die Menschen individuell ansprechen, ermöglichen und intensivieren die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS. Beispiele sind die mobile Outdoor-Ausstellung »GROSSE FREIHEIT. LIEBE.LUST.LEBEN«, die Jugend-Film-Tage, das Methodenangebot zur Unterstützung der Präventionsarbeit vor Ort und der Bundeswettbewerb HIV/STI-Prävention.
– Die anonyme persönliche Telefon- und Onlineberatung ist an sieben Tagen in der Woche erreichbar und hilft bei persönlichen Fragen und schwierigen Erfahrungen, bei Unsicherheiten und Ängsten. Sie nennt auch Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten in der Nähe der Ratsuchenden.
– Die Internetkommunikation ist im Laufe der Jahre zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Gesamtstrategie geworden. Unter dem Dach von »Gib AIDS keine Chance« gibt es deshalb verschiedene Onlineplattformen mit unterschiedlichen Zielen: www.gib-aids-keine-chance.de, www.machsmit.de, www.welt-aids-tag.de und www.aidsberatung.de.

» Abb. 2: Beispiel aus einer der früheren Staffeln von »mach's mit«

» Abb. 3: Motiv der »mach's mit«-Kampagne aus dem Jahr 2006 (»Obst und Gemüse«)

Massenkommunikation

Mitte der 1990er-Jahre verlor das Thema HIV/AIDS etwas an Aufmerksamkeit, und das Schutzverhalten der Bevölkerung stagnierte. Als Reaktion schuf die BZgA die Teilkampagne »mach's mit« mit dem Fokus auf Kondomnutzung. Die Darstellung von Kondomen auf den »mach's mit«-Großplakaten (siehe z. B. Abbildung 2) war anfänglich eine Sensation und hat im Laufe der Jahre wesentlich mit dazu beigetragen, Kondome zu einem allgemein akzeptablen Gegenstand zu machen – sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung, als auch im privaten Leben.

Die zunächst als Großplakatserie gestartete Teilkampagne bekam aufgrund ihres aufmerksamkeitsstarken Designs sowie ihres minimalistischen Kommunikationskonzeptes schnell positive Rückmeldungen. Aufgrund ihres extrem »plakativen« optischen Auftritts entschloss sich der Fachverband Außenwerbung (Dachverband der Außenwerbefirmen in Deutschland) dazu, der BZgA in großem Umfang kostenlose Großplakatflächen zur Verfügung zu stellen – eine Unterstützung, die bis heute dafür sorgt, dass die Kampagne mit moderatem finanziellen Einsatz in ganz Deutschland präsent sein kann.

Das plakative Design lud nach dem Start der Kampagne viele Menschen dazu ein, eigene Ideen zu entwickeln und der BZgA zuzusenden. Dies gab den Anstoß, mit vorbereiteten Karten sowie einem Online-Tool einen offenen Kreativ-Wettbewerb ins Leben zu rufen: Die BZgA erreichten etwa 200.000 Entwürfe, die gesichtet, bewertet und mit Preisen ausgezeichnet wurden. Einzelne Entwürfe wurden auch in der Kampagne realisiert.

Die Teilkampagne »mach's mit« wurde weiterentwickelt und in den Jahren 2006–2008 als »Obst- und Gemüse-Kampagne« (siehe Abbildung 3) in den Jahren 2009–2011 als »Liebesorte-Kampagne« (siehe Abbildung 4) umgesetzt. »mach's mit« hat sich seitdem konsequent zu einer multimedialen, integrierten Schutzkampagne weiterentwickelt.

» Abb. 4: Motiv der »mach's mit«-Kampagne aus dem Jahr 2011 (»Liebesorte«)

Seit dem Frühjahr 2012 wirbt die »mach's mit«-Kampagne »Wissen und Kondom« (siehe Abbildung 5) für den Schutz vor HIV durch Kondome und integriert andere sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in die Massenkommunikation. Gründe für die Erweiterung der Kampagne waren u. a., dass STI eine Ansteckung mit HIV erleichtern können, aber gleichzeitig auch ein eigenständiges Gesundheitsproblem darstellen. Unbehandelte STI können gravierende gesundheitliche Spätfolgen nach sich ziehen und damit erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem verursachen. Die Relevanz einzelner STI kann in spezifischen Zielgruppen

zudem die Motivation für Schutzverhalten erhöhen. Gleichzeitig ist ein Großteil der Bevölkerung nur gering zu STI informiert, hat aber ein Interesse an weiteren Informationen dazu (BZgA 2013).

Bei der Integration von HIV und STI in eine Kampagne muss der kommunikative Spagat gelingen, zum einen im Bereich HIV/AIDS Gelerntes zu erhalten und zugleich das Gelernte auf den Bereich STI auszuweiten. Bei der Neuausrichtung wurden mehrstufige Lernschritte geplant und umgesetzt. Zunächst wurde 2012/2013 »STI« als neu zu lernende Abkürzung eingeführt.

In der darauf folgenden Lernstufe ab 2014 wird nun differenzierter informiert, welche Krankheiten und Symptome hinter dem Begriff »STI« stehen (wie z. B. Chlamydien) und intensiver dazu motiviert, sich ebenso vor STI zu schützen, Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich weiter zu informieren (siehe Abbildungen 6 und 7).

Die »Förderung eines solidarischen gesellschaftlichen Klimas und des Kampfes gegen Diskriminierung und Stigmatisierung« ist seit 1985 ein zentrales Ziel der AIDS-Prävention in Deutschland und damit auch wesentlicher Bestandteil der Kampagne »Gib AIDS keine Chance«. Die Befragung »Positive Stimmen« der Deutschen AIDS-Hilfe (www.positive-stimmen.de) zeigt, dass auch heute noch HIV-positive Menschen Diskriminierung erleben.

Seit 1988 setzt die BZgA die Teilkampagne zum Welt-AIDS-Tag in Deutschland um, in Partnerschaft mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS). Ziel ist es, das oft verdrängte Thema AIDS verstärkt öffentlich zu machen und daran zu erinnern, dass der Schutz vor HIV alle angeht. Unterstützt wurde die Kampagne bis 2009 durch Prominente, wie z. B. den Tennisstar Boris Becker, die Schauspielerin Christiane Paul und den Fußballspieler Philipp Lahm.

» Abb. 5: Motiv der Kampagne »mach's mit: Wissen & Kondom« aus den Jahren 2012/2013

Die 2010 startende Folge-Kampagne der BZgA unter dem Motto »Positiv zusammen leben« stellte erstmals in Europa im Rahmen einer öffentlichen, nationalen Kampagne authentische Menschen mit HIV und AIDS ins Zentrum. Die mehrjährig angelegte Kampagne »Positiv zusammen leben« zeigte die Notwendigkeit und »modellhafte« Beispiele solidarischen Verhaltens. Die authentischen und mutigen Menschen mit HIV gaben als Botschafter und Botschafterinnen Einblick in ihr Leben und warben für Respekt und Akzeptanz. Sie berichteten unter anderem über eigene Erfahrungen mit HIV am Arbeitsplatz und innerhalb ihrer Freundschaften. Seit 2014 widmet sich die Gemeinschaftskampagne der

» Abb. 6: Motiv der Kampagne »mach's mit«: Wissen und Kondom« 2014

» Abb. 7: Motiv der Kampagne »mach's mit«: Wissen und Kondom« 2014

Frage nach unterschwelligen Ängsten, die oft trotz besseren Wissens vorhanden sind und das Verhalten von Menschen beeinflussen. Mit so genannten einfachen Verhaltensfragen (z. B. »Würdest du jemanden mit HIV küssen?«) soll in der Bevölkerung ein Reflektionsprozess über eigene Haltungen und Ängste angestoßen werden – vor dem Hintergrund, dass eine HIV-Infektion im Zusammenleben von Menschen keine Rolle spielen sollte.

Personalkommunikation

Die Massenkommunikation wird ergänzt um eine persönliche Ansprache, da eine individuelle Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten, möglichen Risiken und Schutzmaßnahmen ein entscheidender Faktor für Verhaltensänderungen ist (Abroms und Maibach 2008).

1987 wurde mittels einer Multiplikatoren-Strategie eine aufsuchende »Personale Kommunikationskampagne« angestoßen. Fünfzig »Gesprächspartnerinnen« und »Gesprächspartner« führten in den folgenden Jahren im Auftrag der BZgA flächendeckend AIDS-Präventions-Tage und -Wochen sowie Einzelveranstaltungen in Schulen und auf öffentlichen Plätzen durch. Die Vernetzung der Akteure und ihre Zusammenarbeit vor Ort waren dabei ein zentrales Ziel. Später folgten die mobile Großausstellung »Liebesleben« und der »Mitmach-Par-

cours«, der die HIV-Prävention in Sexualaufklärung einbettete und mit kleinen Teams in interaktiver Weise in Schulen vor Ort durchführte.

Die seit 2013 eingesetzte Ausstellung »GROSSE FREIHEIT. LIEBE.LUST.LEBEN« ist das jüngste Beispiel für die zentrale Bedeutung direkter, persönlicher Kommunikationsangebote, welche die Menschen intensiver und individuell anspricht. Durch das interaktive Angebot der HIV/STI-Ausstellung, welches in die Präventionsstrukturen vor Ort eingebunden ist, werden Lernprozesse in den verschiedenen Zielgruppen nachhaltig gefördert. Die Ausstellung motiviert die Besucherinnen und Besucher, sich auf spielerische Weise mit dem Themenfeld HIV und andere STI auseinanderzusetzen. Sie vermittelt Informationen über eine multimediale Ansprache. Gleichzeitig fördert und stärkt »Gib AIDS keine Chance« mit der HIV/STI-Ausstellung weiterhin die Vernetzung der Präventionsakteure und -strukturen vor Ort (www.grosse-freiheit.de).

Internetkommunikation

Die Internetkommunikation ist im Laufe der Jahre zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Gesamtstrategie geworden. Unter dem Dach von »Gib AIDS keine Chance« gibt es deshalb verschiedene Onlineplattformen mit unterschiedlichen Zielen:

- www.gib-aids-keine-chance.de ist das Wissens- und Serviceportal der Kampagne. Die Plattform liefert neben tiefgehenden Informationen zu HIV und anderen STI einen Überblick über alle Maßnahmen der Gesamtstrategie. Zur Unterstützung von Fachkräften hält der »Methodenfinder« eine umfangreiche Methodensammlung für die Präventionsarbeit vor Ort bereit. Gleichzeitig können Materialien und Medien der Kampagne hier bestellt werden und stehen zum Download bereit.
- www.machsmit.de ist das Portal zur »mach's mit«-Kampagne. Hier werden die wichtigsten Informationen zum Schutz vor HIV und anderen STI angeboten. Niedrigschwellige Tools wie der »Risikocheck«, das »Kondometer« oder »Ist da was?« motivieren zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Schutzverhalten.
- www.welt-aids-tag.de ist das Mitmachportal zur Aktion zum Welt-AIDS-Tag. Hier können Besucher Botschafterin oder Botschafter werden und damit ihre Solidarität und Unterstützung für HIV-positive Menschen zeigen. Zusätzlich bietet die Seite umfangreiche Anregungen für eigene Aktionen sowie Materialien für die Berichterstattung rund um den Welt-AIDS-Tag.
- www.aidsberatung.de ist die Online-Beratung der BZgA zu HIV und anderen STI. Fast alle Printmedien, Spots und Onlineangebote von »Gib AIDS keine Chance« verweisen oder verlinken auf dieses Angebot, welches die persönliche Telefonberatung ergänzt.

» Prävention wirkt: Evaluation und Qualitätssicherung

Parallel zur Entwicklung der Kampagne wurde ein Evaluationskonzept entwickelt, um möglichst schnell Informationen über Wirkungen der Kampagnenaktivitäten zu gewinnen. Erforderlich sind Daten, die eine kontinuierliche Überprüfung und Steuerung der Kampagne ermöglichen. Ausgangspunkt für die Entwicklung und Festlegung von geeigneten Indikatoren zur Messung von Kampagneneffekten sind die Ziele der Kampagne. Folgende Indikatoren wurden definiert:

- Nutzung von Medien/Maßnahmen der AIDS-Aufklärung durch die Bevölkerung und spezielle Teilgruppen (Reichweiten-/Nutzungsindikatoren)

– Informationsniveau über Risiken, Nichtrisiken, Schutzmöglichkeiten in der Allgemeinbevölkerung und in Teilzielgruppen (Wissensindikatoren)
– Auseinandersetzung mit dem Thema im persönlichen Umfeld (Indikatoren zur Kommunikation)
– Einstellungen zu HIV-Positiven und AIDS-Kranken (Indikatoren zu Ausgrenzungstendenzen)
– Bereitschaft, sich bei sexuellen Kontakten vor einem Infektionsrisiko zu schützen (Indikatoren zu Schutzintentionen)
– Kommunikationsfähigkeit mit dem Partner über Kondomnutzung zu reden, Wissen über Handhabung und Erfahrungen in der Kondomverwendung (Indikatoren zu Handlungskompetenzen)
– Verwendung von Kondomen insbesondere in Risikosituationen (Indikatoren zur Kondomnutzung)
– Wissen zu sexuell übertragbaren Infektionen (Wissensindikatoren zu STI)

Durch die kontinuierliche Messung der Indikatoren kann geprüft werden, ob sich intendierte Wirkungen zeigen, z. B. ob sich Schutzintentionen herausbilden, die Kondomnutzung zunimmt etc. Darüber hinaus können Hinweise auf Veränderungen gewonnen werden, aus denen sich Konsequenzen und Verbesserungsvorschläge für die Kampagnenentwicklung ableiten lassen.

Theoretische Basis für die Planung und die Evaluation der Kampagne »Gib AIDS keine Chance« ist das Modell der überzeugenden Kommunikation (»Persuasion communication model«) von McGuire (1985; 2001). Dieses Modell beschreibt die Prozesse und Komponenten, anhand derer Menschen neue Informationen verarbeiten und Entscheidungen fällen. Es geht davon aus, dass zur Verarbeitung persuasiver Kommunikation aufeinander aufbauend verschiedene Stufen durchlaufen werden müssen: Zunächst müssen Personen der Botschaft ausgesetzt sein, ihr Aufmerksamkeit schenken, an ihr weitergehendes Interesse zeigen und sie darüber hinaus verstehen. Falls zur Aneignung neuer Verhaltensweisen Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich sind, müssen diese auf der nächsten Stufe gelernt werden, um zu Einstellungsänderungen zu führen. Für längerfristige Einstellungsänderungen sind weitere kognitive und handlungsorientierte Prozesse notwendig. So muss das neue Verhalten als umsetzbar erlebt und geübt werden. Positives Feedback durch das soziale Umfeld wirkt hierbei verstärkend und trägt zur Konsolidierung des Verhaltens bei.

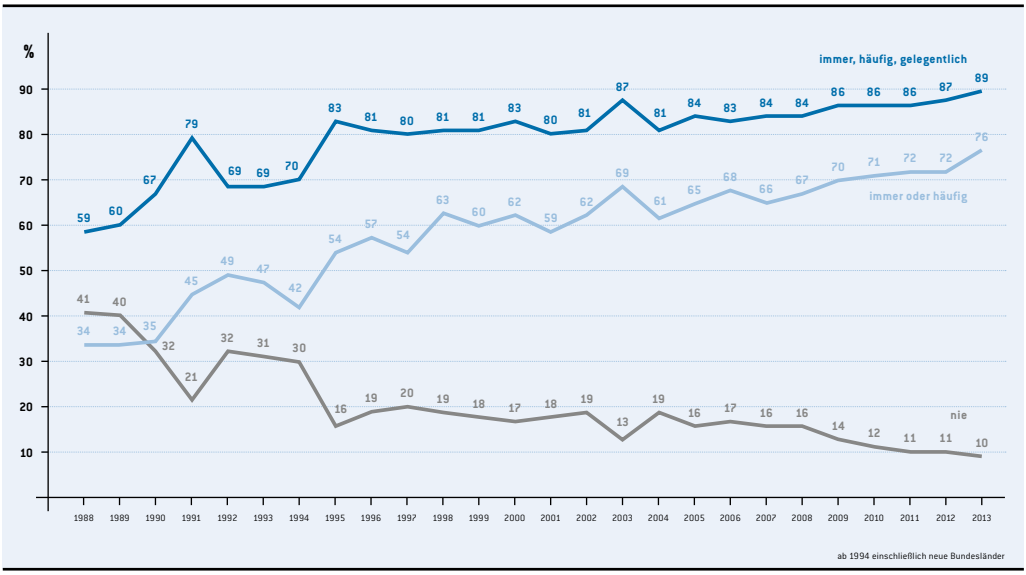
Anhand des Modells lassen sich für die einzelnen Stufen – von der Erreichbarkeit mit Präventionsinhalten bis zur Verhaltensänderung bzw. -stabilisierung – Indikatoren festlegen, anhand derer die Wirkung der Kampagne überprüft werden kann. Im Einzelnen sind dies die bevölkerungs- und zielgruppenspezifische Nutzung von Präventionsangeboten, das Wissens über Risiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten, der Schutzkompetenzen, Einstellungen, sozialen Normen und der Selbstwirksamkeitserwartung, der Schutzintention sowie dem Schutzverhalten bzw. der Kondomnutzung in sexuellen Situationen mit Infektionsrisiko.

Die seit 1987 jährlich durchgeführte Repräsentativuntersuchung »AIDS im öffentlichen Bewusstsein« untersucht diese Indikatoren und ihre Entwicklung. Sie untersucht auch, ob es stigmatisierende und diskriminierende Tendenzen in Bezug auf Menschen mit HIV und AIDS gibt. In den letzten Jahren wurden auch Fragestellungen zu STI aufgenommen.

Die verschiedenen Indikatoren werden als mittel- oder langfristige Trends analysiert, teils für die Allgemeinbevölkerung, teils für Gruppen mit besonderer Bedeutung für die HIV/AIDS-Prävention wie z. B. Jugendliche, 16- bis 45-jährige Alleinlebende oder Personen mit mehreren Sexualpartnerinnen oder -partnern.

Die Ergebnisse der jährlich von der BZgA durchgeführten Repräsentativbefragung »AIDS im öffentli-

Kondomverwendung von 16- bis 20-jährigen



» Abb. 8: Kondomverwendung von 16- bis 20-Jährigen mit Sexualkontakten im letzten Jahr

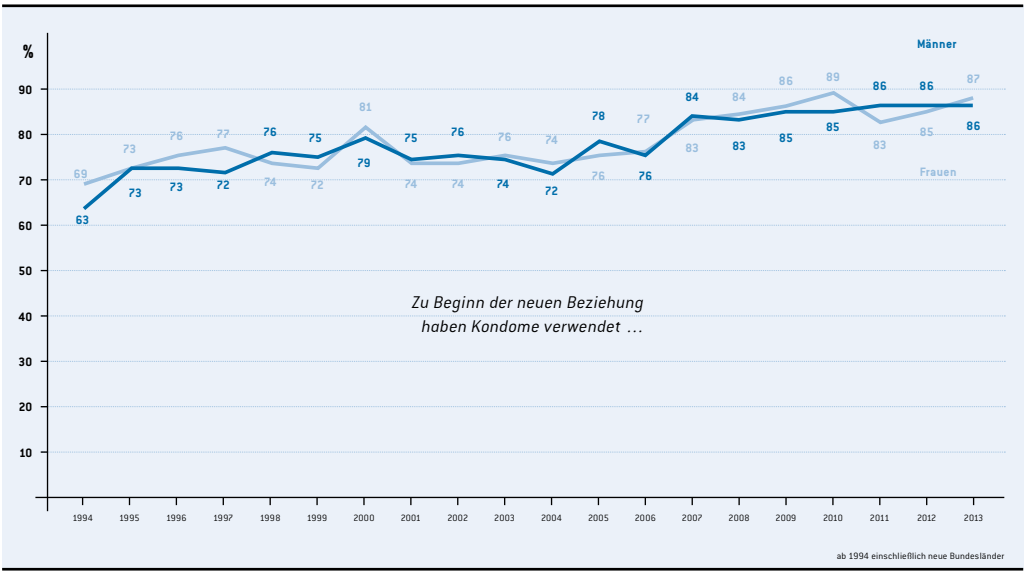
chen Bewusstsein« zeigen, wie hoch das Schutzverhalten der Allgemeinbevölkerung ist. So ist z. B. bei 16- bis 20-jährigen sexuell aktiven Jugendlichen auch in den letzten Jahren die regelmäßige Kondomverwendung (immer oder häufig) weiter angestiegen (siehe Abbildung 8). Allein im Zeitraum der letzten fünf Jahre von 2007 bis 2013 ist dieser Anteil von 66 % auf 76 % angestiegen (BZgA 2014).

Ein weiterer Indikator für Schutzverhalten in potenziellen Risikosituationen ist die Kondomnutzung am Beginn neuer Beziehungen. Von den 16- bis 44-jährigen Befragten, die in den letzten zwölf Monaten eine neue sexuelle Partnerschaft begonnen haben, gaben 79 % der Männer und 81 % der Frauen im Jahr 2000 an, sie hätten zu Beginn der letzten neuen sexuellen Beziehung Kondome verwendet. Im Zeitraum von 2000 bis 2004 zeigte sich ein Rückgang der Kondomnutzung am Beginn neuer Beziehungen auf 72 % bei den Männern und auf 74 % bei den Frauen. Seitdem ist das Schutzverhalten bei den Befragten mit neuen Beziehungen wieder deutlich angestiegen und lag 2013 bei 86 % bei den Männern und 87 % bei den Frauen (siehe Abbildung 9).

» Fazit und Ausblick

Deutschland liegt im westeuropäischen Vergleich im unteren Drittel der HIV-Infektionsraten (ECDC 2014). Dies ist die Folge früher strategischer Entscheidungen sowie hoher und langfristig angelegter

Kondomverwendung zu Beginn neuer Beziehungen



» Abb. 9: Kondomverwendung zu Beginn neuer Beziehungen: 16- bis 44-jährig Befragte mit neuen Sexualbeziehungen im letzten Jahr

Investitionen in wirksame Prävention. Diese Voraussetzungen für Erfolge gibt es in vielen Ländern bis heute nicht – sie haben deutlich höhere Infektionszahlen.

Die Arbeit der BZgA in Partnerschaft mit anderen Akteuren hat gezeigt, dass ein bevölkerungsweiter Mehr-Ebenen-Interventions-Ansatz mit einer gesellschaftlichen Lernstrategie große Erfolge haben kann. Das Sexualverhalten vieler Menschen hat sich geändert, und auch heute noch steigt die Kondomnutzung weiterhin leicht an. Prävention, die auf Aufklärung und Verhaltensmodifikation zielt, wirkt. Sie ermöglicht Menschen auf der Grundlage von Wissen Entscheidungen zu treffen, und sich selbst und andere zu schützen. Auch im Kontext effektiver bio-medizinischer Ansätze – wie z. B. »Schutz durch Therapie« – kommt der Prävention, die auf Verhaltensänderung zielt, weiterhin eine zentrale Rolle zu. Im Sinne einer »kombinierten Prävention« umfassen moderne »Präventionspakete« sowohl bio-medizinische, als auch verhaltensbezogene sowie strukturelle Interventionen, um eine möglichst umfassende und wirksame Antwort auf die HIV-Epidemie zu geben (UNAIDS 2010).

» Literatur

Abroms, L. C.; Maibach, E. W. (2008): The effectiveness of mass communication to change public behavior. In: Ann Rev Public Health, 13, S. 219–234.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014):
AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2013. Kurzbericht. Köln

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013):
AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2012. Kurzbericht. Köln.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012):
AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2011. Endbericht. Köln

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012b):
25 Jahre 1987–2012. Dokumentation der Kampagne zur AIDSprävention in Deutschland. Köln.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011):
AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2010. Endbericht. Köln.

Czada, R.; Friedrich-Czada H. (1990): AIDS als politisches Konfliktfeld und Verwaltungsproblem. In: Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hg.) (1990): AIDS-Prävention. Berlin, S. 257–274.

DAH (2012): Positive Stimmen verschaffen sich Gehör. Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland. Berlin. Deutscher Bundestag (1987): Drucksache 11/1654 vom 17.12.1987, S. 1–20.

Deutscher Bundestag (1987): Drucksache 11/1548 vom 17.12.1987, S. 1–20.

ECDC – European Centre for Disease Control, WHO Regional Office for Europe (2014):
HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013. Stockholm.

McGuire, W. J. (1985): Attitudes and attitude change. In: Lindsey G.; Aronson E. (Hg.): Handbook of Social Psychology, 3rd ed., 3, New York, S. 233–346.

McGuire, W. J. (2001): Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications. In: Rice, R. E.; Atkin, C. K. (Hg.): Public communication campaigns, 3rd ed., Sage, Thousand Oaks, CA, S. 22–48.

Naidoo, J.; Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Werbach-Gamburg.

Rosenbrock, R. (1987): AIDS kann schneller besiegt werden.
Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg.

Rosenbrock, R.; Kühn, H., Köhler, B.M. (1994): Präventionspolitik.
Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin.

Töppich, J.; Christiansen, G.; Müller, W. (2001): Gib AIDS keine Chance – Public Health in Deutschland am Beispiel der AIDS-Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44, S. 788–795.

UNAIDS (2010): Combination HIV Prevention: Tailoring and coordinating biomedical and structural strategies to reduce new HIV infections. Genf.

Die Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« – Einsatz neuer Medien

Heinz Bonfadelli

Der folgende Beitrag[1] befasst sich mit dem medienbasierten Bereich der multimodalen Mehrebenen- Alkoholpräventionskampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.«, welche von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipiert, realisiert und evaluiert worden ist, und sich speziell an die Zielgruppe der Jugend richtet. Fokussiert werden nachfolgend der Einsatz neuer Medien und deren Effektivität bei Medienkampagnen.

Zum Hintergrund: Alkoholkonsum und Prävention

Obwohl der regelmäßige Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit den 1970er-Jahren in den meisten europäischen Ländern rückgängig ist (WHO 2013), verbleibt der Alkoholkonsum Jugendlicher in Deutschland auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Und bezüglich des Konsums riskanter Alkoholmengen gilt für viele Jugendliche, dass sie »schon im Alter von 16 und 17 Jahren ein Konsumverhalten entwickelt haben, das selbst Erwachsenen aus gesundheitlichen Gründen nicht zu empfehlen ist« (BZgA 2011, S. 37). Die propagierten und ergriffenen Präventionsmaßnahmen fokussieren allerdings in den meisten Ländern auf staatliche Regulierung des Verkaufs und Zugangs zu Alkohol durch junge Menschen; Präventionskampagnen wird bis jetzt vergleichsweise wenig Bedeutung zugemessen (WHO 2013, S. 24).

In diesem Kontext fällt darum positiv auf, dass sich die BZgA dem Problem des Alkoholkonsums von jungen Menschen seit längerem mittels professionell konzipierter Präventionskampagnen angenommen hat. So wurden beispielsweise schon im Jahr 2005 drei Kampagnensujets entwickelt, welche die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums auf die eigene Attraktivität und Coolness veranschaulichen sollten (Strüber u. a. 2009). Diese Kampagne »NA TOLL!« war schwerpunktmäßig auf Information mit dem Ziel der Einstellungsänderung ausgerichtet; nicht zuletzt, um 12- bis 16-jährige Jugendliche zu einem alkoholdistanten Verhalten zu motivieren (siehe Abbildung 1).

Die »Na Toll«-Kampagne wird unter dem Slogan »Null Alkohol. Voll Power« fortgeführt. Die Themen der Botschaft sind im Prozess der Identitätsfindung von Jugendlichen von Relevanz, und bei der Gestaltung wurde bewusst auf schockierende Bilder verzichtet, um Abwehrreaktionen durch die Zielgruppe zu vermeiden.

Die aktuelle bundesweite jugendorientierte Präventionskampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« wurde 2009 von der BZgA mit Unterstützung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) mit dem Zweck der Verhaltensprävention ge-

1 Der Beitrag basiert auf einem unabhängigen externen Gutachten für die BZgA (Bonfadelli, 2013).

» Abb. 1: Botschaften der Alkoholkampagne »NA TOLL!«

startet, und zwar mit einem jährlichen Budget von 10 Millionen Euro bis 2013. Sie soll die bestehenden strukturellen Maßnahmen der Verhältnisprävention in Form von Gesetzen zur Begrenzung der Verfügbarkeit und zur Besteuerung von Alkohol sowie zur Einschränkung von Werbung durch systematische medienvermittelte Kampagnenkommunikation ergänzen und optimieren.

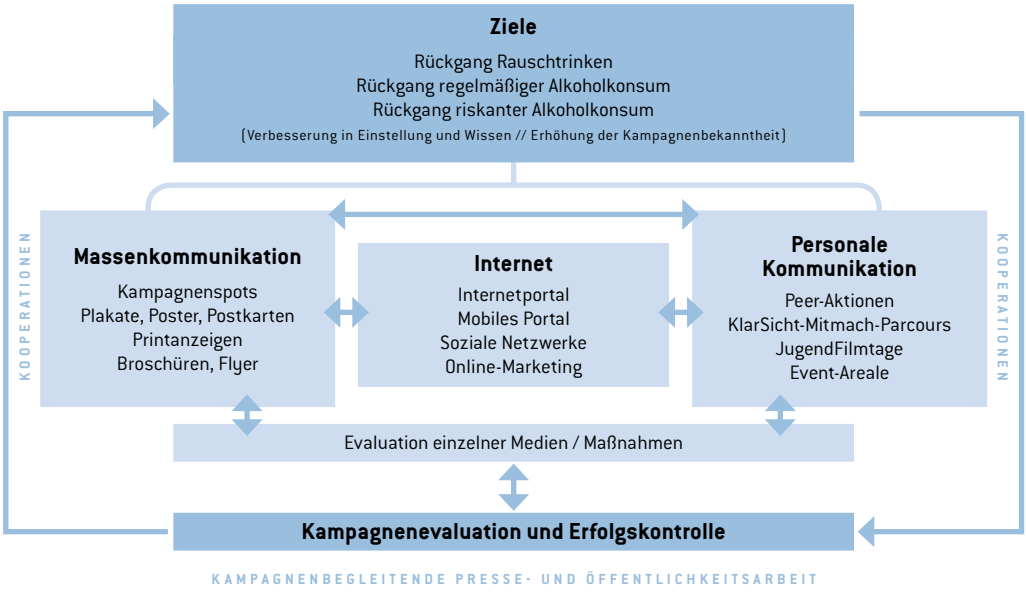
Die Alkoholkampagne (siehe Abbildung 2) richtet sich an die Zielgruppe der 16–20-Jährigen, insgesamt 4.5 Millionen junge Menschen in Deutschland, und zwar mit folgenden Zielen:

- Sie will als erstes Ziel über die Gesundheitsschädlichkeit und das Suchtpotential von Alkohol informieren und Wissen vermitteln.
- Als zweites Ziel sollen junge Menschen zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol motiviert werden, indem »Selbstreflexionsprozesse« und Einstellungsänderungen gegenüber Alkohol und Rauschtrinken ausgelöst werden.
- Darüber hinaus sollen drittens langfristig auch Effekte auf der Verhaltensebene realisiert werden.

Diese Zielerreichung ist in einen gesamtgesellschaftlichen Lernprozess eingebettet, der durch die gleichnamige Kampagne für die erwachsene Zielgruppe unterstützt wird. Konkret wird der Rückgang des regelmäßigen und des riskanten Alkoholkonsums angestrebt. Die Kampagne realisiert ihre Ziele sowohl mit informativen als auch appellativen Botschaften, wobei die Zielgruppe mit einem breiten Media-Mix aus aufeinander zeitlich und inhaltlich abgestimmten Kampagnenmedien aus dem Bereich von Massenkommunikation (Print: Anzeigen, Plakate, Poster, Postkarten; elektronische Medien: TV- und Kino-Spots) und Online-Medien (aktualisierte Internetseite und Facebook-Fanpage) sowie ergänzende personaler Kommunikation (Peer Aktionen) im Schul-, Freizeit- und Sportkontext, aber auch von kampagnenbegleitender Presse- und Öffentlichkeitsarbeit angesprochen wird.

In einer zweiten Phase wurde die Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« ab 2012 aufgrund der Resultate der durchgeführten Evaluationen in überarbeiteter Form weitergeführt. Zielgruppenorientiert wurden nun männliche und weibliche junge Erwachsene, aber auch die Teilgruppe der riskant

Kampagnenkonzeption »Alkohol? Kenn dein Limit.«



» Abb. 2 : Phasenmodell der Kampagne nach McGuire und Rogers (Quelle: Goecke, 04.12.2012)

Konsumierenden mit jeweils separaten Botschaften angesprochen. Die Kampagnenbotschaften sind darüber hinaus emotionaler und individualisierter gestaltet worden und altersmäßig stärker auf die 18–20-Jährigen ausgerichtet, dies nicht zuletzt deshalb, da sich jüngere Jugendliche an den Älteren orientieren.

» Die Basiselemente der Kampagne

Nachfolgend werden einzelne Elemente der Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« genauer dargestellt, und zwar vor dem Hintergrund der aktuellen Kampagnenliteratur. Diese geht davon aus, dass moderne Präventionskampagnen theoriebasiert konzipiert und evaluiert werden sollten, wobei als Bezugsrahmen meist allgemeine Systemmodelle (Bonfadelli und Friemel 2010; Rossmann 2010a) oder spezifische Social Marketing-Ansätze (Pott 2009; Pott 2012) zur Anwendung gelangen. Beide Perspektiven postulieren, dass erfolgreiche Präventionskampagnen auf einer unvoreingenommenen, theoriebasierten und empirisch abgestützten Problemanalyse (1) basieren, sich mit expliziten und möglichst konkreten Zielen (2) auf kognitiver, affektiver und Verhaltensebene an zuvor segmentierte problembezogene Zielgruppen (3) wenden, und zwar mit darauf bezogenen realistischen Botschaften (4), welche mit geeigneten Kanälen (5) in Form eines Media-Mix öffentlich sichtbar verbreitet werden. Schließlich sollte eine empirische Evalu-

ation (6) integrierter Bestandteil von modernen medialen Präventionskampagnen sein.

Problemanalyse »Alkohol« und Zielgruppe »Jugend«

Die der Kampagne zugrunde liegende Problemanalyse und ihre darauf aufbauende Strategie basiert auf epidemiologischen Daten nicht nur für Deutschland, sondern auch im europäischen Vergleich (z. B. WHO 2013; European Commission 2010), welche die gesamtgesellschaftlich weite Verbreitung des Alkoholkonsums nicht nur in Deutschland dokumentieren, sondern auch dessen gesundheitsschädigende Konsequenzen in Bezug auf Einschränkung der Lebensqualität und erhöhte Sterblichkeit. Alkoholkonsum ist nach Tabakkonsum und Bluthochdruck einer der wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren.

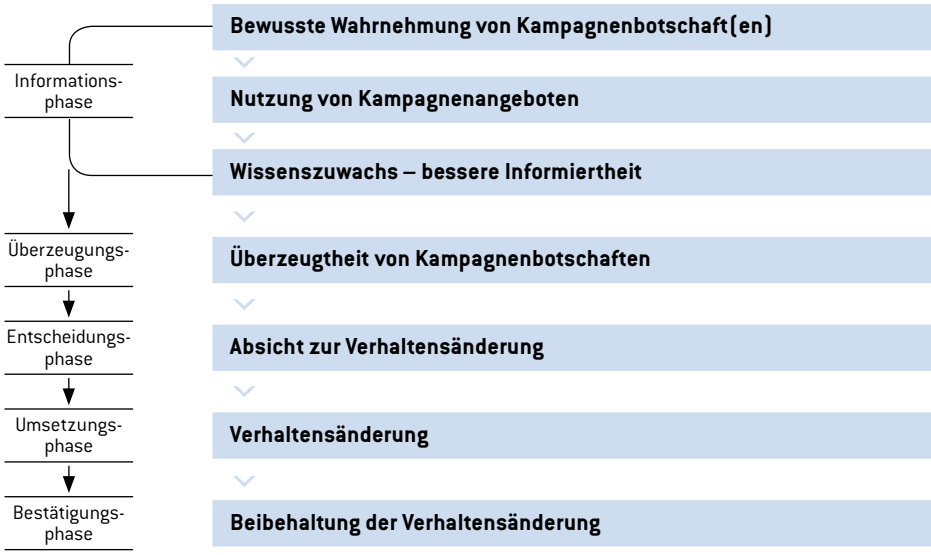
Die Relevanz der Zielgruppe der Jugendlichen wird in der Problemanalyse aufgrund der durch die BZgA seit 1973 in regelmäßigen Abständen durchgeführten Drogenaffinitätsstudie bei 12–25-Jährigen belegt (vgl. BZgA 2011). Der wöchentliche Alkoholkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist zwar tendenziell rückläufig, aber doch weit verbreitet: 12–17-Jährige: 13 %, 18–25-Jährige 35 % (für das Jahr 2010). Insbesondere das wöchentliche so genannte Binge- bzw. Rauschtrinken als Konsum von fünf und mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit gehört heute zum festen Bestandteil des Ausgehverhaltens bei rund einem Fünftel der 18–21-jährigen Männer. Der Anteil liegt bei den jungen Frauen aber deutlich niedriger. Vor diesem Hintergrund der Altersspezifik wird in der Problemanalyse auf die Risikobereitschaft und Suche nach Grenzerfahrungen verwiesen, welche für die Phase der Adoleszenz typisch sind. Zudem spielen speziell soziale Faktoren wie Bildungshintergrund sowie Familie und das soziale Umfeld der Peer-Gruppen eine entscheidende Rolle bei der Motivation zum exzessiven Alkoholkonsum, was bei der Auswahl der Sujets der Kampagne eine wichtige Rolle spielte.

Vor diesem Hintergrund richtet sich die Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« an die Kernzielgruppe der 16–20-Jährigen, wobei alle Bildungs- und Statusgruppen gleichermaßen angesprochen werden sollten. Relevant für die altersmäßige Segmentierung der Zielgruppe ist, dass schon Alkohol konsumiert wird und die Habitualisierung des Alkoholkonsums in dieser Altersspanne beginnt.

Theoretisch basierte Konzeption der Kampagne

Die konzeptionelle Grundlage der Kampagne (Goecke 2011) bilden verschiedene in der Kampagnenforschung gut dokumentierte theoretische Perspektiven: Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska und DiClemente 1983; Bonfadelli und Friemel 2011) betont, dass Präventionskampagnen sich an der je spezifischen Phase der Verhaltensänderung der anzusprechenden Zielgruppe orientieren sollten wie beispielsweise die Phase der Kontemplation als Nachdenken über die in einer Kampagne propagierten Verhaltensänderungen. Weiter wird auf das lerntheoretische »Modell der Selbstregulierung« (Kanfer 1986) und auf die Perspektive »Motivierende Intervention« (Miller und Rollnick 1999) verwiesen. Auch wird das Konzept der Selbstwirksamkeit (Selfefficacy) benutzt, das in der Kampagnenliteratur (Rice und Atkin 2013) einen wichtigen Stellenwert einnimmt, weil die Zielgruppe überzeugt sein muss, das durch die Kampagne propagierte Verhalten auch selbst ausüben zu können. Nicht explizit angewendet wird der Social Norms-Ansatz, der in amerikanischen Alkoholkampagnen eine wichtige Rolle spielt, die sich vielfach an College-Studierende richten. Er geht davon aus, dass viele Jugendliche annehmen, dass ihre Kollegen und Kolleginnen mehr trinken als sie selber und ihren eigenen Alkoholkonsum

Theoretisches Modell der Kommunikation



» Abb. 3: Theoretisches Modell der Kommunikation (nach McGuire und Rogers)

dann an dieser fälschlicherweise wahrgenommenen sozialen Norm orientieren (Borsari und Carey 2003; DeJong und Smith 2013). Aspekte im Kontext sozialer Normen sind zentraler Gegenstand der Kommunikation im Kampagnenblog auf der Homepage der Kampagne. Zudem wurden das Phasenmodell des Wirkungsprozesses von McGuire (2001) zusammen mit dem Diffusionsmodell von Rogers (1987) für die Konzeption der Kampagne benutzt, welche weite Verbreitung gefunden haben. Sie betonen, dass durch geeignete Medienwahl die Verbreitung (Diffusion) der Kampagnenbotschaften möglichst weit sein sollte, sodass die Zielgruppe erreicht wird. Diese sollte wiederum die Information der Kampagne aufnehmen und auch akzeptieren. Erst vor diesem Hintergrund kann es dann auch zu einem veränderten Verhalten kommen (vergleiche Abbildung 3).

Zielsetzungen und Botschaften

Wie schon oben angesprochen, orientiert sich die Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« an der in der Kampagnenliteratur bewährten Unterscheidung zwischen kognitiven, affektiven und konativen Zielebenen (siehe Abbildung 4).

Die Zielsetzungen wiederum sollen durch die Botschaften einer Präventionskampagne bei der anvisierten Zielgruppe möglichst optimal umgesetzt werden. Nach dem Phasenmodell von McGuire geht es in einem ersten Schritt darum, die Aufmerksamkeit der Zielgruppe zu wecken, beispielsweise durch das Bereitstellen von Identifikationsangebo-

Ziele der Kampagne

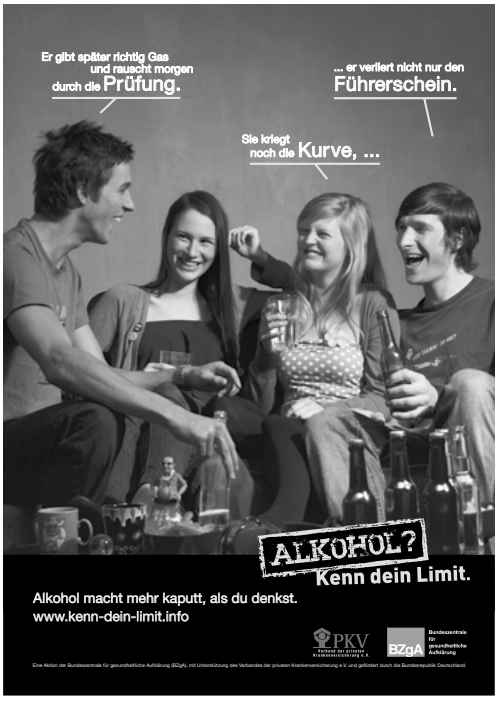
Kognitive Ebene: Wissenszuwachs	Affektive Ebene: Einstellungsänderung	Konative Ebene: Verhaltensänderung
Anstieg des Wissens über – gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums bzw. Binge-Trinkens, – riskanten Alkoholkonsum, – Hilfsangebote bei riskantem Alkoholkonsum, – Verstärkung der sozialen Norm »Alkohol besonders für Jugendliche mit Risiken verbunden«.	Anstieg der Absicht – risikoarm zu konsumieren, – gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum zu reduzieren/zu beenden, – der Selbstwirksamkeitserwartungen, gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum reduzieren zu können, – Beeinflussung von Trink-Normen im Sinne der Kampagne.	Rückgang des – regelmäßigen bzw. wöchentlichen Alkoholkonsums, – Rückgang der Häufigkeit des Binge-Trinkens, – Rückgang des riskanten Alkoholkonsums, – Zunahme der Kommunikation über risikoarmen Alkoholkonsum in der Gleichaltrigengruppe.

» Abb. 4: Ziele der Kampagne

ten durch Fokus auf altersaffine Protagonisten. In einem zweiten Schritt sollen die intendierten Ziele auf der kognitiven, affektiven und Verhaltensebene realisiert werden, beispielsweise nach dem oben erwähnten Phasenmodell der Verhaltensänderung durch Visualisierung sowohl positiv des erwünschten als auch negativ des unerwünschten Verhaltens als Folge von zu viel konsumiertem Alkohol. In der Kampagnenliteratur wird dabei kontrovers diskutiert, ob negative Furchtbotschaften (Lossframes) effektiver seien als positive Appelle (Gainframes), in denen nicht Risiken und Gefahren als Verlust bei Nichtbefolgen, sondern Vorteile und Gewinn bei Befolgen der Kampagnenbotschaften ins Zentrum gerückt werden (vgl. Bonfadelli und Friemel 2010, S. 85–88). In den Bildern der neuen Generation der Kampagne wurden beide Formen in einer Darstellung aufgenommen, und genderspezifisch durch Situationen mit jungen Männern und Frauen, aber auch gemischten Peer-Gruppen illustriert (siehe Abbildung 5).

Auf den Plakaten werden Situationen gezeigt, in denen junge Menschen in ausgelassener Stimmung Alkohol konsumieren, wobei mit verbalen Statements auf die nicht intendierten und unerwünschten Folgen des Alkoholkonsums hingewiesen wird. Generalisiert wird die Botschaft unten auf den Plakaten mit der Aussage »Alkohol macht mehr kaputt als du denkst.«. Sie soll Prozesse der Selbstreflexion initiieren. In einer zweiten Phase (siehe Abbildung 5) sind die neuen Bildmotive noch mehr auf eine aufmerksamkeitsstarke Kontrastwirkung hin ausgerichtet und zeigen im Vordergrund ein Polaroid, auf dem junge Menschen fröhlich in ausgelassener Stimmung zu sehen sind, während im Hintergrund Situationen abgebildet sind, die junge Menschen so erleben können, wenn sie zu viel Alkohol getrunken haben.

In den Film-Clips werden analoge Situationen des Alkoholtrinkens von jungen Menschen in der Peer-Gruppe beispielsweise in der Disco gezeigt, wobei mit Schrifteinblendungen auf die negativen Konsequenzen hingewiesen wird. Im jüngeren Clip »Hausparty« sind, analog zur Weiterentwicklung der Plakate, die negativen Konsequenzen auch explizit visualisiert.



» Abb. 5: Botschaften der Kampagne (oben: Plakate 2009–2012; unten: 2012–2013)

Kanäle der Kampagne

Massenmedien	Online	Personale Kommunikation
– Print-Anzeigen (78 %, Reichweite 2010–11: 8.4 Millionen Kontakte) – Plakate (2009–2011: 92.000 bundesweit) – Ambient-Medien wie Postkarten – Informationsbroschüre: »Limit. Das Magazin« – Kino-/TV-Spot »Disco« generiert 40 Millionen Kontakte	– Regelmäßig aktualisierte Website www.kenn-dein-limit.info als zentrales Info-Medium mit sechs Rubriken (78.000 Besucher pro Monat), Verlinkung zur Facebook-Fanseite mit mehr als 335.000 Likes – Spielerisch-interaktive Elemente wie Wissens- und Selbsttests: »Check your drinking« – Online-Spots (15, 20, 30 Sekunden) auf Facebook sowie der Kampagnen-Website	– Freizeit: Bundesweite Peer-Aktion mit Zweierteams (34.000 Jugendliche pro Jahr erreicht) – Sport: Event-Areal der Kampagne im Jugend-Event der Deutschen Sportjugend und bei fünf Festivals des Sports – Schule: Medienangebot für Lehrer; Mitmach-Parcours und Jugendfilmtage (14.437 Teilnehmer 2012), didaktische DVD mit Sach-, Spiel und Dokumentarfilmen für den Unterrichtseinsatz

» Abb. 6: Kanäle der Kampagne (2009/2010)

» Vielfältiger Einsatz neuer Medien

Die Botschaften einer Kampagne sollen über geeignete Kanäle möglichst effizient an die jeweiligen Zielgruppen transportiert werden. Dabei wird als Output der Kampagne ein bundesweit hoher Bekanntheitsgrad der Kampagne in der Zielgruppe angestrebt, und zwar bezüglich Logo und Claims der Kampagne (siehe Abbildung 6). In der Kampagnenliteratur (Bonfadelli und Friemel 2010, S. 186) wird hier als so genannte Good Practice festgehalten, dass ein hoher Kampagnendruck mittels genügend intensivem Einsatz zielgruppenspezifischer Medien als Media-Mix zu erzeugen sei. Zudem wird darauf verwiesen, dass nicht nur informationsorientierte Botschaften, sondern auch narrative Formen wie Edutainment bzw. Entertainment Education als Platzieren von Präventionsbotschaften in Unterhaltungsprogrammen (Lampert 2003) wirksam sein können.

In der Kampagnenpraxis werden seit jüngstem die interaktiven Möglichkeiten des Internets erprobt und auch in der Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« intensiv benutzt, etwa in Form einer regelmäßig aktualisierten Website (www.kenn-dein-limit.info) als zentrale Informationsplattform mit Verlinkung zur Facebook-Fanseite (mit Pinnwand, Infos zu Kampagnenaktivitäten, Fotos und Videos zur Peer-Aktion etc.) und Zugriff vom Handy aus. Die Benutzung des Social Web bietet sich speziell für Jugendliche und junge Erwachsene als »moderne, niederschwellige Ansprache der Zielgruppe« (Goecke 26.10.2012) an. Es können mit den interaktiven Elementen Reflexionsprozesse und Diskussionen mit Peers initiiert werden, welche zur Veränderung bestehender sozialer Normen bezüglich des Alkoholkonsums beitragen. Seit Oktober 2013 richtet sich die Kampagne zudem mit einem neuen Blog an Jugendliche, und zwar mit dem Ziel, sie zu motivieren, sich kritisch mit dem Thema Alkohol zu beschäftigen.

Als Folge des zunehmenden Praxiseinsatzes von Internet und Social Media bei Gesundheits- und

Internet: Vorteile und Stärken versus Nachteile, Grenzen und Gefahren

Vorteile und Stärken	Nachteile – Grenzen – Gefahren
– Hypertextualität: Bild-Text-Ton – Interaktivität: Info-Abruf, aber auch Transaktion – Nutzungsmodalität: raum-zeitliche Entgrenzung – Angebot: aktuell, unlimitiert, vielfältig – Anbieter: kostengünstig, rasche Aktualisierung – Zielgruppen: Targeting und Tailoring – Nutzer: User-Control, Feedback, Anonymität	– Angebote: Qualität, Glaubwürdigkeit, Vertrauen – Info-Überfluss überfordert Nutzer – Internet Literacy und Skills: User Navigation – Digital Divide: ungleicher Zugang – Knowledge Gaps: ungleicher Wissensgewinn – Medikalisierung und Healthism – Privacy, Security, Liability (Verantwortlichkeit)

» Abb. 7: Internet: Vorteile und Stärken versus Nachteile, Grenzen und Gefahren

Präventionskampagnen wird auch in der theoretischen Literatur zur Gesundheitskommunikation im Allgemeinen und zur Kampagnenkommunikation im Speziellen (siehe Bonfadelli 2011) in den letzten Jahren das Potential der neuen Medien Internet und Social Media diskutiert, und zwar nach wie vor kontrovers (Neuhauser und Kreps 2003; Bonfadelli 2011).

Zunächst zeigt beispielsweise die aktuelle ARD/ZDF-Onlinestudie (van Eimeren und Frees 2014), dass das Internet in Deutschland mittlerweile von fast 80 % der Bevölkerung genutzt wird, und dass 63 % der Gruppe der ab 14-Jährigen sogar täglich online sind. Andere Studien aus Deutschland (Neverla u. a. 2007), der Schweiz (Latzer u. a. 2012) oder den USA (PEW 2011) zeigen, dass heute bis zu 80 % der befragten Online-Nutzer auch Gesundheitsinformationen im Internet suchen oder abrufen. Neben der mittlerweile großen Reichweite wird in der Literatur (z. B. Neuhauser und Kreps 2003; Rossmann 2010b) neben dem Vorteil der Interaktivität des Internets auch betont, dass mit multimedialen Botschaften und Bewegtbildern sowie mit unterschiedlicher Informationstiefe und flexibler Aktualisierung kommuniziert werden kann, und nicht zuletzt mit so genannten Targeting und Tailoring eine zielgruppenspezifisch flexible Ansprache der unterschiedlichen Zielgruppen realisiert werden könne (siehe Abbildung 7).

Allerdings muss neben den erwähnten Vorteilen auch auf Nachteile hingewiesen werden wie unklare bzw. mangelnde Glaubwürdigkeit, nicht zuletzt als Folge der Vermischung von Werbung, PR und Information im Internet, anspruchsvolle User-Navigation und die Gefahr eines Info-Overload, welcher viele Nutzer überfordert. Schließlich ist ebenfalls zu betonen, dass das Internet als so genanntes Pull-Medium einen aktiven Nutzer verlangt, der gezielt die Website einer Kampagne oder deren Präsenz im Social Web aufsucht. Zudem bestehen trotz hoher Reichweite des Internets nach wie vor Klüfte bezüglich Zugang, Nutzung und Wissensaufnahme beispielsweise bei älteren Menschen oder Migrantinnen und Migranten. Nach wie vor mangelt es aber auch an verlässlicher empirischer Information aus Evaluationsstudien von Kampagnen speziell zur Effektivität dieses neuen Kampagnenkanals.

Trotz dieser Nachteile, Grenzen und Gefahren des Internets kann aber als Empfehlung festgehalten werden, dass Kampagnen, welche sich speziell an Jugendliche und junge Erwachsene richten, Internet und Social Media als integrale Bestandteile mit einplanen sollten.

» »Alkohol? Kenn dein Limit.« – Befunde aus der Evaluation

Was kann nun zur Effektivität von Internet und Social Media in der Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« auf der Basis der durchgeführten empirischen Evaluation ausgesagt werden? Nachfolgend werden selektiv einige Befunde zusammengefasst.

Im Rahmen der vielfältigen Evaluationsformen werden mittels Formativer Evaluation die (Medien-) Elemente einer Kampagne mit Pretests von Kino-Spots, Plakaten etc. vor ihrem Einsatz bezüglich Wahrnehmung, Verständnis, Akzeptanz und Wissensvermittlung überprüft. Das erlaubt es, allfällige Schwächen der Botschaften zu erkennen und diese noch vor ihrem Einsatz zu optimieren. Mittels Outcome- bzw. Impact-Evaluation wird schließlich die Wirkung einer Kampagne abgeschätzt, indem die Reichweite, aber auch die Effektivität der Kampagne mit in regelmäßigen Abständen durchgeführten repräsentativen Surveys gemessen und mit den Zielen der Kampagne verglichen wird.

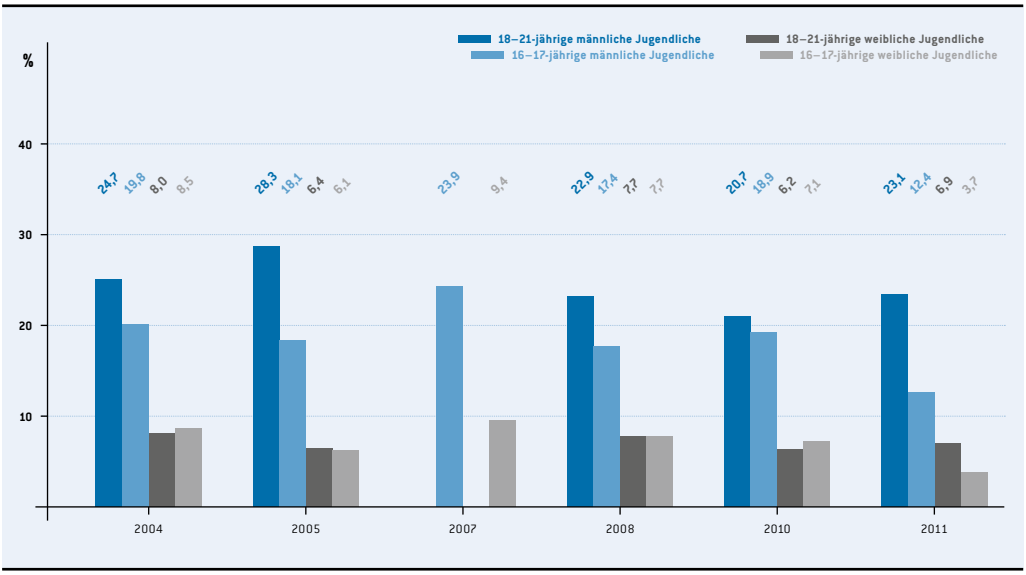
Bei der Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« wurden beispielsweise mittels Formativer Evaluation die Anzeigensujets, Kino-Spots und die Broschüre »LIMIT. Das Magazin.« zum Teil mittels Online-Befragung und zum Teil mittels qualitativer Interviews überprüft und optimiert. Speziell die Kampagnen-Fanseite auf Facebook wurde im Rahmen einer mehrgliedrigen Effektstudie (Inhaltsanalyse, Nutzertests mit Einzelinterviews [N=43], Online-Umfrage [N=1.237 Fragebogen], kritische Fokusgruppen-Diskussion [N=8 Jugendliche und Sozialarbeiter]) im Hinblick auf Nutzungsverhalten, Akzeptanz und Wirkung untersucht.

Mit regelmäßig durchgeführten repräsentativen Querschnittbefragungen wurde wiederum als Output- und Impact-Evaluation die Bekanntheit des Slogans »Alkohol? Kenn dein Limit.« aufgrund von spontaner und gestützter Erinnerung gemessen, ergänzt durch die Reichweiten der verschiedenen Kampagnenkanäle, der Akzeptanz von gesundheitlicher Aufklärung allgemein und speziell der Aufklärungstätigkeit der BZgA. Es interessierte aber auch, wie häufig durch die Kampagne Gespräche ausgelöst wurden und wie sich die Einstellung der Jugendlichen gegenüber dem Kampagnenthema Alkohol und Trunkenheit entwickelten, ob sich tatsächlich kritische Selbstreflexion bezüglich des eigenen Alkoholkonsums erkennen ließ, und nicht zuletzt ob auch Veränderungen im Alkoholkonsum sich feststellen lassen.

Mit Fokus auf die eingesetzten neuen Medien ergab die Formative Evaluation vielfältige Befunde: Die durchgeführte Inhaltsanalyse zeigte wenig Angebote auf Facebook mit Infos, Beratung und bzw. oder Hilfe zum Thema »Alkohol«. Der Facebook-Auftritt von »Alkohol? Kenn dein Limit.« bietet im Vergleich der analysierten Seiten am meisten (Wissensquiz, Selbsttest, Tools etc.), was sich in der Anzahl Fans (80.000 am Juli 2012 gegenüber 335.000 im November 2014) und in immerhin durchschnittlich 2.500 Likes und Kommentaren äußert (Goecke 2012a). Im Nutzertest (N=43) verstehen 34 Personen (ca. 80 %) das Kampagnenziel eindeutig; 20 Befragte (ca. 45 %) denken, dass Jugendliche angeregt werden, über ihren eigenen Alkoholkonsum kritisch nachzudenken; 22 Personen (ca. 50 %) bestätigten, dass sie angeregt werden, über den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu reden. Und gut die Hälfte bewertet die Fanseite positiv.

Die Online Befragung bestätigte die Zielgruppenaffinität des Auftritts: 84 % 16–21-Jährige; 58 % mit (Fach-)Abitur und 40 % Haupt- bzw. Realschule. Die bekundeten Einstellungen zum Alkohol sind (selbst-)kritisch: 51.5 % denken manchmal darüber nach, ob sie zu viel trinken und damit ihrer Gesundheit schaden. Allerdings zeigen sich bei den

Anteil von »Rauschtrinkern« unter den 16–21-jährigen Jugendlichen in %



» Abb. 8: Häufiges Rauschtrinken (mindestens viermal im Monat) 2004–2011 (%), Quelle: BZgA Alkoholspiegel, Oktober 2012, S. 2

16–17-jährigen männlichen Befragten besonders viele unkritisch: 68 % versus 50 % im Gesamtdurchschnitt, wobei männliche Gymnasiasten offenbar unkritischer sind als Haupt- bzw. Realschüler. Mit je 50 % waren Plakate, Kinospots und Anzeigen einerseits und Facebook-Ads bzw. Internet-Werbung andererseits die wichtigsten Zugangsquellen zur Facebook-Fanseite. Die Seite gefällt mehrheitlich und 47 % fühlen sich persönlich angesprochen. Zur perzipierten Wirkung: 65 % geben an, dass die Fanseite sie anrege, kritischer über den eigenen Alkoholkonsum nachzudenken; 55 % werden angeregt, mit Gleichaltrigen über Alkoholkonsum zu sprechen; immerhin 25 % geben als Wirkung an, weniger Alkohol zu trinken. Kritisiert wird am stärksten (58 %), dass die Texte sehr belehrend seien. In der Fokusgruppen-Diskussion wurden mehr persönliche Geschichten, mehr Dialog und Interaktivität, aber weniger didaktische Tonalität gewünscht.

» Fazit

Drei Jahre nach dem Start der Jugendkampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« im Oktober 2009 zogen die BZgA und der PKV gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr am 17. September 2012 auf einer Pressekonferenz in Berlin eine erste Bilanz (vgl. BZgA Alkoholspiegel, Oktober 2012). Positiv bewertet wurde als Outcome der sehr hohe Bekanntheitsgrad der Kampagne von über 70 %, der weit über die Kernzielgruppe hinausgeht. Auch beim Impact sind erste Erfolge erkennbar: 2011 gaben 15,2 % der 12–17-Jährigen an, im letzten Monat sich in einen Rausch getrunken zu haben; der vergleichbare Wert lag ein Jahr vor Kampagnenstart bei 20.4 %. Die Befunde zeigen zudem eine kritischere Einstellung der Jugendlichen gegenüber dem Alkohol. Die Zahlen in Abbildung 8 zeigen aber

auch, dass bei der Risikogruppe der 18–21-jährigen männlichen Jugendlichen das häufige Rauschtrinken auf einem relativ hohen Niveau verblieben ist. Sicher mit ein Grund dafür, dass die Kampagne in der zweiten Phase nun stärker diese ältere Zielgruppe fokussiert. Es erstaunt darum nicht, dass es vereinzelt auch kritische Pressereaktionen gab, etwa auf Spiegel Online, die monierten, dass »die angenehmeren Zahlen« durch die BZgA herausgepickt worden seien.

Die Befunde zeigen tatsächlich ein heterogenes Bild, und die Trends waren bis 2012 noch nicht sehr ausgeprägt, wobei sie je nach Indikator etwas anders ausfallen. Konsonant zur Forschung sind die Werte auf Ebene des Kampagnen-Outputs (Bekanntheit und Erinnerung) deutlich besser als auf Ebene der Einstellungen, und schließlich zeigen sich die schwächsten Wirkungen auf der Verhaltensebene. Allerdings ist zu bedenken, dass sich Wirkungen einer medialen Präventionskampagne auf der Verhaltensebene meist erst nach einer längeren Zeitphase einstellen. »Nachhaltige Prävention braucht eben Zeit und kontinuierlichen Einsatz« (BZgA Alkoholspiegel, Oktober 2012, S. 2). Insgesamt darf der Kampagne nach Einschätzung des Autors dieses Beitrags, der selber verschiedene Evaluationen durchgeführt hat, durchaus eine gute Note ausgestellt werden. Sowohl das theoriebasierte Interventionskonzept als auch dessen Umsetzung überzeugen. Auch die bisher erreichten Ziele vor allem bezüglich der Bekanntheit der Kampagne sind beeindruckend.

» Literatur

Bonfadelli, H. (2011): Zwischen Euphorie und Skeptizismus – Empirische Evidenzen zur Gesundheitskommunikation via Internet. In: BZgA (Hg.): Web 2.0 und Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen. Köln, S. 69–93.

Bonfadelli, H. (2013): Expertise. Alkoholpräventionskampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.«. Zürich.

Bonfadelli, H.; Friemel, T. (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. Konstanz.

Borsari, B.; Carey, K. B. (2003): Descriptive and Injunctive Norms in College Drinking: A Meta-Analytic Integration. In: J StudAlcohol, 64(3), S. 331–341.

BZgA (2011): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu den Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

BZgA Alkoholspiegel (Oktober 2012): »Alkohol? Kenn dein Limit.« Eine Bilanz nach drei Jahren. Köln.

DeJong, W.; Smith, S. W. (2013): Truth in Advertising. Social Norms and Marketing Campaigns to Reduce College Student Drinking. In: Rice, R. E.; Atkin, C. K. (Hg.): Public Communication Campaigns. Los Angeles u. a., S. 177–187.

van Eimeren, B.; Frees, B. (2014): Ergebnisse der ARD/ZDF-Online-Studie 2014. 79 Prozent der Deutschen online – Zuwachs bei mobiler Internetnutzung und Bewegtbild. In: Media Perspektiven, Heft 7–8, S. 378–395.

European Commission (2010): EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Brüssel.

Goecke, M. (2011): »Alkohol? Kenn dein Limit.«. Die Jugendkampagne zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Graue Literatur, Köln.

Goecke, M. (2012a): »Alkohol? Kenn dein Limit.« Auf Facebook – Ergebnisse einer Effektstudie (10/2011-6/2012). BZgA, Vortrag am 26.10.2012. Köln.

Goecke, M. (2012b): »Alkohol? Kenn dein Limit.« BZgA, Vortrag am 04.12.2012. Köln.

Kanfer, F. H. (1986): Implication of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In: Miller, W. R.; Heather, N. (Hg.): Treating addictive behaviors. Process of change. Guilford, New York, S. 29–50.

Lampert, C. (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education-Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstsein. In: M&K, 51(3–4), S. 461–477.

Latzer, M.; Just, N.; Metreveli, S.; Saurwein, F. (2012): Internetanwendungen und deren Nutzung in der Schweiz. Zürich.

McGuire, W. J. (2001): Input and Output Variables Currently Promising for Constructing Persuasive Communication. In: Rice, R.; Atkin, C. (Hg.) (20013): Public Communication Campaigns. Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi, S. 22–48.

Miller, W. R.; Rollnik, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau.

Neuhauser, L., Kreps, G.L. (2003): Rethinking Communication in the E-health Era. In: Journal of Health Psychology, 8(1), S. 7–23.

Neverla, I.; Brichta, M.; Kamp, H.-C-.; Lüdecke, D. K. (2007): Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. München.

PEW Internet (2011): Health Topics. 80 % of internet user look for health information online. Online verfügbar: www.pewinternet.org/Reports/2011/HealthTopics.aspx (Zugriff 17.03.11).

Pott, E. (2009): Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsaufklärung. In: Roski, Reinhold. (Hg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentaton – Anwendungsfelder. Wiesbaden, S. 199–217.

Pott, E. (2012): Strategien des sozialen Marketing. In: Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M. L.; Busse, R.; Schneider, N. (Hg.): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. München, S. 227–239.

Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1983): Stages and Processes of Self-Change of Smoking. Towards an Integrative Model of Change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, S. 390–395.

Rice, R. E.; Atkin, C. K. (Hg.) (2013): Public Communication Campaigns. Los Angeles.

Rogers, E. M. (1987): The Diffusion of Innovation Perspective. In: Weinstein, N. D. (Hg.): Taking Care, Understanding and Encouraging Self-protective Behavior. Cambridge, S. 79–94.

Rossmann, C. (2010a): Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheits-kampagnen. In: Public Health Forum, 18, S. 16.e1–16.e3.

Rossmann, C. (2010b): Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potentiale, Grenzen. In: Schweiger, W.; Beck, K. (Hg.): Handbuch Online Kommunikation. Wiesbaden, S. 338–363.

Strüber E.; Lieb, C.; Dorn, T. (2009): Die Alkohol-Jugendkampagne »NA TOLL!« der BZgA. In: Prävention, 04, S. 116–119.

WHO Wissenschaftspolitische Stellungnahme zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. (2013): Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. Genf.

Priorität auf Zusammenarbeit und gute Qualität: Der bundesweite »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit«

Stefan Pospiech, Rolf Rosenbrock, Andreas Mielck und Frank Lehmann

Primärprävention in Lebenswelten

Die medizinische Seite der Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention ist in Deutschland – bei allen Defiziten, die ihrerseits mit allerlei Über- bzw. Unter- und Fehlversorgung einhergehen – im Großen und Ganzen geregelt und verlässlich finanziert. Große Lücken in der Regulierung und eine massive Unterversorgung gibt es dagegen in der nicht-medizinischen Primärprävention. Das ergibt sich aus einem Blick auf die großen Linien der Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung: Am kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung um knapp zwei Jahre pro Jahrzehnt hat die kurative Medizin einen Anteil von maximal einem Drittel (SVR 2002, Band I, Ziffer 95). Der »Rest« von circa zwei Dritteln geht auf eine – im Einzelnen und in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten durchaus nicht immer klare – Mischung aus verbesserten Lebens-, Arbeits-, Wohn-, Erholungs- und Verkehrsverhältnissen, auf bessere Bildung und Ernährung und in der Folge auch auf gesundheitsgerechteres Verhalten zurück (WHO 2003; CSDH 2008; Rosenbrock und Michel 2007).

Ungefähr drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens und auch der Versorgungsausgaben erklären sich in den reichen Ländern aus den wenigen großen und regelmäßig chronisch-degenerativ verlaufenden Herz-Kreislauf-, Krebs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes sowie – mit der steilsten Steigerung – psychische Erkrankungen (SVR 2006, Band I, Kapitel 3). In den meisten Fällen kann die Medizin hier nicht wirklich heilen, es muss – meist lebenslang – therapiert und bzw. oder unterstützt werden. Das ist die wichtigste Ursache dafür, dass für circa ein Fünftel der Versicherten circa vier Fünftel der Versorgungskosten aufgewendet werden müssen (Winkelhake u. a. 2002). Alle diese Erkrankungen sind aber grundsätzlich zu einem sehr hohen Anteil der nicht-medizinischen Primärprävention zugänglich. Und: Unter den chronisch Kranken sind die Menschen aus den unteren Sozialschichten stark überrepräsentiert (SVR 2006, Kapitel 3).

Die Chancen für ein gesundes und langes Leben sind in Deutschland extrem ungleich verteilt: Arme Männer (Frauen) sterben in Deutschland 10,8 (8,4) Jahre früher als Wohlhabende. Zudem werden bei ihnen chronisch-degenerative Erkrankungen 3,5 (0,8) Jahre früher behandlungsbedürftig, sodass arme Menschen im Durchschnitt 14,3 (9,2) gesunde Jahre weniger zu leben haben als Wohlhabende (Kroll u. a. 2008). Diese sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen folgt der sozialen Schichtung der Gesellschaft und bildet

ein Kontinuum abnehmender Gesundheitschancen von den oberen zu den unteren Schichten der Gesellschaft (ebd.). Mit der zunehmenden sozialen Spreizung (BMAuS 2013; Wilkinson und Pickett 2010) vergrößern sich auch die Abstände sowohl in der Morbidität als auch in der Mortalität. Die Unterschiede erklären sich zu circa der Hälfte aus den Folgen gesundheitlich riskanteren Verhaltens in den unteren sozialen Schichten (vor allem bezogen auf Ernährung, Bewegung, Rauchen, Stressregulation), die andere Hälfte »verdankt« sich direkter Wirkungen aus der sozialen Lage (Lantz u. a. 1998; CSDH 2008; Wilkinson und Pickett 2010). Versuche, das Gesundheitsverhalten durch Information, Erziehung, Kurse, Kampagnen und Aufklärung zu verändern, sind selbstverständlich wichtig, führen allerdings zu eher geringen und meist nicht nachhaltigen Erfolgen (SVR 2006, Band I, Kapitel 4). Durch Verbesserung der medizinischen Versorgung kann dieses Problem ebenfalls kaum angegangen werden.

Gebraucht werden also vor allem nicht-medizinische Interventionen und Strategien der Primärprävention, die insbesondere geeignet sind, bei sozial benachteiligten Menschen chronisch-degenerative Erkrankungen zu verhüten oder zeitlich zu verschieben.

» Erfordernisse für Interventionen

In Auswertung wissenschaftlicher Befunde und praktischer Erfahrungen wurden mit der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung der WHO im Jahr 1986 Fundamente und Eckpunkte für eine Herangehensweise vorgelegt, mit denen diese zentrale Herausforderung erfolgreich bearbeitet werden kann. Die Qualität einer diesem Ansatz folgenden Primärprävention lässt sich an fünf Kriterien darstellen. Primärprävention meint dabei die Verminderung von (Teil-)Ursachen für bestimmte Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt (Rosenbrock 2014).

Belastungssenkung und Ressourcenförderung
Ziel der Prävention ist nicht nur die Senkung von Gesundheitsbelastungen (soziale Lage und riskantes Verhalten), sondern mindestens ebenso stark die Steigerung von Gesundheitsressourcen (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Einbindung in soziale Netze). Diese Ressourcen steigern nicht nur die Widerstandskraft gegen gesundheitliche Belastungen (siehe Resilienz), sondern befähigen auch besser zur Veränderung sowohl des Verhaltens als auch der – gesundheitlich belastenden bzw. gesundheitlich belastendes Verhalten begünstigenden – Lebenswelt. Die Verschränkung der Veränderung des Verhaltens und der Verhältnisse ist der zentrale Fokus der Gesundheitsförderung.

Aufwertung unspezifischer Interventionen
Die Beeinflussung von allgemein gesundheitsförderlichen Faktoren (z. B. Partizipation, soziale Unterstützung, Selbstwertgefühl, Achtsamkeit) hat in der Regel einen größeren präventiven Effekt, als die unmittelbare Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zu Krankheitsentstehung (z. B. Bewegungsmangel, Tabakrauchen) sehr viel enger ist (SVR 2007, Band II, Kapitel 6; Rosenbrock und Hartung 2012).

Priorität für Kontextbeeinflussung
Die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs der Prävention steigt mit der Beeinflussung der Bedingungen und der sozialen Zusammenhänge des gesundheitsriskanten Verhaltens (Smedley und Syme 2001). Das gilt sowohl auf individueller Ebene, als auch im Setting, und es gilt auch im Rahmen von Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder für definierte Teil-

gruppen. Viele Interventionen entfalten erst dann ihre Wirksamkeit, wenn sie nicht nur (und oft nicht einmal primär) auf die Veränderung der Lebensweise, des Lifestyle bzw. Verhaltens abzielen, sondern auch materielle und soziale, belastende ebenso wie stärkende Faktoren und Anreize der physischen und sozialen Umwelt einbeziehen (Smedley und Syme 2001). Damit geraten Faktoren in den Blick, die die Lebensweise, den Lifestyle und das Verhalten prägen. Die Intervention erfolgt somit um einen oder mehrere Schritte früher im Entstehungszusammenhang (Beeinflussung distaler Faktoren, siehe Rosenbrock 2004). Zur Identifikation dieser Faktoren wie auch zum Entwurf und zur Umsetzung von Veränderungen sind Kontextkenntnisse und aktive Mitwirkung der Zielgruppen unerlässlich. Gesundheitlich relevant im Sinne der Stärkung von Ressourcen sind für die Zielgruppen sowohl die aktive Teilnahme an der Veränderung, als auch die Ergebnisse der Intervention, d. h. die Veränderungen im Setting. An die Stelle des klassischen Dreischritts der sozialen Prävention »Information verändert Einstellung und führt zu Verhaltensänderung« tritt – verkürzt gesagt – ein neuer: »Selbst bewirkte Setting-Gestaltung verändert Einstellung und führt dann in der Regel zu weiterem Informationsbedürfnis«.

Priorität für Partizipation

Aktivitäten für mehr Gesundheit – und insbesondere zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit – müssen demzufolge auf allen Stufen des Public Health-Action-Cycle partizipativ gestaltet werden (Rosenbrock und Hartung 2012): Einerseits, damit sie an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppen ansetzen, und andererseits, weil der Mangel an Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen selbst eine Gesundheitsbelastung ist, d. h. einen Ressourcenmangel darstellt bzw. auslöst. Die direkte Beteiligung (Partizipation) ist für den Gewinn an Gesundheitsressourcen (Empowerment) ebenso wichtig wie die damit zu erzielenden konkreten Veränderungen der Umwelt. Beispielhaft und beispielhaft erfolgreich zeigt sich dies in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei denen durch Vorschläge in Gesundheitszirkeln durch direkte Partizipation der Beschäftigten die Arbeitssituation in technischer und sozialer Hinsicht verändert wird und in der Folge der Krankenstand – gleichgerichtet in nahezu allen Krankheitsgruppen – um circa ein Drittel sinkt, während Arbeits- und Lebenszufriedenheit steigen (Lenhardt 2003). Demonstriert wird dies auch durch die HIV/AIDS-Prävention, deren – keineswegs auf Verhaltensmodifikation beschränkte – Gestaltung in Deutschland wesentlich in den Händen der am stärksten betroffenen Gruppen liegt und wo die in Deutschland relativ frühe und relativ vollständige Umsetzung dieses Modells zu den niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten in Europa geführt hat (Rosenbrock und Schmidt 2012).

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Um die Potenziale der vier oben genannten Innovationen der Primärprävention nachhaltig zur Gestaltung zu bringen und zu verallgemeinern, treten Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung als fünftes Querschnitterfordernis hinzu.

Die gegenwärtige Praxis der Primärprävention erfüllt diese fünf Kriterien jedoch durchweg nicht. Zwar gibt es viele hundert gute Einzelprojekte, aber diese enden meist nach kurzer Förderungsdauer (»Projektitis«). Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann – trotz vieler guter Ansätze und Projekte – den ihr seit dem Jahr 1999 im § 20 SGB V übertragenen Auftrag, mit Primärprävention insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (zu) erbringen, nicht wirklich erfüllen. Zum einen,

weil die dazu vorgesehenen Mittel (2011 circa 4,33 Euro pro Versichertem pro Jahr) sehr gering sind und weder die anderen Sozialversicherungen noch staatliche Stellen sich systematisch beteiligen; zum anderen, weil die Konkurrenz in der GKV zusammen mit den Defiziten des Risikostrukturausgleichs keinen wirtschaftlichen Anreiz für die Kassen setzt, einen Schwerpunkt auf die Prävention mit sozial Benachteiligten zu legen. Auch sind derzeit weder Zielorientierung noch Qualitätssicherung und -entwicklung in der Prävention verbindlich.

» Aufbau des bundesweiten Kooperationsverbundes

Die BZgA griff diese Problematik des ungesicherten Ressourceneinsatzes und der mangelhaften Qualitätssicherung und -entwicklung bereits im Jahr 2001 auf, indem sie zunächst intern und dann sehr schnell mit vielen externen Partnern einen neuen Arbeitsschwerpunkt »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« etablierte.

Zusammen mit mehreren Bundesländern, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, den Krankenkassen, Ärzte- und Wohlfahrtsverbänden, dem Deutschen Städtetag, der Bundesagentur für Arbeit sowie weiteren Organisationen baute die BZgA seit 2003 den bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (seit 2012 »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit«, siehe: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) sowie Koordinierungsstellen, bis 2012 »Regionale Knoten« genannt, in allen Bundesländern auf.

Auf dem ersten Kooperationstreffen im November 2003 fasste Elisabeth Pott die gemeinsamen Vorsätze folgendermaßen zusammen: »Die Partner, die sich heute schriftlich zur Kooperation bekennen, werden ihre Aktivitäten zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen und damit ihre substanziellen Beiträge für die zukünftige Kooperation vorstellen. In der Zukunft wird zu beobachten sein, wie hieraus Synergien entstehen. Aus dem Zusammenwirken der von der BZgA zur Verfügung gestellten bundesweiten Datenbank >Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte< mit inzwischen 2.600 Projekten und Maßnahmen sowie regionalen länderbezogenen Strukturen, z. B. Arbeitskreisen für Armut und Gesundheit, soll erreicht werden, dass

- die Kenntnis der Projekte und Maßnahmen untereinander wächst (Vernetzung),
- voneinander gelernt werden kann (Qualitätsoptimierung) und
- neue Bedarfe erkannt werden (Reichweitenoptimierung).

Es sollte zukünftig leichter möglich sein, Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte effektiv und effizient zu stärken, als bisher.« (BZgA 2003, S. 13 f.):

Ein beratender Arbeitskreis bei der BZgA aus anerkannten Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Krankenkassen, Politik und Praxis begleitet die Aktivitäten des Kooperationsverbundes fachlich. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbunds wird von »Gesundheit Berlin-Brandenburg, Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung«, koordiniert. Ende 2014 sind im Kooperationsverbund 62 Partnerorganisationen vertreten.

» Transparenz und Qualität

Voraussetzung für praktische Kooperationen und das genannte Ziel, Gesundheitsförderung effektiv zu stärken, ist ein Überblick über die Aktivitäten

und Maßnahmen, die bereits stattfinden. Ausgangspunkt des im »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit« entwickelten Ansatzes zur Qualitätsentwicklung war deswegen die bundesweite Praxisdatenbank mit Angeboten und Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, die seit Herbst 2002 auf Initiative der BZgA aufgebaut wurde und den bundesweit umfassendsten Überblick bietet (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank).

Sehr schnell zeichnete sich ein Bedarf an praxisnahen Konzepten der Qualitätsentwicklung ab. Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes verfolgte die Idee, die mit der Datenbank geschaffene Transparenz gesundheitsfördernder Praxis als Ansatzpunkt für eine niedrigschwellige Darstellung guter Praxis (Good Practice) zu nutzen. Die ausführliche und anschauliche Beschreibung guter Beispiele sollte interessierten Anbietern fachliche Informationen und Beispiele an die Hand geben und ihnen ermöglichen, die eigene Arbeit mit der Praxis anderer Anbieter zu vergleichen und Impulse zur Weiterentwicklung der eigenen Angebote zu erhalten.

Zur Qualitätsentwicklung in der Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung haben Expertinnen und Experten des beratenden Arbeitskreises zwölf Good Practice-Kriterien entwickelt (siehe Abbildung 1). Diesen Ansatz hat die gesetzliche Krankenversicherung in ihrem »Leitfaden Prävention« zur Umsetzung des § 20 SGB V aufgegriffen und die Inhalte und Strukturen des Kooperationsverbundes zu zentralen Anknüpfungspunkten für ihre weitere Arbeit erklärt. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl in seinem Gutachten 2007, den Good Practice-Ansatz »als Grundlage für eine partizipative Qualitätsentwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu nutzen«.

Der Begriff Best Practice kommt ursprünglich aus der Wirtschaft und meint die Nutzung sämtlicher zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erreichung vorbildlicher Lösungen oder Verfahrensweisen, die zu Spitzenleistungen führen. Vergleichsmaßstab sind hervorragende Leistungen anderer Anbieter. Dieses Verfahren ist auch als Benchmarking bekannt. In der Gesundheitsförderung wird vielfach auf den Höchstleistungsansatz von Best Practice verzichtet. Angewandt wird stattdessen ein pragmatisches Verfahren, das bewährte Lösungen untersucht und prüft, was diese zur Verbesserung eines Angebots beitragen können. Good Practice ist ein Prozess, der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Angebote und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht. Good Practice steht vor allem für folgende fünf Prinzipien (siehe auch Lehmann u. a. 2011).

Praxisorientierung

Über konkrete Beispiele guter Praxis wird die praktische Hilfestellung bei der Entwicklung von Angeboten und Methoden leichter und anschaulicher, als dies durch reine Vermittlung theoretischer Konzepte gelingt. Insbesondere besteht die Möglichkeit, Informationen in die Praxis zu tragen und mit Praktikerinnen und Praktikern auszutauschen. So können zur Verfügung stehende Erfahrungen und Ressourcen zur Entwicklung und Verbesserung von Angebotsideen genutzt werden. Klare Kriterien ermöglichen die systematische Bewertung innovativer und bewährter Konzepte. Der Nutzen liegt darin, durch das Lernen von den positiven Erfahrungen anderer Anbieter Entwicklungsmöglichkeiten der eigenen Arbeit zu erkennen und mögliche Fehler zu vermeiden. Dies führt zu Ressourcen- und Arbeitsersparnis.

Zwölf Kriterien guter Praxis

» Abb. 1: Die 12 Kriterien guter Praxis

Nutzung von Transferpotenzialen
Eine Good Practice-Strategie analysiert die Übertragbarkeit innovativer und bewährter Ansätze auf andere Angebote sowie in andere Handlungsfelder und bietet dadurch eine praxisnahe Anleitung, Ideen in die eigene Arbeit umzusetzen. Darüber hinaus motiviert sie zur Konzipierung neuer Angebote.

Qualitätsorientierung
Beispiele guter Praxis zeigen in anschaulicher Weise Wege zur Qualität auf. Das Lernen am Beispiel ist motivierend und wird durch Regelwerke fachlich fundiert und durch Checklisten unterstützt. Da in den vielschichtigen Settings der Gesundheitsförderung die Prüfung der Wirksamkeit selten mit der gleichen Aussagekraft wie in medizinischen Studien möglich ist, wird bei der Suche nach guten Beispielen ein pragmatisches Vorgehen gewählt, bei dem vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Angebote oder Organisationen systematisch miteinander verglichen werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Ressourcen eines Angebots sinnvoll genutzt werden und sich die Qualität verbessert.

Praxisbasierung der Forschung
Der Ansatz Good Practice bietet die Chance, die Wissenschafts-Praxis-Lücke zu überbrücken. Evidenzbasierte Gesundheitsförderung birgt die Ge-

fahr, mit realitätsfernen Konzepten und Anforderungen die Akteurinnen und Akteure an der Basis zu überfordern, wenn davon ausgegangen wird, dass wissenschaftlich fundierte gute Praxis sofort und flächendeckend umgesetzt werden soll. Die ausgewählten Beispiele zeigen vielmehr, wo bis zur Umsetzung vorbildlicher Praxis noch Zwischenschritte notwendig sind oder wo dieses Ziel unter den jeweiligen Bedingungen noch nicht zu erreichen ist. Der Informationsfluss zwischen Wissenschaft und Praxis wird beidseitig: Evidenzbasierte Praxis trifft praxisbasierte Wissenschaft.

Nachvollziehbarkeit der Bewertung
Im Rahmen des »Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit« wird großer Wert darauf gelegt, die Auswahl der guten Beispiele nachvollziehbar zu machen. Denn nur so wird deutlich, was sie auszeichnet und was zur Nachahmung anregen soll.

Die Anwendung der Good Practice-Kriterien unterstützt der Kooperationsverbund auf verschiedenen Wegen, indem unter seinem Dach Instrumente und Materialien entwickelt und bereitgestellt werden, wie beispielsweise die Arbeitshilfen »Aktiv werden für Gesundheit« für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier und die Werkstätten zur Umsetzung der Qualitätskriterien in Kommunen. Aktuell stehen die Arbeiten an einer anwendungsfreundlichen Darstellung der zwölf Kriterien in Form von »Steckbriefen« kurz vor dem Abschluss.

» Unterstützung kommunaler Strategien

Ausgehend von der Frage, wie Kinder und Jugendliche in schwieriger soziale Lage gesünder aufwachsen können, haben die Mitgliedsorganisationen im Kooperationsverbund die Handlungsempfehlungen »Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!« erarbeitet. Die Empfehlungen basieren auf bestehender Praxis, sie bündeln ihre Ansatzpunkte und Strategien unter Nutzung der zuvor genannten Good Practice-Kriterien und der Beispiele guter Praxis. Um die Umsetzung der Empfehlungen in den Kommunen zu unterstützen, initiiert der Kooperationsverbund seit 2011 einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch auf kommunaler Ebene.

Viele Kommunen bieten den Familien in schwieriger sozialer Lage bereits verschiedene Unterstützungsangebote an. Der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« hat zum Ziel, diese Angebote und Ansätze ressortübergreifend in Einklang zu bringen und sicherzustellen, dass von der Phase rund um die Geburt bis zum Übergang in das Berufsleben bedarfsgerechte und nachhaltige Angebote gewährleistet werden können. Solche kommunalen Gesamtkonzepte bewirken eine Verringerung von Armutsfolgen, fokussieren auf ein gesundes Aufwachsen und nehmen sowohl Kinder und Jugendliche, als auch deren Eltern in den Blick.

Auf der Länderebene werden durch die »Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit« gute Praxisbeispiele in den Kommunen bekannt gemacht, deren Verbreitung unterstützt und Akteure qualifiziert. Inzwischen beteiligen sich über 70 Kommunen aus allen Bundesländern am kommunalen Partnerprozess. Kommunen lernen voneinander, wie Ämter und Institutionen so zu vernetzen sind, dass insbesondere Kinder und ihre Familien in schwierigen Lebenslagen Angebote erhalten, die zu besseren Gesundheitschancen führen.

Die 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) begrüßt in ihrem Beschluss im Juni 2014 den kommunalen Partnerprozess und hebt ihn als eine geeignete Initiative für kommunale Strategien für das Gesundheitsziel »gesund aufwachsen« hervor:

- Die GMK setzt sich dafür ein, den Partnerprozess im Rahmen der in Ländern und Kommunen vorhandenen Kooperationsstrukturen zu stärken und die von Ländern und Krankenkassen finanzierten »Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit« in die Begleitung und Steuerung der Aktivitäten für ein gesundes Aufwachsen einzubeziehen.
- Die GMK bittet den Bund, die Gesetzlichen Krankenkassen, die Jugend- und Familienministerkonferenz sowie die Kultusministerkonferenz der Länder, das Anliegen des Partnerprozesses im Handlungsfeld »Gesund Aufwachsen« jeweils auf geeignete Weise zu unterstützen.
- Die Förderung der »Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit« in den Ländern durch die GKV wird sehr begrüßt – die GMK bittet, diese Förderung zur Unterstützung des Partnerprozesses angemessen zu erweitern.

Mit ihrem Beschluss hat die GMK eine wertvolle Vorlage gegeben, die Bedeutung der kommunalen Ebene für Gesundheitsförderung und Prävention hervorzuheben.

» Potentiale der Zusammenarbeit im Kooperationsverbund

Helene Luig-Arlt, Mitglied des beratenden Arbeitskreises, erstellte 2013 eine Expertise zur Arbeit des Verbundes, in deren Rahmen sie eine Reihe Expertinnen und Experten interviewte. Sie fasste deren Anregungen so zusammen: »Wenngleich die Vernetzung und Kooperation, der Austausch, der gegenseitige Lernprozess, die Entwicklung und Umsetzung vieler Projekte als erfolgreiche Ergebnisse gesehen werden, werden weitere Handlungsempfehlungen genannt:

- Förderung der partizipativen Forschung, um die Erreichbarkeit der Zielgruppen zu verbessern und die Wirksamkeit der Projekte zu erhöhen.
- Orientierung auf kommunale Prozesse durch vermehrte Unterstützung beim Aufbau von Netzwerken, bei der Einbindung lokaler Kompetenzen und bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen.
- Kontinuität in der Projekt- und Programmstrategie im Sinne integrierter Handlungskonzepte, welche alle Altersphasen und alle Handlungsfelder umfassen.
- Einflussnahme auf politische Entwicklungen zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Anlehnung an europäische Beschlüsse, wie es in der 8. globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Helsinki 2013 definiert wird.
- Finanzierung flächendeckender, nachhaltiger, lösungsorientierter und vor allem qualitätsgesicherter Projekte.
- Steigerung der Eigeninitiativen der zivilgesellschaftlichen Organisationen und eine intensivere Vermittlung der eigenen Mitgliedschaft im Kooperationsverbund in den eigenen Strukturen zur Unterstützung regionaler und kommunaler Prozesse.
- Förderung intersektoraler Zusammenarbeit auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene mit dem Ziel noch erfolgreicher, effektiver und zufrieden stellender zu arbeiten.« (Luig-Arlt 2013, S. 31)

Elisabeth Pott zog im November 2013 in ihrer Pressemitteilung zum zehnjährigen Bestehen des Verbundes ein sehr positives Zwischenfazit: »Was 2003 von der BZgA ins Leben gerufen wurde

und zunächst in vergleichsweise kleiner Runde begann, hat sich zu einem echten Zukunftsmodell entwickelt. (…) Indem kontinuierlich neue Partner aus neuen Handlungsfeldern eingebunden wurden, konnten sich neue Arbeitsstrukturen und Projekte entwickeln. Das ist ein wichtiger Prozess, um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zunehmend zu gewährleisten.« (BZgA 2013, S. 1)

Neuerdings werden die Arbeitsergebnisse des »Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit« sowohl als zentrale Qualitätsdimension, als auch als Umsetzungsstruktur für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland diskutiert. Aus den langjährigen Erfahrungen der Good Practice-Beispiele und den nicht ganz so langjährigen des kommunalen Partnerprozesses lauten zentrale Thesen zur Qualitätsentwicklung nun:

- Vernetzung – insbesondere innerhalb der Kommune – ist ein besonders wichtiges Qualitätskriterium, um gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen.
- Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist flächendeckend nur möglich, wenn sie in den Qualitätssystemen der Trägerorganisationen verankert ist.

» Literatur

BMAuS – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2013): Lebenslagen in Deutschland. Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Bräunling, S.; Kilian, H. (2010): Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit als Kern nachhaltiger Gesundheitsförderung. In: Göpel, E. (Hg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten. Band 4. Frankfurt am Main, S. 202–203.

BZgA (2003): Dokumentation Kooperationstreffen: Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=dbc0f69da0a72dc7a8f3eac8dd917050 [Zugriff 01.12.2014].

BZgA (2013): »Wegweisendes Zukunftsmodell: Kooperationsverbund >Gesundheitliche Chancengleichheit< wird 10 Jahre alt«. Pressemitteilung vom 7.11.2013. Online verfügbar unter: www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/?nummer=862 [Zugriff 01.12.2014].

CSDM – Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation. Health Equity through action in the social determinants of health. Genf.

Kroll, L. E.; Lampert, T.; Lange, C.; Ziese, T. (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. In: WZB Discussion Paper SP I 2008–306. Berlin.

Lantz, P. M.; House, J. S.; Lepkowski, J. M.; Williams, D. R.; Mero, R. P.; Chen, J. (1998): Socioeconomic factors, health behaviors: results from a nationally representative prospective study of US adults. In: JAMA 279 (21), June 1998, S. 1703–1708.

Lehmann, F. (2009): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: Hurrelmann, K.; Richter, M. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage, Wiesbaden, S. 450 ff.

Lehmann, F. u. a. (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret. Band 5., 5. Auflage. Köln (BZgA).

Lenhardt, U. (2003): Bewertung und Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg, Heft 1, S. 18–37.

Luig-Arlt, H. (2013): 10 Jahre Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« – Eine Zwischenbilanz. Online verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationstreffen-11 [Zugriff 01.12.2014].

Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern.

Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M.; Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven, S. 7–149.

Rosenbrock, R. (2014): Prävention in Lebenswelten – Herleitung und Umrisse des Setting-Ansatzes. In: Henke, R.; Scriba, P. C.; Zepp, F. (Hg.) (2014): Prävention. Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. In: Report Versorgungsforschung Band 9. Köln, S. 179–188.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern.

Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern.

Rosenbrock, R.; Michel, C. (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin.

Rosenbrock, R.; Schmidt, A. J. (2012): AIDS – neue Herausforderungen für soziale und medizinische Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55(4), S. 535–542.

Smedley, B. D.; Syme, S. L. (2001): Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Washington.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006): Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Band: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention. Stuttgart.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band II: Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung, Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Baden-Baden.

WHO Regional Office for Europe (2003): The solid facts. Social determinants of health. 2ndedition, Kopenhagen.

Wilkinson, R.; Pickett, K. (2010): The Spirit Level. Why equality is better for everyone. London.

Winkelhake, O.; Thormeier, K.; Miegel, U. (2002): Die personelle Verteilung von Gesundheitsausgaben 1998/99. In: Sozialer Fortschritt, S. 58–68.

04

Strategien und Herausforderungen

Internationale Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung

Helene Reemann, Simone Weyers, Gunta Lazdane, Minou Friele, Ursula von Rüden und Matthias Wentzlaff-Eggebert

Ziele und Aufgaben der internationalen Zusammenarbeit

Eine wesentliche Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist der internationale Erfahrungsaustausch zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung. Hierbei spielt die Vernetzung mit internationalen Partnern eine grundlegende Rolle. Gemeinsames Lernen, der Austausch von Konzepten und Strategien mit kompetenten Partnern im Ausland sowie die Entwicklung von internationalen Standards in der Prävention und Gesundheitsförderung sind grundlegende Anliegen der BZgA. Die BZgA verfolgt bezüglich der internationalen Zusammenarbeit explizit folgende Ziele:

- Förderung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext der internationalen Diskussion.
- Aktive Mitwirkung bei der Entwicklung internationaler Standards von Theorie und Praxis in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Verzahnung nationaler und internationaler Strategien.

– Stärkung der Zusammenarbeit mit der WHO und der EU.
– Vernetzung mit Partnerinstitutionen in anderen Ländern durch aktive Mitarbeit in internationalen Gremien und Netzwerken sowie im bilateralen Austausch mit internationalen Experten und Expertinnen.
– Förderung des internationalen Wissenstransfers.

Deshalb arbeitet die BZgA in verschiedenen von der EU geförderten Projekten und Netzwerken sowie mit der WHO und anderen internationalen Organisationen zusammen. Darüber hinaus berät sie interessierte Partnerorganisationen im Ausland bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, Projekten und Materialien und bietet die Möglichkeit, BZgA-Materialien und Projekte für den Einsatz in ihren Ländern zu adaptieren.

» Partner in der internationalen Zusammenarbeit

Vernetzung und Kooperation sind wesentliche Strategien der Gesundheitsförderung und bilden die Grundlage für den systematischen Austausch und die Weiterentwicklung von Expertise. Sie schaffen Möglichkeiten, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu generieren. Diese Strategien werden auf der Grundlage formaler Kooperationsvereinbarungen umgesetzt, durch Mitwirkung in Netzwerken oder durch die Zusammenarbeit in internationalen, europäischen Projekten:

– Im Jahr 1983 wurde die BZgA erstmals als Kooperationszentrum der Weltgesundheitsorganisation designiert. Das Aufgabenspektrum war zunächst im allgemeinen Bereich der Gesundheitsförderung verortet. Im Jahr 2003 wurde die BZgA als WHO-Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit ernannt. Die Zusammenarbeit erfolgt mit dem WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen in den Schwerpunkten »Expertenaustausch zu Programmen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung«, »Verbesserung der Qualität in der Sexualaufklärung und in der HIV- und STI-Prävention« sowie der »Stärkung von Forschung in der sexuellen und reproduktiven Gesundheit«.
– Zusammen mit anderen Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung in Europa arbeitet die BZgA in Projekten, die von der EU-Kommission gefördert werden, insbesondere von der Generaldirektion für Verbraucher und Gesundheit sowie im Rahmen des Forschungsrahmenprogramms Horizon 2020. Diese Zusammenarbeit erfolgt zurzeit in den Themenfeldern »Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit«, »Chronische Erkrankungen«, »Alkoholprävention«, »Gesundes Altern« und »Qualitätsverbesserung in der HIV-Prävention«.
– Die BZgA ist eine Partnerorganisation im europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen, dem EuroHealthNet (www.eurohealthnet.eu) mit Sitz in Brüssel. EuroHealthNet steht Mitgliedern und Partnern offen, die öffentliche Verantwortung für die Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler und regionaler Ebene tragen. In diesem Netzwerk arbeiten mehr als 30 Partnerorganisationen aus 26 EU-Mitgliedsstaaten zusammen. Es fungiert als Aktionsplattform für Gesundheitsförderung und Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Die BZgA ist seit 1997 Mitglied des Netzwerkes und wirkt an zumeist von der EU geförderten Projekten des Netzwerkes zu unterschiedlichen Themen mit, insbesondere zu Projekten zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten.

– Die BZgA ist Mitglied in der Internationalen Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (IUHPE – International Union for Health Promotion and Education, www.iuhpe.org). IUHPE wurde 1951 in Paris gegründet, um den internationalen Austausch von wirksamen Ansätzen in der Gesundheitsförderung voranzubringen. In den vergangenen Jahren hat die weltweite Arbeit der IUHPE als Fachverband wesentlich zur Entwicklung einer wissenschaftlich fundierten Gesundheitsförderung und zur Professionalisierung dieses Arbeitsgebietes in Europa beigetragen. Eines der zentralen Projekte der IUHPE war die Entwicklung von Kernkompetenzen und professionellen Standards in der Gesundheitsförderung.
– 2001 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ, www.giz.de) und der BZgA unterzeichnet. Die BZgA unterstützt die GIZ bei der Entwicklung von Konzepten für Gesundheitsförderungsprojekte (insbesondere in der HIV-Prävention) in Entwicklungsländern und osteuropäischen Ländern mit besonderem Entwicklungsbedarf.

» Themenschwerpunkte der internationalen Arbeit

Thematische Schwerpunkte in der internationalen Zusammenarbeit waren in den vergangenen Jahren
– die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit,
– die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie
– die Entwicklung und Verbesserung der Qualität in der HIV-Prävention.

Grundlegende Ziele hierbei sind die Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsförderung, z. B. durch die Identifizierung und Verbreitung guter Praxis, die Entwicklung von internationalen Standards sowie durch Unterstützung in Fragen der konkreten Anwendung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -entwicklung. Zu den oben genannten drei Themen werden im Folgenden die zentralen Hauptaktivitäten vorgestellt.

» Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Europa – die Bedeutung der europäischen Zusammenarbeit

Trotz Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes in der Bevölkerung existieren Disparitäten in Gesundheit und Lebenserwartung in allen europäischen Ländern (Eurothine 2007). Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine große Herausforderung für die Gesundheitssysteme in Europa. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Mortalitätsrisiko. Dieser soziale Gradient in der Lebenserwartung beschreibt, wie mit sinkendem, sozialem Status das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit steigt. Soziale Disparitäten in der Lebenserwartung werden insbesondere durch Unterschiede in den folgenden Bereichen erklärt: Bildung, finanzielle Ressourcen, Arbeits- und Wohnbedingungen, psychosoziale Belastungen und Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung), Gesundheitsverhalten und Wahrnehmung von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung.

In dem durch die European Science Foundation geförderten Forschungsprogramm »Social Variations in Health Expectancy in Europe« hatten sich bereits zwischen 1999 und 2003 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus 14 europäischen Ländern mit dem Ziel zusammengeschlossen, gesundheitliche Ungleichheiten zu identifizieren. Dadurch konnten neue Erkenntnisse für gesundheitliche Determinanten im Lebenslauf (Kindheit, Familie), psychosoziale Faktoren im Erwachsenenalter (v. a. Arbeitsstress) und makrosoziale Determinanten (Nachbarschaften, Einkommensungleichheit) gewonnen werden (Siegrist und Marmot 2008).

Aktivitäten zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Zwischen 2004 und 2007 koordinierte die BZgA in Zusammenarbeit mit »EuroHealthNet« das EU-Projekt »Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe«. Ziel des dreijährigen Projektes war es, ein tragfähiges europäisches Netzwerk von nationalen Akteuren und europäischen Institutionen der Gesundheitsförderung zu entwickeln, um die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in den Mitgliedsstaaten dauerhaft zu unterstützen. Zusammen mit Akteuren der Gesundheitsförderung und mit Unterstützung der Wissenschaft sollte ein gemeinsames Verständnis der Ursachen und Ausprägungen gesundheitlicher Ungleichheiten sowie möglicher Interventionen entwickelt werden.

In einem weiteren Schritt wurden Politiken der europäischen Institutionen wie z. B. Maßnahmen der gemeinschaftlichen Landwirtschaftspolitik, des Strukturfonds sowie Auswirkungen des Binnenmarktes und der Sozialpolitik identifiziert und bezüglich ihrer Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten in den Mitgliedsstaaten analysiert.

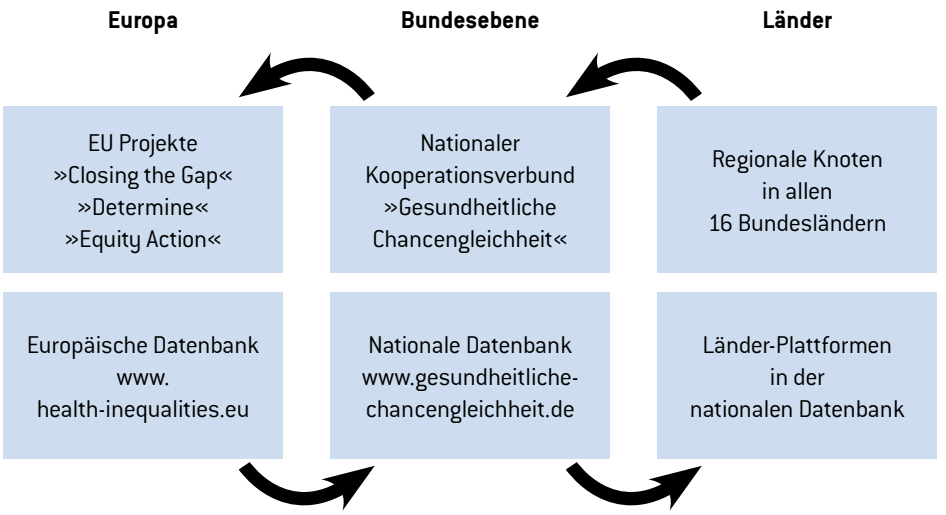
Zur Identifizierung geeigneter Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit wurden mit Hilfe von interdisziplinären Expertenteams in 21 Mitgliedsstaaten (einschließlich Deutschland) Informationen zu Akteuren, zentralen politischen Dokumenten, Instrumenten, Veröffentlichungen etc. zusammengetragen und ausgewertet (Weyers u. a. 2007). Auf Basis dieser Erhebungen wurden Cluster gebildet, die eine spezifische Interventionsstufe beschreiben, z. B. inwiefern nationale übergreifende Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten implementiert waren oder eher zielgruppenorientierte Strategien zum Einsatz kamen (Judge u. a. 2006).

Von besonderer Bedeutung war auch die Identifizierung von kommunalen Interventionen, die auf vorbildliche Weise die Gesundheit sozial Benachteiligter fördern oder sogar dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen. Bei der Ermittlung von Projekten guter Praxis (»Good Practice«) profitierte »Closing the Gap« von den Erfahrungen des Kooperationsverbundes »Gesundheitliche Chancengleichheit« in Deutschland. Hier waren bereits »Good Practice-Kriterien« identifiziert und konsentiert (Lehmann u. a. 2011) sowie Verfahren zur Erhebung, Beschreibung und Darstellung von Interventionen entwickelt worden. Diese wurden von den 21 EU-Partnern aufgegriffen und im europäischen Kontext umgesetzt. Insgesamt konnten 86 verhaltens- und verhältnispräventive Projekte für Kinder und Jugendliche, Migrantinnen und Migranten, suchtgefährdete und -kranke Menschen, Menschen mit Behinderungen und weitere Zielgruppen identifiziert werden (Walter und Diederichs 2008; Richter-Kornweitz 2007).

Vernetzung von der internationalen bis zur kommunalen Ebene

Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit war im Jahr 2005 das zentrale gesundheitspoliti-

Modell nationaler-internationaler Zusammenarbeit



» Abb. 1: Modell nationaler-internationaler Zusammenarbeit 2014

sche Thema im Rahmen der Britischen EU-Ratspräsidentschaft. Unterstützt durch die Europäische Kommission wurden zwei Gutachten in Auftrag gegeben: Zum Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten in den Mitgliedsstaaten (Mackenbach 2006) sowie zur Implementierung nationaler Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten (Judge u. a. 2006). An der Erstellung des zweiten Gutachtens war die BZgA über die Erhebung der Daten im Projekt »Closing the Gap« maßgeblich beteiligt. Im Herbst 2005 wurden die Gutachten auf dem Londoner Gipfeltreffen »Tackling Health Inequalities: Governing for Health« präsentiert und die Ergebnisse den Mitgliedsstaaten zur Verfügung gestellt. In Folge dieser Konferenz führten die Mitgliedstaaten des Projektes »Closing the Gap« die Woche der »Gesundheitlichen Chancengleichheit« (Health Equity Week) durch. In diesem zeitlichen Rahmen wurden nationale Konferenzen in 18 europäischen Ländern abgehalten. In einigen Ländern war es das erste Mal, dass gesundheitliche Ungleichheiten öffentlich thematisiert wurden.

Im Rahmen der nationalen Konferenz in Deutschland wurde die Health Equity Week genutzt, um zentralen Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung den gegenwärtigen Stand der Diskussion zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten auf europäischer Ebene und die Ergebnisse der Gutachten vorzustellen. Weiterhin wurden in Anknüpfung an diese Veranstaltung in einer Arbeitsgruppe Empfehlungen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten formuliert, die zur Grundlage für die Entwicklung der europäischen Projektempfehlungen wurden. Sie basieren weitgehend auf den Handlungsempfehlungen des Nationalen Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit.

Es ist deutlich geworden, dass die Verbindung von internationalen bzw. europäischen und nationalen, regionalen Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten wesentlich dazu beigetragen hat, Wissen zu gewinnen und gelungene Praxiserfahrungen in die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren (Abbildung 1).

Nationale Gesundheitsförderungsinstitutionen wie die BZgA spielten eine wichtige Rolle: Durch die Zusammenarbeit mit anderen nationalen und europäischen Akteuren konnten sie einerseits wichtige übergeordnete politische Prozesse und internationale wissenschaftliche Expertise aufgreifen und in die praktische Arbeit einbringen. Andererseits konnten sie innovative und bewährte lokale Ansätze der einzelnen Mitgliedstaaten in den internationalen Diskurs hineintragen. Nach Abschluss des Projektes »Closing the Gap« wurden von der EU-Kommission weitere zentrale Projekte zur gesundheitlichen Chancengleichheit initiiert und gefördert, z. B. »DETERMINE « und die »Equity Action«.

An das Projekt »Closing the Gap« schloss sich das Projekt »DETERMINE – EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health« an. Es wurde in der Zeit von 2007 bis 2011 mit 50 Akteuren aus 26 Ländern durchgeführt. Im Rahmen dieses Projektes wurden Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten identifiziert und weiterentwickelt, die auch über den Gesundheitssektor hinausgehend weitere gesellschaftliche Sektoren einbeziehen, z. B. Bildung, Sozialpolitik und Stadtentwicklung. Diese Strategien wurden in die europäische Datenbank www.health-inequalities.eu aufgenommen.

Die zehnjährige Zusammenarbeit in den EU-Projekten beförderte wesentlich die Auseinandersetzung mit der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit. Auf nationaler Ebene erfolgt dies insbesondere auf dem jährlich stattfindenden Kongress »Armut und Gesundheit«.

» Die Entwicklung von Standards für die Sexualaufklärung in Europa – die Arbeit des WHO-Kollaborationszentrums für sexuelle und reproduktive Gesundheit

Ausgangslage

Im Jahr 1983 wurde die BZgA erstmals als Kollaborationszentrum des WHO-Regionalbüros für Europa designiert. Die Designation erfolgte zunächst im Bereich der allgemeinen Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung. Im Jahr 2003 wurde die BZgA WHO-Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit, aufgrund ihrer Zuständigkeit auf nationaler Ebene für Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Auf der gesetzlichen Basis des Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG) von 1992 hat die BZgA auf nationaler Ebene den Auftrag, zielgruppenspezifische Konzepte sowie entsprechende Medien und Maßnahmen zur Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten wie auch der allgemeinen Sexualaufklärung zu entwickeln. Hierbei arbeitet sie eng mit allen Bundesländern sowie mit weiteren lokalen, regionalen und bundesweiten Kooperationspartnern in Wissenschaft und Praxis zusammen. Darüber hinaus trägt die BZgA durch den internationalen Erfahrungsaustausch ständig zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung bei. Diesem Vorgehen liegt die Überzeugung zugrunde, dass eine erfolgreiche gesundheitliche Aufklärung auf mehreren

Ebenen erfolgen muss, auf der kommunalen bis hin zur globalen Ebene.

Die BZgA ist das einzige Kollaborationszentrum in Europa mit dem Schwerpunkt Sexualaufklärung. Sie bildet damit für die WHO und die 52 Mitgliedsstaaten in der Europäischen Region der WHO eine zentrale fachliche Ressource.

In ihrer Funktion als Kollaborationszentrum dient die BZgA als Beratungs- und Informationszentrum der WHO und vernetzt sich mit anderen Kollaborationszentren für sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie mit staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen, vor allem mit Fachverbänden und anderen Einrichtungen, in denen die Arbeit wissenschaftlich und praktisch umgesetzt wird.

Die Konferenz »Sexualaufklärung für Jugendliche in einem multikulturellen Europa«

Die BZgA organisierte im November 2006 zusammen mit der WHO eine internationale Konferenz unter dem Titel »Sexualaufklärung für Jugendliche in einem multikulturellen Europa«. An der in Köln durchgeführten Veranstaltung nahmen etwa 100 Expertinnen und Experten aus 26 Ländern teil. Im Vorfeld der Veranstaltung wurden Länderberichte zu nationalen Rahmenbedingungen und Strategien der Sexualaufklärung erstellt. Neben nationalen und internationalen Strategien zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit Jugendlicher in den verschiedenen Ländern Europas wurden auch die besonderen Herausforderungen in der Sexualaufklärung diskutiert, die sich durch Migration und Zuwanderung in einem multikulturellen Europa ergeben (WHO und BZgA 2006).

Von der Konferenz gingen vielfältige fachliche Impulse für eine bessere Vernetzung von Expertinnen und Experten in ganz Europa sowie für eine verstärkte Kooperation mit der WHO/Europa aus. Nicht zuletzt darf die Konferenz als Auftakt für die Arbeit an Standards für die Sexualaufklärung in Europa gelten. Diese Standards wurden gemeinsam vom WHO-Regionalbüro für Europa, der BZgA und in enger Kooperation mit einer 20-köpfigen Expertengruppe aus neun europäischen Ländern entwickelt, um den teils großen Qualitätsunterschieden im Bereich der schulischen Sexualaufklärung zu begegnen.

Entwicklung der Standards der Sexualaufklärung in Europa

2001 forderte die WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health (SRH) der Europäischen Region der WHO die Mitgliedsstaaten dazu auf, junge Menschen über alle Aspekte der Sexualität und Fortpflanzung zu informieren, aufzuklären und ihnen dabei zu helfen, die Lebenskompetenzen zu entwickeln, die sie brauchen, um in zufriedenstellender und verantwortlicher Weise mit Sexualität umzugehen. Dabei sollten die erforderlichen gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Gesetze und Politik daraufhin zu überprüfen, ob ein gleichberechtigter Zugang zur Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit, zu Informationen und gesundheitlichen Diensten gewährleistet ist (WHO 2001).

Die hohe Relevanz dieser Forderungen belegen u. a. die Ergebnisse verschiedener, von der WHO in Auftrag gegebener Untersuchungen zur Jugendsexualität in Europa. Ihnen zufolge wird die globale Krankheitslast bei Jugendlichen vor allem durch die folgenden Faktoren bedingt: sexuell übertragbare Infektionen (STI), HIV und ungeplante Schwangerschaften durch ungeschützten Geschlechtsverkehr; außerdem Alkohol und Drogenmissbrauch, die ihrerseits zu Faktoren mit Konsequenzen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit werden können (WHO 2014).

Um diesen gesundheitlichen Gefahren zu begegnen, bedarf es einer sachgerechten Sexualaufklärung. In den meisten westeuropäischen

Ländern bestehen zwar Programme zur schulischen Sexualaufklärung, bislang waren noch keine gemeinsamen Standards für die Bewältigung dieser gesundheitspolitisch hochrelevanten Aufgabe auf der Ebene der WHO Europa-Region oder auf EU-Ebene fixiert worden. Mit den Standards für Sexualaufklärung in Europa sollte ein erster Schritt unternommen werden, um diese Lücke zu schließen und die Einführung einer ganzheitlichen Sexualaufklärung in den verschiedenen Ländern der WHO-Euroregion zu unterstützen.

Die Standards basieren auf einem positiven Verständnis von Sexualität, die sie als Teil der physischen und psychischen Gesundheit verstehen. Themen wie Liebe, erfüllende Partnerschaft, körperliches Wohlbefinden, sexuelle Orientierung, aber auch HIV/AIDS, ungewollte Schwangerschaften und sexuelle Gewalt sind Elemente einer ganzheitlichen Aufklärung, die die Selbstbestimmung des Menschen und die Verantwortung für sich selbst und den anderen in den Mittelpunkt stellt.

Ganzheitliche Sexualaufklärung vermittelt Kindern und Jugendlichen unvoreingenommene und wissenschaftlich korrekte Informationen zu sämtlichen Aspekten der Sexualität und hilft ihnen, Kompetenzen zu entwickeln, um diese Informationen auch praktisch zu nutzen. Die Standards beinhalten neben Informationen über die im Rahmen einer ganzheitlichen Aufklärung zu vermittelnden biologischen Fakten daher auch Informationen über die sozialen und psychologischen Aspekte der sexuellen Entwicklung sowie Empfehlungen zu den zu befördernden Kommunikationsfähigkeiten und Werthaltungen. Eine umfangreiche Übersicht fasst zusammen, welche Themen im Lehrplan für die jeweilige Altersgruppe abgedeckt sein sollten (WHO und BZgA 2010).

Damit greifen die Standards die Empfehlung der europäischen WHO-Strategien für sexuelle und reproduktive Gesundheit von 2001 und 2004 auf (WHO 2001 und 2004). Beide Dokumente betonen, dass sexuelle Gesundheit einen positiven Zugang zur Sexualität einschließt und das Ziel der sexuellen Gesundheitsversorgung nicht nur auf Beratung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen beschränkt sein kann, sondern vor allem auch die Stärkung der eigenen Kompetenz im verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität umfassen sollte.

Zwischenzeitlich wurden die 2010 von dem WHO-Regionalbüro für Europa und der BZgA gemeinsam publizierten Standards für Sexualaufklärung in Europa in zehn Sprachen verfügbar gemacht. Sie dienen als Referenzrahmen für politisch Verantwortliche im Bildungs- und Gesundheitsbereich sowie für Fachkräfte, die sich für eine angemessene, den Bedürfnissen und Rechten junger Menschen entsprechende Sexualaufklärung, einsetzen.

Leitlinien für die Implementierung der Standards

In den Folgejahren wurden in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe, die für die Entwicklung des Dokumentes verantwortlich zeichnet, Leitlinien für die Implementierung der Standards für Sexualaufklärung in Europa entwickelt. Diese Leitlinien geben Hinweise darauf, welche Aspekte bei der Implementierung generell zu beachten sind, damit die Standards verbreitet und sachgerecht genutzt werden. Dieses im Jahr 2013 veröffentlichte und ergänzende Dokument ist bisher in englischer und italienischer Sprache verfügbar (WHO und BZgA 2013). Weitere Übersetzungen und eine Adaption für den außereuropäischen Bereich wurden beauftragt.

Mitte 2014 nahm sich die Expertengruppe unter Federführung der BZgA und des WHO-Regionalbüros für Europa schließlich des Themas Aufbau und Bildung von Kompetenzen (Capacity Building) im Bereich Sexualaufklärung an. In den kommenden Jahren soll ein Rahmenwerk zu Capacity Building und Training für Fachkräfte im Bereich der Sexual-

aufklärung erarbeitet werden, das den nationalen Akteuren bei der Arbeit in ihren jeweiligen Ländern weitere Unterstützung bieten soll.

Hierbei wird (wie mit den vorangegangenen Publikationen) keine vereinheitlichte Strategie der Umsetzung der Standards für Sexualaufklärung angestrebt. Da die jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen (Geschlechterverhältnisse, Religion, kulturelle Tabus usw.) die reproduktive Gesundheitssituation der Menschen wesentlich prägen, müssen die einzelnen Staaten Strategien und Konzepte zu ihrer Verbesserung entwickeln, die auf die lokalen Bedingungen zugeschnitten sind und der Diversität ihrer Bevölkerung Rechnung tragen. Schon jetzt nutzen zahlreiche europäische Länder die Standards und die Guidance, um ihre jeweiligen nationalen Strategien und Programme zu entwickeln.

Das WHO-Regionalbüro für Europa und die BZgA fördern die Verbreitung und Implementierung der in den genannten Dokumenten formulierten Leitlinien durch Workshops, an denen Expertinnen und Experten sowie Regierungsvertreter aus verschiedenen europäischen Ländern teilnehmen, sowie durch den Austausch von Konzepten und Strategien mit kompetenten Partnerinstitutionen, Netzwerken und Gremien.

Die WHO sieht in der BZgA eine wichtige Partnerin, ihre gesundheitspolitischen Ziele für sexuelle und reproduktive Gesundheit in Europa umzusetzen. Die hier geleistete Arbeit ist ein wichtiges Element in einer ganzen Reihe internationaler Anstrengungen zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aller jungen Menschen in ganz Europa, wie z. B. das »SAFE Projekt«.
Ziel dieses vom WHO-Regionalbüro für Europa in Kooperation mit dem europäischen Netzwerk der International Planned Parenthood Federation (IPPF) durchgeführten Projektes war es, ein Gesamtbild der in der Region wirksamen Muster und Trends unter europäischen Jugendlichen zu erstellen, um neue und innovative Ansätze dafür zu entwickeln, wie junge Menschen mit Informationen und Angeboten im Bereich der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erreicht und politische Entwicklungen mit aussagekräftigen Daten versorgt, unterstützt und vorangebracht werden können (vgl. IPPF 2012).

Auch künftig wird die WHO den Themenbereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit ein hohes Maß an Aufmerksamkeit widmen. Dies belegt nicht zuletzt die jüngst verabschiedete WHO-Strategie »Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020« der WHO. Das Dokument betont zum einen die Notwendigkeit, sich weiter intensiv um die Beförderung der sexuellen Gesundheit besonders von jungen Menschen zu bemühen. Unter anderem wird darauf verwiesen, dass nach wie vor 25 % der Fünfzehnjährigen Sexualkontakte haben, aber in einigen Ländern mehr als 30 % weder ein Kondom noch andere Formen der Verhütung nutzen. Darüber hinaus wird aber auch ganz konkret das Ziel formuliert, zu gewährleisten, dass alle in der WHO-Europaregion geborenen Kindern und Jugendlichen Zugang zu angemessenen Gesundheitsinformationen und Sexualaufklärung (access to age- and gender-appropriate health and sexuality information and support) haben (WHO 2014).

In ihrer Eröffnungsrede des 64. Treffens der Regionalkomitees der WHO im September 2014, auf dem die Strategie beschlossen wurde, brachte die Regionaldirektorin der WHO Europa, Dr. Zsuzsanna Jakab, die Situation wie folgt auf den Punkt: »The introduction of modern, effective contraception and the promotion of sexuality education contributed to the reduction of unintended pregnancies. Sexual and reproductive health and rights will be an area where we will put more emphasis in the future.« (WHO 2014, o. S.)

» Verbesserung der Qualität in der HIV-Prävention – das EU- Gemeinschaftsprojekt »Quality Action«

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist die BZgA seit 1. März 2013 Gesamtkoordinatorin der Joint Action »Improving Quality in HIV Prevention« (Kurztitel: Quality Action). Die Quality Action wird durch die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission kofinanziert und hat eine Gesamtdauer von drei Jahren. Insgesamt sind 43 Partner aus 27 Ländern am Projekt beteiligt.

Hintergrund

Die Bekämpfung von HIV/AIDS ist auch in Europa weiterhin eine Herausforderung. Um die bisherigen Präventionserfolge zu sichern und auszubauen, ist es wichtig, die kontinuierliche Verbesserung von Maßnahmen und Strategien voranzutreiben. In den vergangenen Jahren hat die Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention immer stärker an Bedeutung gewonnen. Zusammen mit internationalen Partnern, insbesondere mit der WHO, hat die BZgA diesen Prozess im Jahr 2006 angestoßen. Der Kongress »How do we know what works?« (mit WHO Europe) 2008 in Berlin kann als wichtiger Meilenstein bewertet werden. Der Kongress verdeutlichte den europaweit hohen Bedarf an praktikablen Verfahren und Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung.

Die BZgA initiierte daraufhin die internationale und multidisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe IQhiv, die sie gemeinsam mit der WHO und AIDS Action Europe steuert. Über mehrere Jahre wurden Konzepte entwickelt sowie Instrumente gesichtet und weiterentwickelt, die inzwischen in der Quality Action zur Anwendung kommen. Die Entwicklung bzw. Förderung von zwei der fünf Qualitätssicherungs- und -Entwicklungsinstrumente der Quality Action gingen von der BZgA aus. Das Verfahren »Qualität in der Prävention« (QIP), wurde gemeinsam mit der Universität Hamburg-Eppendorf erarbeitet (Kliche u. a. 2006). Ein so genannter Instrumentenkoffer für die »Partizipative Qualitätsentwicklung« (PQD), wurde im Auftrag der BZgA vom Wissenschaftszentrum Berlin und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. entwickelt.

Arbeitsschwerpunkte des Projektes »Quality Action«

Ziel der dreijährigen Quality Action ist es, praktische Ansätze zur Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention in Europa zu verankern. Die Quality Action umfasst neben den Arbeitsbereichen zur Projektsteuerung wie Koordination, Verbreitung der Ergebnisse und Evaluation fünf thematische Schwerpunkte:

- Anpassung von bestehenden Instrumenten zur Qualitätsverbesserung und zur Qualitätssicherung für die HIV-Prävention wie QIP, PQD, Succeed, PIQA, Schiff (Beschreibung siehe unten).
- Trainingsworkshops zur Nutzung und Anwendung der verschiedenen Instrumente in regionalen und nationalen Trainingsworkshops sowie im Rahmen von internetbasierten Weiterbildungsangeboten (E-Learning-Tool).
- Praktische Anwendung der Instrumente auf Projekte und Programme der HIV-Prävention.
- Identifizierung von Qualitätsprinzipien und Qualitätskriterien in der HIV-Prävention und Entwicklung und Verabschiedung einer Europäischen Charta zu Grundprinzipien der Qualität in der HIV-Prävention mit dem Ziel, Qualitätssicherung und -verbesserung in der HIV-Prävention in allen Mitgliedsländern zu verankern.

– Entwicklung von Empfehlungen und Strategiepapieren zur besseren Verankerung der Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention für politische Entscheidungsträger auf nationaler und europäischer Ebene (Policy Kit).

Qualitätssicherung oder Qualitätsentwicklung?
Qualitätssicherung (Quality Assurance, QA) überwacht die Qualität von Dienstleistungen und Aktivitäten anhand von Standards, einschließlich Revision, Problemfindung und Korrektur. Qualitätsentwicklung (Quality Improvement, QI) basiert auf Strategien zur Steigerung der Kapazitäten, um Qualitätsstandards zu erfüllen und zu übertreffen, setzt sie um und evaluiert sie. Qualität ist ein wichtiger Aspekt eines jeden Projekts. Qualitätssicherung ist besonders dort geeignet, wo standardisierte Leistungen angeboten werden, wie z. B. bei medizinischen und klinischen Abläufen (z. B. HIV-Test mit Beratung bzw. Information).

Die meisten HIV-Präventionsmaßnahmen sind jedoch komplexer. Sie umfassen auch Information, verhaltensorientierte Maßnahmen und die Entwicklung sozialer Netze. Die Methoden der Qualitätssicherung sind in der Regel zu starr, um die komplexen Prozesse in der HIV-Prävention zu erfassen, zu verbessern und weiterzuentwickeln. Qualitätsentwicklungsmethoden sind flexibler (Maguerez und Ogden 2010; Spencer 2013), weil sie prozessorientiert sind und folgende Methoden und Interventionen umfassen:

– Evidenzbasierte Instrumente, Anpassung durch Experten, Pilotanwendung und Revision.
– Train-the-Trainer, Erwachsenenbildung, E-Learning, praxisnahes Lernen.
– Entwicklung von Qualitätsfaktoren, Beratung.
– Politikanalyse, Interessenvertretung und Verhandlung.
– Prozess-, Ergebnis- und Wirkungsevaluation.

Daher kommen in der Quality Action verschiedene Instrumente (Succeed; QIP – Quality in Prevention [Project level]); Schiff – Improving the Quality of Prevention Programmes; PIQA – Quality Assurance for HIV Prevention Projects for People Who Inject Drugs (PWID); PQD - Participatory Quality Development zum Einsatz.

Die Grundidee der Quality Action ist es, dass Erfolg nicht nur von der evidenzbasierten Auswahl geeigneter Methoden und Maßnahmen abhängt, sondern auch von der Qualität ihrer Durchführung. Begrenzte finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen unterstreichen die Bedeutung der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

Aktivitäten der Quality Action
Nach der Anpassung der fünf Qualitätsinstrumente an die Erfordernisse der HIV-Prävention wurden insgesamt 100 Fachkräfte in den teilnehmenden Mitgliedstaaten durch regionale und nationale Trainingsworkshops im »Train-the-Trainer«-Ansatz qualifiziert. Ein Online-Vertiefungsangebot ergänzt die Qualifizierungsmaßnahmen vor Ort.

Im nächsten Schritt werden die Qualitätsinstrumente auf ca. 80 Projekte und Programme der HIV-Prävention in den Mitgliedstaaten angewandt. Die fachliche Begleitung erfolgt hierbei durch die in den Trainingsworkshops ausgebildeten Fachkräfte. Die Ergebnisse werden u. a. im Rahmen von Fallstudien ausgewertet und dokumentiert. Die daraus abgeleiteten Qualitätskriterien und -prinzipen münden in eine Charta zur Qualität in der HIV-Prävention, die am Ende des Projektes auf europäischer Ebene vorgestellt und verabschiedet werden soll. Die Charta dient als Konsenspapier, um in möglichst vielen Mitgliedsländern Qualität in der HIV-Prävention strategisch zu verankern.

Die Einbeziehung von politischen Entscheidungsträgern in das Projekt erfolgte über bilaterale und multilaterale Konsultationen. Auf dieser Grundlage und unter Einbeziehung der Qualitätscharta wird ein »Policy Kit« mit konkreten Empfehlungen und Beispielformulierungen für die HIV-Politik und strategische Planung erstellt und verbreitet.

Ausblick

Die Website www.qualityaction.eu bildet eine umfangreiche Ressource zur Nutzung der Projektergebnisse und zur weiteren Anwendung der Qualitätsverfahren. Das E-Learning-Instrument und die darin enthalten Foren sollen zur Netzwerkbildung und zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch anregen. Für eine nachhaltige Etablierung von Qualitätssicherung und -entwicklung in der HIV-Prävention in Europa leistet die Quality Action insbesondere durch die Bildung eines Netzwerkes von »Qualitätsmultiplikatoren« – resultierend aus den Trainingsworkshops und Pilotanwendungen – einen wichtigen Beitrag.

» Die Zukunft der internationalen Arbeit der BZgA

Die Europäische Kommission, die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher schreibt zunehmend Gemeinschaftsaktionen aus (Joint Actions), an denen sich maßgeblich national agierende Institutionen beteiligen. In der BZgA sind weitere Projektbeteiligungen zu Themen wie chronische Erkrankungen, Demenz und Alkoholprävention angestoßen worden. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt in der Regel die Beteiligung an diesen Projekten finanziell.

Darüber hinaus ist die BZgA an einem EU-Forschungsprojekt zur Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in der alternden Bevölkerung beteiligt. Insbesondere der Themenbereich gesundes und aktives Altern wird sich als wichtige Aufgabe auch in der internationalen Arbeit etablieren.

Die Erfahrungen, die in den berichteten Projekten gesammelt wurden, bestätigen die Ausrichtung der bisherigen internationalen Arbeit der BZgA: Das Engagement für die Förderung der gesundheitliche Chancengleichheit, für die Entwicklung und Verbreitung von Standards sowie für die Verbesserung der Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung. Auch in Zukunft werden diese Querschnittsthemen zentrale Arbeitsbereiche der BZgA im internationalen wie im nationalen Rahmen sein, unabhängig von den zielgruppen- oder krankheitsspezifischen Schwerpunktsetzungen in den Aufklärungsprogrammen.

» Literatur

Commission on the Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Genf.

Eurothine (2007): Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approch. Final Report. Erasmus MC.

IPPF – International Planned Parenthood Federation (Hg.) (2012): Compendium on Young People's SRHR Policies in Europe. Sexual awareness for Europe (SAFE II), London. Online verfügbar unter www.ippfen.org/sites/default/files/Compendium%20on%20young%20people%20SRHR%20policies%20across%20Europe.pdf [Zugriff am 19.11.2014].

Judge, K.; Platt, S.; Costongs, C.; Jurczak, K. (2006): Health Inequalities: a Challenge for Europe. European Commission.

Kliche, T.; Koch, U.; Lehmann, H.; Töppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (2), S. 141–150, DOI: 10.1007/s00103-005-1216-1.

Lehmann, F. u. a. (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret Band 5. Köln (BZgA).

Mackenbach, J. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. European Commission.

Maguerez, G.; Ogden, J. (2010): Catalyzing quality improvements in HIV prevention: reviews of current practice, and presentation of a new approach. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Richter-Kornweitz, A. (2007): Beispiele Guter Praxis in Europa. Qualitative Analyse der zielgruppenspezifischen Modelle für die Altersgruppe Kinder und Jugendliche aus Closing the Gap. Hannover.

Siegrist, J.; Marmot, M. (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern.

Spencer, B. A (2013): Conceptual framework to assess the effectiveness of HIV prevention, Poster No. 50.085, XI International AIDS Impact Conference. Barcelona.

Walter, U.; Diederichs, C. (2008): Closing the Gap Strategies for action to tackle health inequalities in Europe. Medizinische Hochschule Hannover.

Weyers, S.; Lehmann, F.; Meyer-Nürnberger, M.; Reemann, H.; Altgeld, T.; Hommes, M. u. a. (2007): Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (4), DOI: 10.1007/s00103-007-0192-z, S. S. 484–491.

WHO; BZgA (Hg.) (2006): Conference on Youth Sex Education in a Multicultural Europe Cologne, Youth Sex Education in a Multicultural Europe, November 2006. Online verfügbar unter http://publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1111 [Zugriff am 19.11.2014].

WHO; BZgA (Hg.) (2010): Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and other specialists. Online verfügbar unter www.bzga-whocc.de/?uid=01a65030038feecd775305b3943c39e58&id=home [Zugriff am 19.11.2014].

WHO; BZgA (Hg.) (2013): Standards for Sexuality Education in Europe. Guidance for Implementation, Cologne. Online verfügbar unter www.bzga-whocc.de/?uid=01a65030038feecd775305b3943c39e58&id=home [Zugriff am 19.11.2014].

WHO – Regional Office for Europe (Hg.) (2001): WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health, Copenhagen, Denmark, November 2001, Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf [Zugriff am 19.11.2014].

WHO – World Health Organization (Hg.) (2004): Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, Geneva, Online verfügbar unter whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf [Zugriff am 19.11.2014].

WHO – Regional Office for Europe (2014): Opening address to the 64th session of the Regional Committee by Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe, 15-09-2014. Online verfügbar unter www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/speeches-and-presentations/opening-address-by-zsuzsanna-jakab,-who-regional-director-for-europe [Zugriff am 19.11.2014].

WHO – World Health Organization (2014): Adolescents: health risks and solutions, Fact sheet N°345. Online verfügbar unter www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en [Zugriff am 19.11.2014].

WHO – World Health Organization (Hg.) (2014): Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020, Regional Committee for Europe 64th Session Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014, Geneva. Online verfügbar unter www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020 und www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session [Zugriff am 19.11.2014].

Strategien für wirkungsbezogenes Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung – Erfahrungen mit QIP, einem System zur Qualitätsmessung

Thomas Kliche, Jürgen Töppich und Uwe Koch

Wozu Qualitätsmanagement?

Arbeit soll den Menschen nutzen, so auch Qualitätsmanagement (QM): Diese Steuerungstechnologie dient dazu, die Endergebnisse (»Outcomes«) eines Handlungsfeldes zu verbessern. QM muss also über Zwischenergebnisse (»Output«) hinausgehen: Es zielt letzten Endes auf die eigentlichen Daseinszwecke und die Legitimation von Organisationen – etwa Gesundheit, Sicherheit, Bildung, Handlungsfähigkeit. Das nämlich sind die Leistungen, für die öffentliche Mittel eingesetzt werden, an ihnen bemisst sich der gesellschaftliche Nutzen einer Einrichtung.

Zu den Outcomes öffentlicher Einrichtungen wie denen des Gesundheits- oder Bildungswesens zählt auch deren Wirtschaftlichkeit. Sie ist sachlich – und ethisch – zwingend ein Prinzip der Bewertung von Qualität. Denn der Einsatz wirkungsloser oder unwirtschaftlicher Vorgehensweisen bedeutet zugleich, besser gewählte, besser zu Zielgruppen und Arbeitsfeld passende und besser wirkende Interventionen für die Menschen zu unterlassen.

Diese beiden Grundgedanken – Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit – liegen auch der Steuerung des Gesundheitswesens durch den Gesetzgeber zugrunde; sie ziehen sich durch die Sozialgesetzbücher (SGB) und durch alle Überlegungen zum Präventionsgesetz. QM für Prävention und Gesundheitsförderung muss also zeigen können, dass es die Gesundheit verbessert und dabei Ressourcen gezielt und wirtschaftlich einsetzt. Das kann QM, wenn es

- ein erfahrungsbewährtes, empirisch geprüftes (evidenzgestütztes) Vorgehen wählt,
- dieses Vorgehen so »programmtreu« einsetzt, dass die wirkungsrelevanten Kernkomponenten vollständig und hochwertig ausgeführt werden und
- das gesamte Vorgehen bei Bedarf aber – fachlich reflektiert – an Zielgruppen und soziokulturelle Bedingungen im Arbeitsfeld anpasst.

» Qualitätsmanagement für Prävention und Gesundheitsförderung: Erhebliche Schwierigkeiten

Geringe Wirksamkeit

Die Aufgabe des QM wird seit Jahren von (mindestens) vier großen Umsetzungshürden erschwert, an erster Stelle von ihrer schwachen Evidenz. Zwar sind in allen Versorgungsfeldern Beispiele solider Wirksamkeit von QM unter Einsatz verschiedener Feedback-Strategien belegt (z. B. Glattacker und Jäckel 2007; Ivers u. a. 2012; Scott 2009), doch sieht die Wirklichkeit in vielen Arbeitsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung ganz anders aus. Häufig beherrscht intuitiver Eklektizismus die Praxis, sodass aussichtsreiche Vorgehensweisen bis zur absehbaren Wirkungslosigkeit an vermeintliche »Praxiserfordernisse« angepasst werden, etwa in schulischen Präventionsprogrammen (z. B. Ennett u. a. 2011).

Diesen Einschränkungen ihrer eigenen Wirksamkeit stehen die meisten QM-Verfahren eher hilflos gegenüber. Sie erzielen im Mittel geringe, allenfalls moderate Effekte. Insbesondere die organisationsumspannenden, generischen Steuerungsansätze wie DIN-EN-ISO und EFQM wirken nicht überzeugend, und QM schlägt in den einzelnen Einrichtungen mit breiter Varianz an (z. B. Boiral 2012).

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis von QM ist somit in der Regel unklar – vor und nach der Einführung; insbesondere divergieren die Schätzungen zum Anteil informeller Arbeit stark (z. B. Strauß 2012). Die erzielten Verbesserungen erfassen überwiegend die Prozesse und Zwischenergebnisse, also Outputs (Behandlung, Dokumentation etc.), kaum hingegen die Endergebnisse oder Outcomes der Versorgungseinrichtungen (Gesundheit, Behandlungszeit, Medikamentierungsmengen) (Glattacker und Jäckel 2007; Ivers u. a. 2012). Die herangezogenen Qualitätskriterien beruhen überwiegend auf schwacher Evidenz, nämlich Expertenmeinungen (ebd.).

Versorgungsökonomisch betrachtet, sind solche eminenz- statt evidenzgestützten Qualitätskriterien fatal für die Entwicklung ganzer Felder: Sie laufen auf Verschwendung hinaus, denn Geld fließt in fragwürdige Angebote und Interventionen. Sie demotivieren das Personal, da trotz aller QM-Anstrengungen die erwarteten Leistungsverbesserungen der Einrichtung ausbleiben. Sie bewirken auf lange Sicht einen Vertrauensverlust in Gesellschaft und Zielgruppen, denn ganze Versorgungsfelder bleiben hinter ihren Leistungsmöglichkeiten zurück und machen Qualität, wo sie zu finden ist, nicht zuverlässig kenntlich. In den Organisationen wächst eine Fassadenkultur, da unzulängliche Qualität leicht hinter nichtssagenden Indikatoren verschleiert werden kann. Wenig belastbare Qualitätskriterien behindern das Monitoring und institutionelle Lernprozesse, da Ergebnisvergleiche zwischen Einrichtungen oder Abteilungen keine Validität aufweisen. Und schließlich lassen sich in solchen Versorgungsfeldern auch wirkungslose Interventionen und irreführende Steuerungsverfahren ungehindert vermarkten.

Allerdings zeigt die Qualitätssicherungsforschung auch Erfolgsfaktoren für gelingendes QM (z. B. Farin und Jäckel 2011; Glattacker und Jäckel 2007; Ivers u. a. 2012; Scott 2009). Hierzu zählen

- die Verknüpfung internen Wissens lokaler Expertinnen und Experten aus den Einrichtungen mit der prüfenden Unbefangenheit externer Nachfragen und Einschätzungen,
- die fachliche Fundierung der QM-Verfahren,
- die regelmäßige Durchführung von Qualitätserhebungen und Rückmeldungen und eine arbeitssparende Integration von QM in den Arbeitsalltag,
- zuverlässige Anreize für hohe Qualität.

Widersprüchliche Anforderungen

Zieht man Anforderungen an QM-Verfahren aus der Literatur und lässt sie von Fachleuten der Prävention und Gesundheitsförderung validieren, so zeigen sich fünf große Gruppen von Anforderungen an QM (Kliche, Elsholz, Escher u. a. 2009):

1. Leichte, effiziente Handhabung, also Sparsamkeit von Anschaffung und Nutzung, insbesondere der erforderlichen Arbeitszeit, und Benutzerfreundlichkeit in der Gestaltung.
2. Vielseitige Nutzungsmöglichkeiten für ein breites Aufgabenspektrum, u. a. für fachliche Rückmeldungen, Vergleiche mit anderen Einrichtungen oder Anbietern, Steuerung von Standards bei Fairness gegenüber besonderen praktischen Erfordernissen und Berücksichtigung komplexer Zielsetzungen.
3. Sachliche Vollständigkeit und Reichweite der Aussagen, insbesondere durch eine genaue Darstellung aller wichtigen Qualitätsebenen (Konzept-, Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), durch Unterstützung bei der Ermittlung von Ursachen für Qualitätsdefizite, durch Erfassung von Wirtschaftlichkeit und Nebenwirkungen der Interventionen.
4. Akzeptanz und Motivierung der Anwenderinnen und Anwender, wofür ein deutlicher Zweckbezug des QM-Verfahrens, Partizipation der Fachkräfte sowie fachliches Ansehen der Urheber eine Rolle spielen.
5. Schließlich die Güte der Aussagen, also Gültigkeit, Verlässlichkeit und Unparteilichkeit der QM-Ergebnisse.

Diese Anforderungen kollidieren – so auch die Einschätzung von etwa 230 Fachleuten der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland – regelmäßig (ebd.): Je ausführlicher und vielseitiger z. B. die Qualitätskriterien abgefragt und aufbereitet werden, desto aufwendiger, unbeholfener und somit abschreckender wirkt das Verfahren auf die Fachkräfte. Deshalb müssten wichtige Verfahrensmerkmale eigentlich schon bei der Wahl des QM-Systems transparent sein, um rationale Entscheidungen zu treffen – aber genau das sind sie nicht.

Hoher Aufwand, schlechter Ruf und Widerstände

Zwar lassen sich Beschaffungskosten für QM in der Regel recherchieren, wichtige Verfahren sind sogar sehr günstig erhältlich (z. B. die Kriterien der Gesundheitsförderung zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit). Für Durchführung und Verstetigung gilt dies dagegen nicht. Der Zeitbedarf für QM-Verfahren ist häufig nicht einmal den Urhebern geläufig und divergiert in der Praxis unkalkulierbar, wie Erhebungen im Setting Kita belegen (z. B. Strauß 2012): Die eingesetzte Arbeitszeit erreicht in manchen Häusern so hohe Stundenzahlen, dass QM fast alle anderen Aufgaben unterbindet.

Der Gesamtumfang eingesetzter Arbeit ist aber selbst den verantwortlichen Führungskräften überwiegend unklar. Die Einrichtungen weisen enorme Varianz im Zeitbedarf für QM auf, selbst für die gleichen QM-Verfahren. Auch der Zeitbedarf für Teilschritte wie etwa Selbst- und Fremdeinschätzungen differiert stark, wechselnd zwischen Einführung und verstetigter Routine, aber auch in Abhängigkeit von der Qualifikation der Teams und der Gewissenhaftigkeit der Durchführung.

Ein großer Teil des Aufwands wird nicht allein in das QM-Verfahren investiert, sondern ist erforderlich für dessen mikropolitische Absicherung gegenüber Träger und Team. Auch gelingt es den Einrichtungen in unterschiedlicher Weise, die Teilaufgaben des QM in den Arbeitsalltag zu integrieren; Erfolgsfaktoren sind dabei Motivation und Delegation in den Teams, eine Organisationskultur der Offenheit, die Qualifikation der Fachkräfte sowie Anforderungen und bereit gestellte Ressourcen von Seiten des Trägers.

Neben die Angst vor unnützen Zusatzarbeiten tritt bei vielen Betroffenen die Angst vor einer Einschränkung von Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen, die für hohe Arbeitsmotivation und professionelle Selbstwirksamkeit wesentlich sind (Luber und Geene 2004). Je nach Position im oberen, mittelmäßig-unauffälligen oder unteren Qualitätsbereich fallen die Reaktionen der Betroffenen unterschiedlich aus, bis hin zu deutlichen Widerständen gegen QM und ihre unerfreulichen Befunde. Wo die offene Ablehnung bei obligater Einführung durch Versorgungsträger wenig fruchten würde, münden die Vorbehalte möglicherweise in Fassadenpflege und illusorischer Qualität (z. B. Bouman 2012; Brunsson u. a. 2012).

Fehlende Anreize und die inselartige Verbreitung von QM

Eine Folge fehlender zuverlässiger Anreize für hohe Versorgungsqualität in Prävention und Gesundheitsförderung ist der brüchige, diskontinuierliche Einsatz von QM-Verfahren (Kliche 2011). Die in Frage kommenden Anreize können unterschiedlich beschaffen sein, um sowohl individuelle professionelle und materielle Motive als auch die organisationale Ebene anzusprechen. In Betracht kommen namentlich:

– Fachliche Orientierung, Entwicklung und Selbstwirksamkeit durch eine gültige Bewertung professioneller Aufgabenlösungen in Form von Feedback und Vergleich, eine der wirkungsvollsten Formen von QM im Gesundheitswesen (siehe die Literatur zu »Geringe Wirksamkeit«).
– Der Unterscheidungswert von Qualitätseinschätzungen: Erhalten Patienten, Kunden oder Zielgruppen eine Vergleichsmöglichkeit, etwa durch ein Zertifikat oder eine Auszeichnung der Einrichtung, so stärkt dies Vertrauen und Image zugunsten des Anbieters.
– Belohnungen innerhalb einer Organisation, sowohl für Abteilungen und Gruppen, als auch für Individuen. In Betracht kommen namentlich Verfügungszeit, Sach- und Personalmittel oder leistungsbezogene Entgelte, Qualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten.
– Der unmittelbare fachliche Nutzen hoher Arbeitsqualität durch verbesserte Aufgabenlösungen, damit verbunden auch Ressourcengewinne durch erhöhte Effizienz.

Solche Anreize sind für Prävention und Gesundheitsförderung besonders wichtig, weil sie hohe Qualitätsanforderungen zu bewältigen haben (Kuhn u. a. 2012): Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten in der Regel mit komplexen (mehrgliedrigen und sektorenübergreifenden) Interventionen, sie müssen komplexe Wirkungsgeflechte in Lebenswelten berücksichtigen, sie haben einen langfristigen Wirkungsanspruch, und zwischen Vulnerabilität der Zielgruppen und ihrer Verfügung über soziales und kulturelles Kapital klafft eine Schere. Gesundheit soll als Querschnittsaufgabe zu den institutionellen Aufträgen der Akteure – etwa in Bildungseinrichtungen, Jugendhilfe, Strafverfolgung, Unternehmen – hinzutreten (»Health in all Policies«). Die Evidenzlage für die meisten Settings ist gleichwohl sehr löcherig.

Diese Herausforderungen verlangen von Praktikerinnen und Praktikern einen umsichtigen Einsatz ihrer Kräfte und die Nutzung professioneller Ermessensspielräume. Dadurch können die Nachteile von QM als besonders gefährlich und anstrengend für die eigene Arbeit erscheinen. Systematisch gesetzte Anreize sollten daher ein zentrales Policy-Instrument der staatlichen und sektoralen Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung – namentlich durch Präventionsgesetzgebung – bilden. Diese Anreize sollten über einfache gesetzliche Auflagen hinausgehen,

weil die simple Verordnung von Qualität eben auch fassadenartige Formen von QM provoziert.

» Strategien zur Implementation von Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung

Wie kann QM unter diesen schwierigen Verhältnissen in der Praxis verankert werden? Die Innovationstheorien für Public Health verweisen auf drei strategische Ansätze (Kliche und Touil 2011):

1. Die Verbreitung durch Diffusion geht von der Beobachtung aus, dass verfügbares Wissen mit Verzögerungen, aber zunehmend genutzt wird.
2. Die dezentral-professionelle Verbreitung setzt auf Praxisgemeinschaften (»Communities of Practice«). Diese kleinen Anwendergruppen übernehmen neue Problemlösungen in ihr Handlungsrepertoire, wenn diese sich für die täglichen Anforderungen bewähren.
3. Die zentral gesteuerte Verbreitung durch Vorgaben in und durch eine Organisation sorgt für obligate Einführung von QM-Elementen (nicht unbedingt jedoch für deren gleichartige und sachgerechte Nutzung).

Analog den drei Innovationsansätzen sind unterschiedliche Verfahren entstanden, die sich diese Ansätze zunutze machen: Die Diffusion unterstützen z. B. Checklisten, Verfahren zur nutzerfreundlichen Aufbereitung oder systematische Verbreitungstechnologien (z. B. Forgatch u. a. 2013; Gagliardi u. a. 2011). Für dezentral-professionelle Implementationsstrategien stehen gerade für Prävention und Gesundheitsförderung ausgefeilte Handreichungen zur Gründung und Moderation von Qualitätszirkeln zur Verfügung (Bahrs, Czinczcoll, Lehmann u. a. 2005; Bahrs, Jung, Nave u. a. 2005) sowie eine Reihe anderer partizipativer Verfahren (Wright 2010). Den Weg der zentralen Erarbeitung und Umsetzung von Qualitätsmanagement ist in Deutschland z. B. der Spitzenverband der Krankenkassen mit seinen Qualitätsanforderungen zu Prävention und Gesundheitsförderung unter § 20 SGB V gegangen (GKV-Spitzenverband 2010).

Jeder dieser Implementationsansätze für QM birgt allerdings eigentümliche, bislang ungelöste Schwierigkeiten: Die Diffusion von Neuerungen verliert ihre Kraft, wo Innovationen zwar bekannt sind, aber nicht planvoll umgesetzt und verstetigt werden – etwa aus fachlichen Vorbehalten oder zuwiderlaufenden Interessen. Von daher beziehen die zahllosen Veröffentlichungen zur Optimierung der Leitlinien-Implementation das gesamte Feld der Translationsforschung ihre Daseinsberechtigung (Farin u. a. 2011). Die bloße Bereitstellung von Wissen zieht wenig Veränderung nach sich (z. B. Giguere u. a. 2012).

Dezentral-partizipative Ansätze der professionellen Qualitätsentwicklung durch Qualifikationsentwicklung genießen hohe Akzeptanz. Als problematisch erweist sich jedoch ihre Validität. Die interne Validität – etwa von Selbstevaluationen oder selbst erarbeiteten Qualitätskriterien – kann eingeschränkt sein durch Tendenzen positiver Selbstdarstellung und eingeschränktes Wissen, weil der Aufwand für die Aufarbeitung verfügbarer Evidenz zu groß ist. Die externe Validität ist per definitionem gering, da die Ergebnisse ja gerade für die jeweilige Praxisgemeinschaft Geltung beanspruchen. Ihre Übertragung auf breitere Anwenderkreise wird gelegentlich versucht, hat sich bislang aber nicht durchgesetzt. Sie ist nämlich erkennbar illegitim, weil ein von einem einzelnen Fachkreis entwickeltes Ergebnis ohne Prüfung für alle verbindlich sein soll.

Mit diesen Validitätseinschränkungen stellt sich der Implementation von QM über Praxisgemeinschaften zudem das Problem einer belastbaren Outcome-Erfassung, am extremsten bei der Einschätzung selbst gesetzter Ziele (»Goal attainment«). Partizipativ-dezentrale QM-Ansätze sind somit stark in der formativen Begleitung von Projekten u. a. Innovationen, aber kaum belastbar für eine summative Ergebnisabsicherung. Eine dritte Schwäche zeigt sich im historischen Rückblick: Das Bundesfamilienministerium hat über Jahre aufwendige Qualifizierungs- und Entwicklungsprogramme aufgelegt, um partizipative Verfahren mit Schwerpunkt auf Selbstevaluation in Sozial-, Bildungs-, Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen zu verbreiten, die Materialien standen zudem mehr als ein Jahrzehnt im Internet zur Verfügung (z. B. Beywl und Schepp-Winter 2001). Sie haben sich gleichwohl so wenig verbreitet, dass sie, ein wenig verändert, immer wieder »neu« entdeckt werden.

Zentrale Ansätze können aufwendig gestaltet und zur Qualitätssteuerung genutzt werden. Beispiele bieten die stationäre und ambulante Rehabilitation (Farin u. a. 2013; Farin und Jäckel 2011). Sie haben indes (mindestens) zwei bedeutende Schwächen: In der Prävention und Gesundheitsförderung werden sie erstens häufig »von außen und von oben« erlebt, als drohende fachfremde Außensteuerung. Dabei sind sie methodisch am anspruchsvollsten und dadurch am transparentesten, also auch am offensten für Kritik und Verbesserungsdiskussionen; sie müssen nämlich ihre Gütekriterien belegen. Die schwache Akzeptanz ist dennoch ein Manko. Andererseits betrifft sie offenbar in unterschiedlicher Weise alle drei Ansätze, sonst hätten sich schon längst QM-Verfahren flächendeckend etabliert. Zweitens aber sind zentral implementierte QM-Ansätze anfällig für Blockaden, und zwar auf zwei Ebenen: Sie werden häufig schlicht umgangen, oder die Verfahren werden fassadenartig angepasst. Ein Beispiel für ersteres bieten gesetzliche Vorkehrungen wie die Vorschrift von QM für die Kinder- und Jugendhilfe einschließlich Kitas (SGB VIII), die in vielen Branchen zumeist übergangenen Vorschriften zur Gefährdungsbeurteilung oder zu Mitarbeiterentwicklungsgesprächen (Beck und Lenhardt 2009; Beck u. a. 2012; Kliche 2011b). Beispiele für Fassadenkultur finden sich in Einrichtungen des Gesundheitswesens, denen der Anschein von Qualität für ihre Zwecke ausreicht (Katz-Navon u. a. 2007).

Ein genauer untersuchter Fall: Vergleicht man die veröffentlichten Transparenzberichte von Pflegeheimen mit den Prüfberichten der Pflegekassen, so zeigen sich erhebliche Nutzungsspielräume der Selbstevaluation, exemplarisch in Rheinland-Pfalz (Panhorst und Möller 2013): Die Prüfnoten der Einrichtungen verbesserten sich infolge ihres routinierteren Umgangs mit der Dokumentation. Die hier eingesetzten Qualitätskriterien erfassen somit nicht nur Ergebnisqualität, sondern auch die geschickte Ausnutzung des Prüfverfahrens. Ein solches QM belohnt sogar Prozessverschlechterungen, da ein Mehraufwand für Dokumentation, von der Pflege abgezweigt, einer Einrichtung ein besseres Ergebnis verschafft.

In der Praxis ist es bislang selten oder gar nicht gelungen, die drei Ansätze zu kombinieren. Die Gründe sind ungeklärt, eine Rolle spielen aber das Wissens- und Wissenschaftsverständnis (Luber und Geene 2004) und damit die Hartnäckigkeit abgegrenzter Methodenkulturen, namentlich quantitativer und qualitativer Forschungstraditionen.

» Qualität in der Prävention (QIP): Grundzüge wirkungsbezogener Qualitätsmessung

Welche Potentiale vor diesem Hintergrund ein zentral entwickeltes, fachlich begründetes und strikt auf Wirksamkeit ausgerichtetes QM-Verfahren bietet, zeigen die Erfahrungen mit QIP, »Qualität in der Prävention« (Töppich und Lehmann 2009). Die BZgA initiierte dessen Entwicklung ab 2001. QIP soll konsequent wirkungsorientiert gestaltet sein, also evidenzgestützt, und zugleich den Besonderheiten der einzelnen Lebenswelten durch kontextgerechte Assessments Rechnung tragen (Kliche, Koch, Lehmann u a. 2004). Anhand der Qualitätseinschätzungen und Empfehlungen aus QIP können deshalb Projekte schon in der Planungsphase auf maximale Wirksamkeit ausgerichtet werden, während der Durchführung optimiert und gegen Ende auf Belege für Wirksamkeit geprüft werden.

Dafür wurde die verfügbare Evidenz – damals noch weit schmaler als heute – gesichtet, belegte Wirkungsfaktoren wurden extrahiert und in einem Kriterienraster angeordnet. Zudem wurde die Anwendbarkeit dieses Ansatzes auf Prävention und Gesundheitsförderung geprüft und gegen einige gängige Polemiken und methodische Missverständnisse abgesichert, die nahezulegen versuchen, dass eine belastbare Wirkungsprüfung für Prävention und Gesundheitsförderung generell nicht in Betracht komme (Kliche, Koch, Lehmann u. a. 2006). Für die besonderen Bedingungen der Prävention und Gesundheitsförderung erwies sich eine Flexibilisierung der Evidenzhierarchie und insbesondere eine stärkere Berücksichtigung von Beobachtungsstudien als aussichtsreiche Ergänzung der evidenzbasierten Medizin. Das Verfahren wurde wiederholt kleineren und größeren Expertenkreisen vorgestellt und anhand ihrer Rückmeldungen weiterentwickelt, um die Praxiserfahrungen verschiedener Handlungsfelder einzubinden.

Das Verfahren besteht aus drei Elementen (Töppich und Lehmann 2009):

1. Datenerhebung durch ausführliche Dokumentation: Die Projekte liefern in einem Dokumentationsbogen eine genaue Beschreibung einer präventiven Aktivität – etwa Einzelmaßnahme, Kampagne, Kursprogramm oder Setting-Projekt – und dafür wichtiger, ausgewählter Merkmale der Einrichtung, des Arbeitsfelds und der Zielgruppen.
2. Auswertung durch expertengestützte, kriteriengeleitete Qualitätsbegutachtung: Anhand evidenzbasierter Kriterien und zusammenfassender Leitfragen beurteilen unabhängige Peer-Reviewer die im Dokumentationsbogen erfassten Aktivitäten der Einrichtungen. Diese Reviewer wurden in einer strukturierten Schulung ausgebildet und durch Supervision bis zu reliablen Einschätzungen begleitet. Für die Begutachtung werden Kollegen und Kolleginnen tätig, die möglichst im gleichen Arbeitsfeld wie das beurteilte Projekt mehrjährige Erfahrung und Expertise mitbringen. Aus methodischen Gründen (siehe »Gütekriterien«) werden je drei unabhängige Gutachten für eine präventive Aktivität herangezogen. Die kriteriengeleitete Begutachtung beruht auf Beurteilungsbögen. Diese Instrumente leiten dazu an, aus den Daten der Dokumentationsbögen ein differenziertes Qualitätsprofil für die begutachteten Einrichtungen oder Aktivitäten zu erstellen. Dafür sind die Bögen nach zentralen Haupt- und Teildimensionen der Struktur-, Konzept-, Prozess- und (indirekt) Ergebnisqualität gegliedert. Sie formulieren Leitfragen zur Urteilsbildung und geben Erläuterungen zur Umsetzung der Daten aus der Dokumentation in eine vierstufige Qualitätsskala. Aus den anonymisierten Begutach-

Haupt- und Teildimensionen einer kriteriengeleiteten Begutachtung

Hauptdimension	Teildimensionen u. a.
Konzeptqualität	Klare Zielsetzung; stimmige Teilschritte; fachliche, empirische und wissenschaftlich-theoretische Begründung; Eingrenzung geeigneter Zielgruppen
Planungsqualität	Settings- und zielgruppenbezogene Erhebungen von Ausgangslage und Bedarf; Anpassung des Angebots an die Feldbedingungen
Mitwirkende	Menge und Qualifikation des Personals; fachlich angezeigte Kooperation
Vermittlung des Angebots	Eignung von Didaktik, Medien und Materialien für Gesundheitslernen und Motivation
Verlaufsgestaltung/ Projektmanagement	Steuerung eines Projekts; Nutzung von Zwischenergebnissen
Erfolgskontrolle und Evaluation	Umfang und Tiefe der Wirksamkeitsbeobachtung; aussagefähige Dokumentation oder Evaluation
Qualitätsentwicklung	Langfristige, systematische Weitergabe von Erfahrungen und Ergebnissen

» Tab. 1: Haupt- und Teildimensionen einer kriteriengeleiteten Begutachtung

tungsergebnissen entstehen in deskriptiven und multivariaten Analysen dann Kennziffern und Vergleichsdaten.

Die Tabelle 1 führt die beurteilten sieben Hauptdimensionen mit ihren Teildimensionen an. Die Beurteilung ist insgesamt konservativ gestaltet, d. h. Mängel in einer Teildimension führen bereits zu einer Herabsetzung in der betroffenen Hauptdimension. Durch die Differenziertheit der Begutachtungsergebnisse wird aber im Gegenzug auch eine gezielte Bearbeitung erkannter Schwächen möglich.

3. Rückkopplung der Qualitätsbefunde: Den beteiligten Einrichtungen werden Qualitätsgutachten zur Verfügung gestellt, die sie mit Qualitätsprofilen auf Stärken und Schwächen der begutachteten Aktivitäten hinweisen. Ergänzend erhalten sie die – teilweise sehr ausführlichen, fünf bis zehn Seiten umfassenden – praktischen Umsetzungsempfehlungen und Vorschläge der Gutachterinnen und Gutachter. Die standardisierten Kennziffern sowie die Mittelwerte vergleichbarer Projekte ermöglichen den Praktikern und Trägern einen Vergleich zu ähnlichen Interventionen (Benchmarking). Dadurch wird die gezielte Optimierung der Präventionsarbeit »vor Ort« unterstützt. Zugleich bilden die Kennziffern die Grundlage für eine umfassende und differenzierte Qualitätserfassung von Prävention und Gesundheitsförderung, denn mit ihnen können die mittleren Qualitätsprofile der Aktivitäten für Handlungsfelder dargestellt werden.

Den gesundheitspolitischen Akteuren und Steuerungsinstanzen bietet das QM-System somit empirische Grundlagen für den gezielten Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Auswertung der Daten aus Handlungsfeldern wie z. B. Schulen oder Kitas für Gesundheitsziele wie z. B. Bewegungsförderung oder über Arbeitsformen wie z. B. Setting-Projekten ergibt ein Bild, wo und wie vorhandene Strukturen und Projekte weiterentwickelt werden können, um politisch gesetzte Präven-

tionsziele zu erreichen, welche Ansätze der Gesundheitsförderung dafür ausgebaut werden könnten und welche Zielgruppen (z. B. sozial Benachteiligte) welche Art und Qualität von Angeboten erhalten.

» Gütekriterien, Brauchbarkeit und Einsatzbreite des Systems

Der Feldtest auf Messungsgüte erhob Daten von 61 Projekten mit je 4 bis 14 Beurteilungen über alle 7 Haupt- und 21 Teildimensionen der Qualität. Die von Krankenkassen finanzierten Projekte entstammten überwiegend den Arbeitsfeldern des Verbands der Ersatzkassen (VdEK), von dem auch Fachkräfte den Feldtest begleiteten. Die Projekte standen in verschiedenen Entwicklungsstadien, waren also sowohl in Planung als auch in Durchführung oder weitgehend abgeschlossen. Ergänzend fand eine Nachbefragung der Projekte und Gutachter über Kosten und Nutzen des Systems statt. Die Auswertung zeigte Konkordanz und Konsistenz (Kappa, Gamma, Rho, Rangvarianz, Inter Class Correlations, prozentuale Übereinstimmung und dichotomisierte prozentuale Übereinstimmung) sowie zusammenfassende Indikatoren (Mittelwerte, Cronbachs Alpha, Produkt-Moment-Korrelationen u. a.) für die Vergleichsebenen Items, Hauptdimensionen, Projektarten und Gutachtergruppen.

Die mittlere Ausfüllzeit lag bei zwei Stunden in den Präventionsprojekten, die Begutachtungszeit bei 90 Minuten, in großen Projekten bei beidem jedoch deutlich darüber. Das Urteilsverhalten der Gutachter wies hohe Konsistenz auf (Urteilsgleichrichtung: Gamma-Mediane 0,8–1,0), zudem solide Konkordanz (Übereinstimmung: Rho-Mediane 0,6–0,7; r-Mediane noch höher). Schulung und Übung erhöhten die Konkordanz. Zwischen verschiedenen Reviewern bestanden nur leichte systematische Unterschiede – Krankenkassen-Mitarbeiter waren etwas strenger. Wurde die Urteilsskala dichotomisiert (Ablehnung versus Annahme eines Projekts mit keinen oder leichten Mängeln), so ergaben sich ab drei Gutachten je Projekt fast völlig stabile Reliabilitätskoeffizienten; aus diesem Grund werden in QIP drei Gutachten herangezogen.

In der Nachbefragung wurden Handlichkeit und Ökonomie des Systems, seine sachliche Angemessenheit, Aussagekraft, Objektivität und Messungsgenauigkeit von Projektfachkräften wie von Gutachtenden günstig beurteilt. QIP liefere ein umfassendes Bild der Projektqualität und bilde die wichtigsten Aspekte präventiver Arbeit ab. Das genaue Erhebungs- und Dokumentationsverfahren mache eine manipulative positive Selbstdarstellung fast unmöglich.

Bis 2011 wurden etwa 330 Projekte verschiedener Handlungsfelder ohne Probleme begutachtet (Sucht, Schule, Kita, Betrieb, Quartier etc.). Einbezogen waren verschiedene Arbeitsformen der Prävention und Gesundheitsförderung (Kampagne, Programm, Multiplikatorenschulung, Einzelmaßnahme, Setting-Projekt) sowie ein breites Spektrum an Zielgruppen. Die Kosten wurden überwiegend von der BZgA übernommen. Die einfachen Gestehungskosten je Begutachtungsfall lagen bei 300 Euro. Umlagen für Systempflege, Verfahrensentwicklung und Überblicksauswertungen waren darin nicht enthalten. Fast die gesamten Gestehungskosten wurden unmittelbar als Honorare an die Reviewer ausgeschüttet. Bei einem breiten Einsatz würden die für QIP aufgewandten Mittel infolgedessen bei den Fachkräften im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung verbleiben.

QIP wurde im Zuge der Erprobungen für mehrere einzelne Felder des Gesundheitswesens angepasst und eingesetzt, in denen die Grenzen zwischen Prä-

vention und Gesundheitsförderung und klinischer Versorgung nicht klar gezogen werden können, darunter Adipositas-Versorgung (Kliche und Mann 2008), Essstörungs- und HIV-Prävention. Dabei konnte die Grundstruktur der Dimensionen und damit die Vergleichbarkeit ohne Probleme beibehalten werden, doch wurden sie – gestützt auf Fachkreise ausgewiesener Expertinnen und Experten des jeweiligen Gebiets – anhand feldspezifischer Einzelkriterien zur Beurteilung der Teildimensionen unterschiedlich operationalisiert. Dabei ergaben sich Beispiele für den Informationswert eines solchen Systems bei breitem Einsatz. So zeigten mittels QIP validierte Projektdaten, dass in der Adipositas-Prävention nur ein sehr geringfügiger Qualitätsgewinn durch hohe Ausgaben für einzelne Maßnahmen entstand; preisgünstige Projekte erreichten praktisch ebenso hohe Qualität wie sehr teure. Unter den teuren Angeboten waren auch einige niedriger Qualität zu finden (Kliche, Krüger, Koch u. a. 2006).

Die Nachbefragungen der Modellphase zeigten in fast allen begutachteten Projekten erhebliche Verbesserungsmaßnahmen im Gefolge von QIP. Gleichwohl wäre ein vollständiger Validitätsnachweis durch Abgleich von QIP-Messungen mit Gesundheits-Outcomes zu fordern – wie von allen QM-Verfahren. Allerdings sind Validitätsbelege dieses Evidenzniveaus in Prävention und Gesundheitsförderung unseres Wissens bislang weltweit für kein QM-Verfahren publiziert.

Nach Ende der Modellphase fand die Übertragung von QIP auf die HIV/AIDS-Prävention statt. Derzeit wird QIP im Rahmen eines EU-weiten Projektes zur kooperativen Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention (Quality Action HIV) eingesetzt. In diesem Zusammenhang erfolgten die Neuerstellung einer webbasierten QIP-Datenbank sowie die Umstellung von Dokumentation und Bewertung auf eine Online-Bearbeitung.

» Entwicklungsaufgaben für ein evidenzgestütztes Qualitätsmanagement

Nach seiner Messungsgüte und seinen Brauchbarkeitskriterien (Ökonomie, Handlichkeit) steht mit QIP somit ein System zur Verfügung, das für einen breiten Einsatz im QM der Prävention und Gesundheitsförderung geeignet wäre. Dennoch hat das Verfahren keine Marktakzeptanz erlangt. Es wurde nach Ende der Modellphase (2004–2011) vorerst nicht weiter in der ursprünglich vorgesehenen Form eingesetzt.

Neben der mangelnden Nachfrage waren pragmatische Probleme verantwortlich: Die Systempflege ist mit kontinuierlichem Aufwand verbunden, allein für den Erhalt der Zentralstelle und des Reviewer-Pools bei Personalfluktuation. Aufwand fordert auch die Aktualisierung der Datenbankprogrammierung für die automatische Erstellung von Berichten und Statistiken beim Aufkommen neuer Programmversionen. Die Explosion der Evidenz in den letzten Jahren fordert die stetige Nachprüfung aller Kriterien. Dadurch erwächst ein Pflegeaufwand, auch wenn man sich auf große Überblicksarbeiten, insbesondere Reviews of Reviews beschränkt.

Doch traten auch tiefere Schwierigkeiten der Positionierung von QIP bei den Trägern der Prävention und Gesundheitsförderung zu Tage: Rückmeldungen aus der Praxis offenbarten Befürchtungen von Fremdbestimmung, ja einer humanmedizinischen »Übernahme« der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein wichtiger Grund lag im Wesen evidenzgestützter Qualitätskriterien, gerade nicht beliebig für partizipative Anpassung an eigene Handlungsbedingungen flexibel und verhandelbar zu sein. Das Ergebnis der Qualitätseinschätzung war damit für Einrichtungen nicht kontrollierbar, und dieser Um-

stand löste Ängste aus, Träger könnten diese Daten nutzen, um nach QIP-Befunden Gelder zu vergeben, wenn sich so ein Verfahren erst einmal etabliere. Und das ist ja in der Tat ein Zweck eines Verfahrens zur Qualitätssteigerung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, das deren Outcome und Wirkung insgesamt optimieren soll.

Dabei wurde deutlich, dass die Auswahl von QM-Verfahren durch Präventionsanbieter nur eingeschränkt rational verlaufen kann. Die oben genannten Bedenken sind zweifellos nachvollziehbar und begründbar. Sie schlagen jedoch in vielen Einrichtungen und bei vielen Anbietern um in einen Verzicht auf die Abwägung der Alternativkosten. Solche entstehen nämlich durch wirkungsschwache Maßnahmen, durch den Aufwand für Mittelbeschaffung und Ressourcensicherung ohne belastbare Wirkungsnachweise oder durch die arbeitsintensive Eigenentwicklung von Kriterien und Verfahren und ihre Legitimation nach außen. Die beträchtlichen Personalkosten hierfür werden in der Regel nicht kalkuliert, sondern von der Freizeit idealistischer Fachkräfte oder von den laufenden Aktivitäten abgezweigt. Hier ist mit wachsender Professionalisierung der Prävention und Gesundheitsförderung langfristig auf eine systematischere Kosten-Nutzen-Betrachtung zu hoffen.

Weitere Motive für das Desinteresse lagen in Vorbehalten gegen empirisch abgeleitete Handlungsanweisungen generell, die professionelle Ermessensspielräume einschränken würden, und in der Betonung der Leitsätze der Ottawa Charta als selbstverständliche Handlungsgrundlage, die hinreichende Qualitätsmaßstäbe enthalte und keiner weiteren Evidenz und Differenzierung bedürfe. Schließlich zeigten Rückfragen auch, dass interessierte Träger langfristig fürchteten, höhere QM-Kosten für ihre Angebote übernehmen zu müssen, wenn sie erst einmal mit strukturierter Qualitätssicherung begonnen hätten.

In einzelnen Versorgungsfeldern erwiesen sich manche Fachgesellschaften als wichtige Gatekeeper, manche vermittelten aktiv Wissen über Neuerungen (etwa QM) in ihr jeweiliges Feld; andere definierten sich als Leitstelle, die »fremde« Einflüsse auf das Versorgungsfeld kanalisieren müsse. Gerade evidenzgestütztes und wirkungsorientiertes QM kann aber eingefahrene Verteilungsmechanismen in Frage stellen (siehe Befunde zur Adipositas-Prävention). Aus der Sicht von Fachgruppen, die letzteres Selbstverständnis haben, kann ein solcher Ansatz deren Stellung im Feld gefährden. Die Akzeptanz von QM war deshalb auch mit dem Organisationsgrad der einzelnen Felder verbunden, und professionelle Organisationen können aus Eigeninteresse auch als Filter tätig werden.

Schließlich blieb auch für QIP das entscheidende Manko bestehen, dass hohe Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung nicht belohnt wurde. Die Mittelvergabe richtete sich in vielen Teilgebieten nach anderen Kriterien als Evidenz allein. So entwickelten große Versorgungsanbieter, insbesondere Krankenkassen, eigene »Flaggschiff-Projekte«, die sie auch ohne Evaluation oder mit geringen Effektgrößen vorantrieben, weil Prävention und Gesundheitsförderung zu Kundenwerbung und Imagepflege beitragen können. Viele der an QIP nach dem ersten Feldversuch beteiligten Projekte waren hingegen Pioniere, bei denen fachliche Orientierungs- und Verbesserungsmotive im Vordergrund standen. Das kann zum Wettbewerbsnachteil in Teilmärkten werden, wo Mittel aufgrund mikropolitischer Verankerung von Einrichtungen vergeben werden, nicht allein aufgrund von Qualität.

» Institutionalisierungsbedarf wirkungsbezogener Qualitätssicherung und strategische Optionen für die Entwicklung von Qualitätsmanagement

Die komplexen Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen auf die Anforderungen der Zielgruppen und Lebenswelten eingehen, also das Spannungsverhältnis zwischen evidenzgestütztem Vorgehen und dessen Anpassung an örtliche Bedingungen austragen (Kuhn u. a. 2012). Hierfür sind nur QM-Verfahren geeignet, die beide Ebenen der Wahl und Gestaltung von Vorgehensweisen – Evidenz und Adaption – verknüpfen. Inwieweit das gelingt, kann man durch relationale Assessments messen, wie der Feldtest von QIP belegt, und man kann die Güte dieser Messungen transparent und methodenkritisch belegen. Für das kontinuierliche Monitoring und die systematische Entwicklung von Versorgungsqualität in Prävention und Gesundheitsförderung stehen somit prinzipiell methodisch-technische Lösungen zur Verfügung. Die Teilkriterien der Bewertungsdimensionen können anhand aktueller Forschung jeweils auf den neuesten Stand gebracht werden.

QIP hat als Instrument zur evidenzbezogenen Qualitätsmessung in der deutschen Prävention und Gesundheitsförderung eine Reihe von Alleinstellungsmerkmalen: Den Wirkungsbezug der Qualitätskriterien, die externe Abprüfung und die formalisierte, auf Gütekriterien geprüfte Auswertung von Qualität, das Unterbinden von Qualitätsfassaden, schließlich die Vergleichsfähigkeit der Ergebnisse in evidenzgestützten Dimensionen. Zusammen machen sie die potentielle Leistungsfähigkeit von QIP sowohl für die Verbesserung der Einzelinterventionen, als auch für die Optimierung von Anbieterstrategien und für die Weiterentwicklung von Versorgungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung aus. Nach den berichteten Erfahrungen können aber gerade diese Merkmale die Akzeptanz behindern. International traf auch ein niederländisches Verfahren zur Begutachtung von Interventionen bei Prävention und Gesundheitsförderung anhand evidenzgestützter Kriterien nach einem Feldtest auf Umsetzungshürden, obwohl dort sogar Fördermittel nach den Gutachten vergeben wurden (Molleman u. a. 2005; 2006).

Zähe Akzeptanz muss somit nicht als Versagen eines QM-Systems interpretiert werden, sondern kann auch mit professioneller Reife, Ressourcen und Institutionalisierungsgrad der Prävention und Gesundheitsförderung in Zusammenhang stehen. Befürchtungen verhindern in einem auf Freiwilligkeit und intransparenter Qualität basierenden Anbietermarkt mit schwachen Anreizen für hochwertige Interventionen von vornherein das »Ausprobieren« von QM, das Vorbehalte korrigieren könnte.

In dieser Lage bietet ein Präventionsgesetz die Chance, Hürden für die Akzeptanz von QM in Prävention und Gesundheitsförderung durch kluge Anreize abzutragen. Bislang waren die drei Innovationstreiber (siehe »Strategien zur Implementation von QM«) zu schwach, um QM in der Prävention und Gesundheitsförderung flächendeckend und kontinuierlich zu verankern: Die passive Bereitstellung von Wissen blieb häufig folgenarm. Partizipativ-dezentrale Ansätze der QM über Praxisgemeinschaften genießen zwar hohe passive Akzeptanz, verbreiten sich aber auch nur unter starker Förderung und weisen ungelöste Validitätsprobleme auf. Zentral-organisationale Implementationsansätze von QM können ausgehebelt werden, indem Qualitätsfassaden aufgebaut und echte Innovationen im Alltagsgetriebe verhindert werden.

Gesetze können solche Hürden nicht allein durch Vorschriften abbauen, weil deren Kontrolle hohen Aufwand für Aufsicht und Verwaltung nach sich zieht. Sobald hingegen hohe Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einen Vorteil für Bekanntheit und Image von Interventionen oder für die Ressourcen der Anbieter nach sich ziehen, so dass hohe Qualität berechenbar belohnt wird, wird QM an Verbreitung gewinnen.

Hochwertige Prävention und Gesundheitsförderung lohnt sich bislang dank ihrer gesellschaftliche Rendite für den Steuer- bzw. Beitragszahler (Richardson 2012; Owen u. a. 2012). Gut belegt ist z. B. der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (Sokoll u. a. 2008; Kliche, Kröger und Meister 2009). Auch für Projektträger und professionelle Akteure in der Praxis muss ein spürbarer Nutzen eintreten. Dafür sind flächendeckende Anreize für hochwertige Projekte erforderlich. Und die sollten aufgrund eines fairen und belastbaren Vergleichsverfahrens vergeben werden – sonst bliebe weiterhin unsicher, ob sich hohe Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung für die Durchführenden und Projektträger lohnt.

Zuverlässige Qualitätsabschätzungen stellen für Steuerungsinstanzen des Gesundheits- und Bildungswesens somit eine Schlüsselfunktion dar. Ein unabhängiges QM-Verfahren muss aber auf eine dauerhafte Strukturbildung gestützt werden, damit die Investitionen für Systemerrichtung und -pflege sich tragen, und auf nachhaltige Entwicklung des ganzen Feldes, damit Akzeptanz und Nachfrage nach QM dank gebotener Anreize stetig bleiben.

Hier stellt sich eine Aufgabe für zentrale Instanzen wie dem Bundesministerium für Gesundheit, der BZgA, der GKV-Spitzenverband oder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Sie müssen entweder belastbare, kontinuierliche und vergleichsfähige QM-Verfahren für Prävention und Gesundheitsförderung einführen, oder sie müssen zunächst die Nutzung von QM-Verfahren überhaupt in großer Breite unterstützen – letztlich also zwischen radikaler und inkrementeller Innovation wählen. Falls sie letztere bevorzugen, haben sie die schwierigere Aufgabe später vor sich, die diversen pluralen Verfahren auf Aussagekraft und Steuerungskapazität hin zu optimieren. Ob zwei kleine Professionalisierungsschübe besser gelingen als ein großer, ist eine strategische Frage.

Die »großen Akteure« der Prävention und Gesundheitsförderung müssen somit eine Konstellation finden, in der stete Treiber die Entwicklung von QM voranbringen. Bislang waren solche Treiber z. B. die Professionalisierung von Gesundheitsförderung auf Grundlage der Ottawa Charta oder die Angst vor Sparzwängen. Auch die Scheu vor zentral-strengen QM-Verfahren in der Art von QIP könnte zur Motivation für andere Formen von QM beigetragen haben. Aus institutionsökonomischer Sicht reicht dies auf Dauer nicht, auch nicht – wie die Erfahrungen mit QIP bestätigen mögen – für die Entwicklung von QM in Prävention und Gesundheitsförderung.

Kooperative Verbesserungen entwickeln sich durch Anreize, weil diese zunehmend bessere Voraussetzungen für weitere Zusammenarbeit schaffen (Rand u. a. 2009). Vor allem aber sind überhaupt Sanktionen erforderlich, die auf Kooperation und Leistung berechenbar reagieren. Kurzfristig lösen sie Rückzug und Widerstände aus, aber auf lange Sicht strukturieren sie das Handlungsfeld für alle Akteure berechenbar (Gürerk u. a. 2009; Hilbe und Sigmund 2010).

Den Steuerungsinstanzen der Prävention und Gesundheitsförderung stellt sich in den nächsten Jahren also die Aufgabe, das Feld mit einer klug dosierten Mischung aus Anreizen für hohe Qualität und Eingriffen bei Unterschreitung von Mindeststandards voranzubringen. Dafür werden sich nur hochwertige QM-Ansätze als geeignet erweisen.

Literatur

Bahrs, O.; Czincoll, H.; Lehmann, M.; Ohm, H.-P. (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln (BZgA).

Bahrs, O.; Jung, B.; Nave, M.; Schmidt, U. (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 26. Köln (BZgA).

Beck, D.; Lenhardt, U. (2009): Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 4, S. 71–76.

Beck, D.; Richter, G.; Erteil, M.; Morschhäuser, M. (2012): Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 7, S. 115–119.

Beywl, W.; Schepp-Winter, E. (2001): Zielgeführte Evaluation von Programmen – ein Leitfaden. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe 29. Berlin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Boiral, O. (2012): ISO Certificates as Organizational Degrees? Beyond the Rational Myths of the Certification Process. In: Organization Studies, 33, S. 633–654.

Boumann, H. (2012): Je mehr QM, desto weniger Qualität! In: Dr. med. Mabuse, 37, S. 6.

Brunsson, N.; Rasche, A.; Seidl, D. (2012): The Dynamics of Standardization: Three Perspectives on Standards in Organization Studies. In: Organization Studies, 33, S. 613–632.

Ennett, S.; Haws, S.; Ringwalt, C. L.; Vincus, A. A.; Hanley, S.; Bowling, J. M.; Rohrbach, L. A. (2011): Evidence-based practice in school substance use prevention: fidelity of implementation under real-world conditions. In: Health Educ Res, 26, S. 361–371.

Farin, E.; Glattacker, M.; Jäckel, W. (2011): Leitlinien und Leitlinienforschung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54, S. 429–435.

Farin, E.; Hauer, J.; Schmidt, E.; Kottner, J.; Jäckel, W. H. (2013): Der aktuelle Stand des Qualitätsmanagements in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. In: Gesundheitswesen 75, S. 102–110.

Farin, E.; Jäckel, W. (2011): Qualitätssicherung in der Rehabilitation – Eine kritische Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum, 19, S. 6.e1–6.e3.

Forgatch, M. S.; Patterson, G. R.; Gewirtz, A. H. (2013): Looking Forward: The Promise of Widespread Implementation of Parent Training Programs. In: Perspectives on Psychological Science, 8, S. 682–694.

Gagliardi, A.; Brouwers, M.; Palda, V.; Lemieux-Charles, L.; Grimshaw, J. (2011): How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. In: Implementation Science, 6, S. 1–30.

Giguère, A.; Légaré F.; Grimshaw, J.; Turcotte, S.; Fiander, M.; Grudniewicz, A.; Makosso-Kallyth, S.; Wolf F. M.; Farmer, A. P.; Gagnon, M.-P. (2012): Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, 3, DOI: 10.1002/14651858.CD004398.pub3.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene – AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK e. V., Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft, Verband der Ersatzkassen. Berlin.

Glattacker, M.; Jäckel, W. H. (2007): Evaluation der Qualitätssicherung – Aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. In: Gesundheitswesen, 69, S. 277–283.

Gürerk, Ö.; Irlenbusch, B.; Rockenbach, B. (2006): The Competitive Advantage of Sanctioning Institutions. In: Science, 312(5770), S. 108–111.

Hilbe, C.; Sigmund, K. (2010): Incentives and opportunism: from the carrot to the stick. Proceedings of the Royal Society of London B. In: Biological Sciences, 277(1693), S. 2427–2433.

Ivers, N.; Jamtvedt, G.; Flottorp, S.; Young, J. M.; Odgaard-Jensen, J.; French, S.D.; O'Brien, M. A.; Johansen, M.; Grimshaw, J.; Oxman, A. D. (2012): Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, 3, DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.

Katz-Navon, T.; Naveh, E.; Stern, Z. (2007): The moderate success of quality of care improvement efforts: three observations on the situation. In: Int J Qual Health Care, 19(1), S. 4–7.

Kliche, T.; Touil, E. (2011): Förderfaktoren und Hürden für Innovationen – Das Beispiel Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes. In: Report Psychologie, 36, S. 466–476.

Kliche, T. (2011a): Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54, S. 194–206.

Kliche, T. (2011b): Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie. Lengerich und New York.

Kliche, T.; Elsholz, A.; Escher, C.; Weitkamp, K.; Töppich, J.; Koch, U. (2009): Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 4, S. 251–258.

Kliche, T.; Koch, U.; Lehmann, H.; Töppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, S. 141–150.

Kliche, T.; Kröger, G.; Meister, R. (2009): Die Implementation der BGF in Deutschland – Stand, Hürden und Strategien. Ein Überblick. In: Kirch, W.; Middeke, M.; Rychlik, R. (Hg.): Aspekte der Prävention. Stuttgart, S. 224–235.

Kliche, T.; Krüger, C.; Koch, U.; Mann, R.; Goldapp, C.; Stander, V.; Töppich, J. (2006): Germany: preventive care for obese children and adolescents – qualities and deficiencies of programs and interventions. In: Mathieson, A.; Koller, T. (Hg.): Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents, S. 43–49. Kopenhagen (WHO Regional Office of Europe). Online verfügbar: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98231/e89375.pdf [Zugriff am 07.01.2014].

Kliche, T.; Mann, R. (2008): Die Qualität der Versorgungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51(6), S. 646–656.

Kliche, T.; Töppich, J.; Kawski, S.; Koch, U.; Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung: Anforderungen und Lösungen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, S. 125–132.

Kuhn, J.; Ziese. T.; Lampert, T. (Hg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin (Robert-Koch-Institut).

Luber, E.; Geene, R. (Hg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt am Main.

Molleman, G. R. M.; Peters, L. W. H.; Hosman, C. M. H.; Kok, G. J. (2005): Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in The Netherlands. In: Health Educ Res, 20(4), S. 410–422.

Molleman, G. R. M.; Peters, L. W. H.; Hosman, C. M. H.; Kok, G. J.; Oosterveld, P. (2006): Project quality rating by experts and practitioners: experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. In: Health Educ Res, 21(2), S. 219–229.

Owen, L.; Morgan, A.; Fischer, A.; Ellis, S.; Hoy, A.; Kelly, M. P. (2012): The cost-effectiveness of public health interventions. In. Journal of Public Health, 34(1), S. 37–45.

Panhorst, H.; Möller, J. (2013): Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht. Hamburg (Hamburger Fern-Hochschule).

Rand, D. G.; Dreber, A.; Ellingsen, T.; Fudenberg, D.; Nowak, M. A. (2009): Positive Interactions Promote Public Cooperation. In: Science, 325(5945), S. 1272–1275.

Richardson, A. K. (2012): Investing in public health: barriers and possible solutions. In: Journal of Public Health, 34(3), S. 322–327.

Scott, I. (2009): What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? In: Internal Medicine Journal, 39, S. 389–400.

Sockoll, I.; Kramer, I.; Bödeker, W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. IGA-Report 13. Essen etc.: Initiative Gesundheit und Arbeit (BKK BV, DGUV, AOK-BV, AEV).

Strauß, S. (2012): Hürden und Bedingungen für die Qualitätssicherung in Kitas. Expertenbefragung in einem Landkreis. BA-Arbeit im Studiengang Kita-Leitung. Stendal (Hochschule Magdeburg-Stendal).

Töppich, J.; Lehmann, H. (2009): QIP: Qualität in der Prävention. Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Kolip, P.;. Müller, V. (Hg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern, S. 223–238.

Wright, M. T. (Hg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, Bern.

» Gute Arzneimittelinformationen – Voraussetzung für Qualität und Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten

Gerd Glaeske

Es sind Arzneimittel, die im Mittelpunkt dieses Beitrages stehen, Arzneimittel, die nach dem gültigen Arzneimittelgesetz (AMG) zugelassen werden müssen. Dieses AMG trat 1978 in Kraft und forderte erstmals für den deutschen Arzneimittelmarkt den Nachweis der Wirksamkeit, der Unbedenklichkeit (Verträglichkeit) und der pharmazeutischen Qualität. Das alles muss in klinischen Prüfungen vor der Zulassung untersucht werden, die Ergebnisse werden dann dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Begutachtung vorgelegt. Wenn die Erkenntnisse bei der Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten plausibel sind, die Wirksamkeit in den beanspruchten Anwendungsbereichen nachgewiesen wurde und die bis dahin aufgetretenen unerwünschten Wirkungen (»Nebenwirkungen«) nicht dagegen sprechen, kann das jeweilige Mittel zugelassen werden, und der Hersteller kann es zur Verordnung und zum Verkauf anbieten.

Arzneimittel werden also zugelassen zur Behandlung von Krankheiten oder zur Verhinderung von Folgeerkrankungen: So können sie einen Mangel an Hormonen oder Vitaminen dann ausgleichen, wenn dieser Mangel zu einer Krankheit führt (Insulinmangel führt zu Diabetes, Mangel an Vitamin C zu Skorbut), sie können helfen, weiteren Krankheitsereignissen vorzubeugen (so kann Acetylsalicylsäure nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall einem erneuten Gefäßverschluss vorbeugen) oder sie können quälende Symptome lindern (Schmerzmittel oder Rheumamittel bei Gelenkbeschwerden). Arzneimittel sind also zur Behandlung, Linderung oder Vorbeugung von Krankheiten zugelassen. Die Häufigkeit, Dauer und Dosierung der Einnahme werden ebenfalls durch die Zulassungsentscheidungen bestimmt.

Mit der Zulassung werden auch die Texte für »Beipackzettel« verabschiedet, mit denen die Verbraucherinnen und Verbraucher und Patientinnen und Patienten über die Wirkweise, über die unerwünschten Wirkungen und über Anwendung der jeweiligen Arzneimittel informiert werden. Daneben gibt es die ausführlichen Fachinformationen für die Angehörigen der so genannten Fachkreise, nämlich Ärzte und Apotheker, in denen sich die wichtigsten wissenschaftliche Ergebnisse der bisher vorliegenden Untersuchungen wiederfinden. Nun zeigen aber viele Studien, dass Beipackzettel ein denkbar schlechtes Informationsmedium für die Patienten und Verbraucher darstellen. Die meisten Angaben im Beipackzettel sind juristisch motiviert. Alle bekannt gewordenen unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen mit dem jeweiligen Arzneimittel

Arzneimittelmarkt im Jahre 2013 nach Packungsmengen auf Apothekenebene

Status der Arzneimittel	Millionen Packungen	+/– % zu 2012	Anteil in %
Rezeptpflichtige Arzneimittel	710	+ 2,7	48
Nicht-Rezeptpflichtige Arzneimittel	709	+ 5,5	48
Verordnete	121	+ 4,6	8
Selbstmedikation	588	+ 5,7	40
Freiverkäufliche Arzneimittel außerhalb der Apotheken	60	– 3,6	4
Gesamt	**1.480**	**+ 3,8**	**100**

» Tab. 1: Der Arzneimittelmarkt im Jahre 2013 nach Packungsmengen auf Apothekenebene (Quelle: BAH 2014, Zahlen ergeben aus statistischen Gründen nicht immer 100 % als Summe)

müssen angegeben werden, weil ansonsten ein Hersteller zur Rechenschaft gezogen werden kann, wenn ein Patient eine »Nebenwirkung« erleidet, die dem Hersteller bereits bekannt war und auf die er sowohl den Arzt wie den Patienten oder Verbraucher hätte hinweisen können.

Während also die Fachinformation für Ärzte und Apotheker eine wissenschaftlich orientierte Zusammenfassung von Studienergebnissen darstellt, kann der Beipackzettel als eine juristisch orientierte Zusammenstellung von bisher vorgekommenen unerwünschten Wirkungen charakterisiert werden, die für Verbraucher eine nur eingeschränkte Informationsqualität aufweist. Die Fragen nach dem Nutzen der Therapie mit dem jeweiligen Arzneimittel, nach der vergleichenden Bewertung gegenüber anderen Mitteln, nach der Relevanz der aufgeführten »Neben- oder Wechselwirkungen« oder nach nicht-medikamentösen Alternativen bleiben hier letztlich unbeantwortet.

Diese Situation ist unbefriedigend und auch problematisch, weil Patienten oder Verbraucher vor jeder Therapie, ob mit Arzneimitteln im Rahmen einer Operation oder auch im Bezug auf Maßnahmen der Früherkennung, zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten eine informierte Entscheidung über die Anwendung der jeweiligen Intervention treffen sollten. Eine verständliche Risiko-Nutzen-Abschätzung ist in diesem Zusammenhang eine unverzichtbare Voraussetzung. Diese wird aber nur allzu selten angeboten. Nicht immer werden die ärztlichen Arzneimittelverordnungen von ausführlichen und aufklärenden Gesprächen begleitet, weder über die Wirkungen noch über deren unerwünschte Wirkungen der jeweiligen Arzneimittel. Auf diese Weise wird das Ziel, die Eigenverantwortung der Patienten und Verbraucher zu stärken, nicht gelingen.

» Eine kurze Darstellung des Arzneimittelmarktes

Um die Notwendigkeit einer adäquaten Information über Arzneimittel zu verstehen, soll auch kurz der Markt über Absatz und Umsatz charakterisiert werden. Dabei ist das Verhältnis der nicht-rezeptpflichtigen zu den rezeptpflichtigen Mittel von besonderer Bedeutung, da bei den rezeptfreien die

Arzneimittelmarkt im Jahre 2013 nach Umsatz auf Apothekenebene

Status der Arzneimittel	Milliarden Euro	+/– % zu 2012	Anteil in %
Rezeptpflichtige Arzneimittel	35,97	+ 5,8	84,5
Nicht-Rezeptpflichtige Arzneimittel	5,98	+ 6,0	14,0
Verordnete	1,23	+ 3,4	2,9
Selbstmedikation	4,73	+ 6,7	11,1
Freiverkäufliche Arzneimittel außerhalb der Apotheken	0,19	– 4,0	0,4
Gesamt	**42,58**	**+ 6,8**	**100**

» Tab. 2: Der Arzneimittelmarkt im Jahre 2013 nach Umsatz auf Apothekenebene (Quelle: BAH 2014, Zahlen ergeben aus statistischen Gründen nicht immer 100 % als Summe)

Verbraucher selber entscheiden, welche Arzneimittel sie möchten – aufgrund welcher Information auch immer; sicherlich häufig genug angeregt durch die allgegenwärtige Werbung für diese Mittel im Fernsehen oder in Zeitschriften wie der »Apotheken Umschau«. Die Menge der nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel liegt 2013 bei insgesamt 709 Millionen Packungen, der Anteil der rezeptpflichtigen Mittel bei 710 Millionen – beide Werte stehen für rund 50 % des Gesamtmarktes im Hinblick auf die Packungsmengen, die 1,48 Milliarden Packungen ausmachen. Die Umsätze sind deutlich verschieden: Die rezeptpflichtigen Mittel machen 84,5 % des Gesamtumsatzes aus, die nicht-rezeptpflichtigen – trotz vergleichbarer Mengen an Packungen – nur 14 % (siehe Tabelle 2). Die Durchschnittspreise der Mittel aus den einzelnen Gruppen unterscheiden sich also erheblich (BAH 2014):

– Die rezeptpflichtigen Mittel kosten im Schnitt 50,68 Euro (+ 2,9 % zu 2012).
– Die rezeptfreien Mittel für die Selbstmedikation kosten im Schnitt 7,98 Euro (+ 1 % zu 2012).
– Die rezeptfreien verordneten Mittel kosten im Schnitt 10,17 Euro (– 1,1 % zu 2012).

Für nicht-rezeptpflichtige Mittel (z. B. Schmerzmittel, Erkältungspräparate oder Geriatrika) darf auch geworben werden. Die Ausgaben für diese Werbung betrugen im Jahre 2013 rund 704 Millionen Euro (+ 16 % gegenüber 2012). Der größte Anteil, nämlich 70 %, entfiel auf Fernsehwerbung. Rund 20 % des Industrieumsatzes von etwa 3 bis 3,5 Milliarden Euro im Bereich der Selbstmedikation entfallen demnach allein auf die Werbung im Fernsehen, Radio und Zeitschriften. Nicht eingeschlossen sind in diesem Betrag Prospekte, Proben oder andere Marketingaktivitäten (alle hier genannten Daten nach BAH 2014). Gekauft werden vor allem Husten- und Erkältungsmittel (1,34 Milliarden Euro), Schmerzmittel und Mittel bei Muskel und Gelenkschmerzen (960 Millionen Euro), Magen und Verdauungsmittel (620 Millionen Euro), Hautmittel (486 Millionen Euro) und Herz- und Kreislaufmittel (355 Millionen Euro). Dies macht auch die Übersicht über die 20 in Deutschland meistverkauften Arzneimittel deutlich (siehe Tabelle 3). Auch Vitamine, Mineralstoffe und Nahrungsergänzungsmittel sind immer hoch im Kurs – hierfür werden in den genannten Verkaufsstellen immerhin 242 Millionen Euro ausgegeben. In der Liste der am häufigsten verkauften Arzneimittel

Industrieabsätze der führenden 20 Arzneimittel in Deutschland 2013

Rang	Präparat (Hersteller/Wirkstoff)	Anwendungsgebiet	Absatz 2013 in Millionen Packungen	+/– gegenüber 2012 in Prozent
1	Nasenspray-ratiopharm (Xylometazolin) dyl(Xylometazolin)	Schnupfen	24,7	+ 7,2
2	Paracetamol-ratiopharm	Schmerzen, Fieber	17,8 (OTC)	+ 0,3
3	Voltaren (Novartis) (Diclofenac)	Rheumatische Schmerzen	17,8	+ 7,2
4	Ibuflam (Winthrop) (Ibuprofen)	Schmerzen	17,8	+ 30,3
5	Bepanthen (Bayer) Dexpanthenol	Schürfwunden	15,0	+ 5,2
6	ACC (Hexal) (Acetylcystein)	Hustenlöser	12,2	+ 12,0
7	Sinupret (Bionorica) (Kombi)	Bronchitis, Sinusitis	11,9	+ 23,3
8	Novaminsulfon (Winthrop) Metamizol (Rp)	Schmerzen	11,9	+ 48,4
9	Thomapyrin (Boehringer-Ingelheim) Kombi	Kopfschmerzen	10,6	– 2,0
10	Pantoprazol (Activia)	z. B. Sodbrennen	10,2	+ 65,8
11	ASS-ratiopharm (Acetylsalicylsäure)	Schmerzen, Fieber	10,0	+ 6,4
12	Ramilich (Winthrop) Ramipril (Rp)	Bluthochdruck u. a.	9,5	+ 8,9
13	Nasic (MCM Klosterfrau) (Kombi) (Dexpanthenol)	Schnupfen	9,3	+ 14,4
14	Iberogast (Steigerwald) (pflanzliche Kombination)	Magen-Darm-Beschwerden	8,7	+ 5,4
15	Mucosolvan (Boehringer-Ingelheim) (Ambroxol) (pflanzliche Kombination)	Hustenlöser	8,7	+ 18,3
16	Prospan (Engelhard) (Efeublätter)	Husten	8,6	+ 17,1
17	L-Thyroxin Henning (Sanofi-Aventis) (Rp)	Schilddrüsenunterfunktion	8,3	– 1,4
18	Otriven (Novartis HC) (Xylometazolin)	Schnupfen	8,1	+ 16,3
19	Ibu 1A PHARMA (Ibuprofen)	Schmerzen	8,1	+ 13,7
20	Nasenspray AL (Xylometazolin)	Schnupfen	7,6	+ 20,8
	Gesamtabsatz 2013		**1.55 Milliarden Packungen**	**+ 5,3**

» Tab. 3: Industrieabsätze (Packungsmengen) der führenden 20 Arzneimittel in Deutschland 2013 (Rp: rezeptpflichtig, OTC: nicht-rezeptpflichtig, Quelle: nach IMS 2014)

(Tabelle 3) fallen vor allem Schmerz- und Erkältungspräparate auf.

Die hier genannten Schnupfenpräparate enthalten Wirkstoffe, die auf Dauer zur Gewöhnung führen können. Daher dürfen diese Mittel nur fünf bis sieben Tage hintereinander angewendet werden; ansonsten gewöhnt sich die Nasenschleimhaut an den »Reiz« durch diese Mittel, die Gefäße zusammenzuziehen. Auf Dauer würde dies die Gefäße schädigen und zu Durchblutungsstörungen in der Nasenschleimhaut und damit zu einer irreversiblen Schädigung führen: Die Schleimhaut schwillt immer wieder an, das »Schnupfengefühl« besteht weiterhin, es ist schwierig durch die Nase zu atmen. Die Mittel werden dann von vielen Menschen weiter angewendet, zur Behandlung des schnupfenmittelbedingten Schnupfens. Es ist ausgesprochen schwierig, davon wieder loszukommen. Dies gilt aber nicht für Nasensprays, die ausschließlich Salzlösungen (»Meersalz«) enthalten. Schnupfenmittel mit Konservierungsstoffen können ebenfalls die Nasenschleimhaut schädigen. Es ist also auch mit Arzneimitteln aus der Selbstmedikation ein Risiko verbunden.

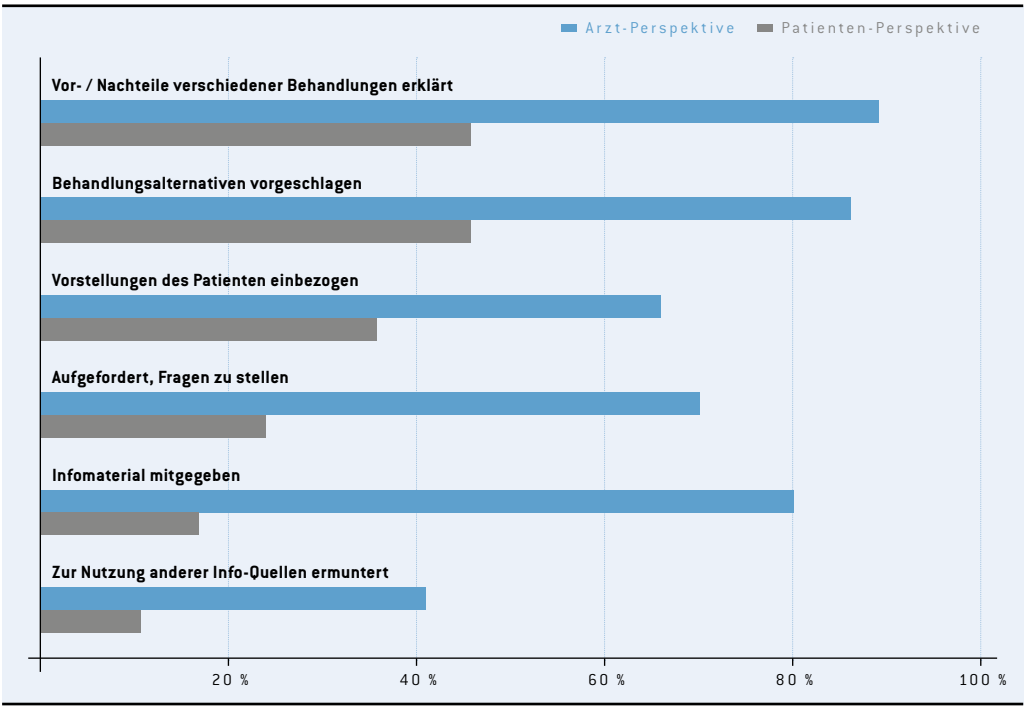
Dies betrifft insbesondere auch die Schmerzmittel: Im Jahre 2013 waren unter den 20 am häufigsten verkauften Arzneimitteln (Tabelle 3) sieben Schmerzmittel zu finden, sechs davon werden ohne Rezept in der Apotheke angeboten. Insgesamt wurden rund 144 Millionen Packungen Schmerzmittel verkauft, davon 111 Millionen ohne Rezept direkt in der Apotheke (rund 77 %). Die Schmerzbehandlung in Deutschland ist damit vor allem eine Behandlung im Rahmen der Selbstmedikation. Nur wenige dieser nicht-rezeptpflichtigen Mittel werden auch verordnet, z. B. Mittel mit Parazetamol zur Fiebersenkung bei Kindern. Die Rangfolge der Mittel ist seit vielen Jahren ähnlich, auch Thomapyrin, eine Schmerzmittelkombination aus Azetylsalizylsäure, Parazetamol und Koffein (Bopp und Herbst 2011: »Wenig geeignet, nicht sinnvolle Kombination«) rangiert immer unter den zehn meistverkauften, 2013 auf Platz 9. Der Missbrauch bei diesem durch das Koffein leicht anregenden Schmerzmittels ist immer wieder diskutiert und oft auch beschrieben worden. Möglicherweise kommt es wegen des leicht psychostimulierenden Effekts des Koffeins auch zu einer häufigeren Einnahme als notwendig, mit den möglichen problematischen Auswirkungen für Magen, Nieren und Leber. Nicht ohne Grund wird dauerhafte Nierenschädigung, die zur Dialyse führt (Analgetikanephropathie) auch mit dem Dauerkonsum solcher Schmerzmittelkombinationen in Beziehung gebracht.

» Informationen müssen verständlich sein

Offenbar werden Begriffe wie Infektionen oder Entzündungen noch immer mit bakteriellen Infektionen und einer notwendigen Antibiotikatherapie assoziiert. So zeigt eine aktuelle Untersuchung der DAK (DAK Gesundheit 2014), dass rund 40 % der Befragten meinen, dass Antibiotika auch bei viralen Erkältungsinfekten helfen. Eine Informationskampagne zum vernünftigen Umgang mit diesen Arzneimitteln erscheint daher dringend erforderlich, nicht nur in Praxen und Apotheken, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit. Dabei sollte auf eine zielgruppenspezifische und verständliche Sprache geachtet werden, weil der in der Befragung erkennbare Bildungsgradient deutlich macht, dass insbesondere die Befragten mit einem niedrigen Bildungsabschluss über die richtige Anwendung von Antibiotika informiert werden sollten.

Es ist leider deprimierend zu sehen, wie wenig die bisherigen Informationsangebote es vermocht

Verhalten des Hausarztes in der zuletzt erlebten Entscheidungssituation



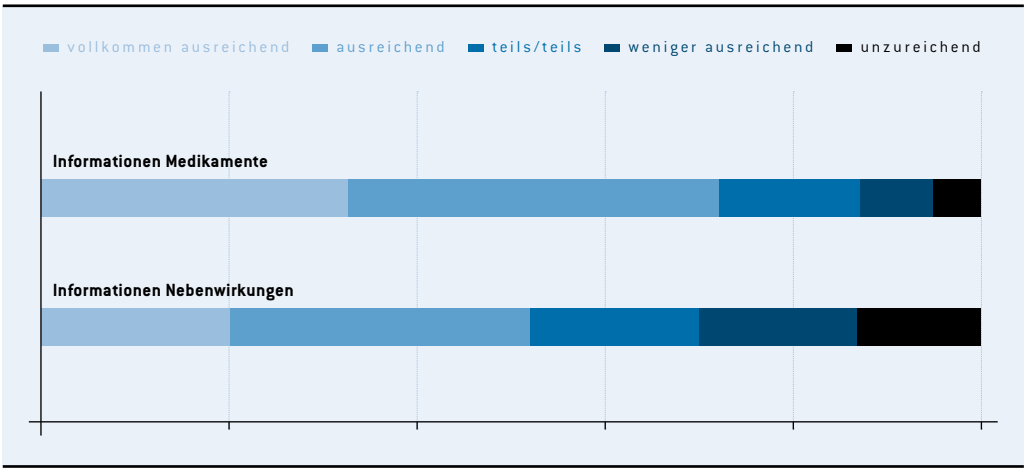
» Abb. 1: Verhalten des Hausarztes in der zuletzt erlebten Entscheidungssituation aus der Patienten- und der Arztperspektive (Quelle: nach Butzlaff u. a. 2003)

haben, den Antibiotikaverbrauch bei virusbedingten Erkrankungen zu senken. Wegen der damit verbundenen Probleme, vor allem im Hinblick auf die Resistenzentwicklung, die bei manchen vielgebrauchten Mitteln bei rund 20 % liegt, muss dringend auf die sinnvolle Anwendung von Antibiotika hingewiesen werden. Es besteht Handlungsbedarf, zumal die Forschung in Bezug auf neue Antibiotika nahezu zum Erliegen gekommen ist. Die Hersteller weisen auf die niedrigen Preise im Markt hin und dass es sich nicht mehr lohnt, neue Antibiotika zu vermarkten. Wir müssen also handeln, solange die verfügbaren Antibiotika noch wirken.

» Gesundheit ist ohne Bildung nicht machbar

Diese Hinweise auf die Einflussgrößen Bildungs- und Informationsstand und soziale Schichtzugehörigkeit mit Blick auf eine Arzneimitteltherapie (sowohl eine mit verordneten rezeptpflichtigen wie auch mit selbstgekauften rezeptfreien Arzneimitteln) macht deutlich, dass noch immer wesentliche Barrieren auf dem Weg zu einem souverän entscheidenden und eigenverantwortlichen Verbraucher oder Patienten bestehen. Dies kann nur erreicht werden, wenn adäquate Vorkenntnisse

Information des Patienten durch den Hausarzt



» Abb. 2: Information des Patienten durch den Hausarzt über Medikamente und Nebenwirkungen (Quelle: nach Böcken u. a. 2003)

vorhanden und ein vernünftiger Informationstransfer möglich sind – Gesundheit ist ohne Bildung nicht machbar.

Die Mehrzahl der Bürgerinnen und Bürger wünscht eine Einbeziehung in Therapieentscheidungen. So geben lediglich 24 % von 1.500 befragten deutschen Versicherten an, der Arzt solle allein entscheiden (allerdings 40 % der über 65-Jährigen). Auch auf ärztlicher Seite steigt die Bereitschaft, Überlegungen, Fragen und Wünsche der Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen. So geben zwei Drittel der 500 gleichzeitig befragten Ärzte die gemeinsame Entscheidungsfindung als adäquaten und zeitgemäßen Weg zum optimalen Behandlungsplan an (vergleiche Butzlaff u. a. 2003). Sie nehmen allerdings die Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess anders wahr als die Patientinnen und Patienten selbst (siehe Abbildung 1). Besonders irritierend muss der Unterschied der Eigenwahrnehmung bei der Frage nach den mitgegebenen Informationsmaterialien, also »anfassbaren« Unterlagen wirken: Etwa 80 % der befragten Ärzte antworten, sie hätten den Patienten Informationsmaterial mitgegeben, dies bestätigen aber nur 15 % der Patienten. Problematisch ist auch der Hinweis der Patienten, nach dem sich zwar 72 % der Patienten über die Wirkungsweise des Medikamentes, aber nur 52 % über deren unerwünschte Wirkungen vom Hausarzt ausreichend informiert fühlen (siehe Abbildung 2).

Im Gegensatz zum Wunsch nach aktiver Mitentscheidung unterschätzen die Ärzte den Bedarf an Informationen und einer ausführlichen Diskussion. Voraussetzung für eine wirksame partnerschaftliche Kommunikation und für eine Verbesserung der Adhärenz sind neben einem sich ändernden Rollenverständnis jedoch nicht nur strukturelle Bedingungen wie Wissensstand, Umgang mit Wissen und kommunikative Fähigkeiten, sondern auch emotionale Aspekte wie Angst, Sorge oder Scham.

Nicht ohne Grund wird der Arzt-Patienten-Beziehung ein erheblicher Einfluss auf die Wirksamkeit von Arzneimitteln zugeschrieben. Die Qualität der Beratung und der Informationsvermittlung und die

dabei erzeugte Vorstellung bei Patientinnen und Patienten tragen somit grundsätzlich auch zur Wirksamkeit verordneter Arzneimittel bei. Man wird einen unsachgemäßen Umgang mit Arzneimitteln niemals ganz verhindern können. Daher ist es notwendig, dass Ärztinnen und Ärzte die notwendigen Kompetenzen in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten erwerben, adäquate Anreize für den zweifelsohne aufwändigeren Umgang mit ihnen gesetzt werden und »shared decision making«, also die gemeinsam getroffene informierte Entscheidung zum Bestandteil einer systematischen Betrachtung von Praxisqualität gemacht wird, um die Adhärenz (»Compliance«) in Bezug auf die Therapie zu fördern, die schließlich notwendig ist, um den vom Arzt und Patienten gewünschten Therapieerfolg zu erreichen. Non-Adhärenz ist insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie ein wichtiges Problem. Wegen der Menge der zum Teil unkoordiniert und den oftmals in ihrer Relevanz schwer nachvollziehbaren verordneten Mittel zeigen neuere sowie ältere Studien, dass etwa ein Drittel aller Mittel nicht therapiegerecht eingenommen wurde (Laufs u. a. 2011; Osterberg und Blaschke 2005). Aber auch das Wissen über die unnötige Anwendung von Arzneimitteln ist wichtig.

» Notwendige »Gegenöffentlichkeit« zur Herstellerinformation

Unabhängig erstellte, evidenzbasierte und noch so zutreffende Informationen bleiben aber nicht unkommentiert – schließlich greifen Informationen auch in den Markt ein und fördern dadurch den Vergleich zwischen den angebotenen Produkten. Dadurch werden letztlich auch Absatz und Umsatz von Produkten wie Arzneimittel beeinflusst. Daher sind Hersteller von Arzneimitteln daran interessiert, dass umsatz- und absatzfördernde Informationen ihre Produkte begleiten und bezogen auf dieses Ziel kritische Informationen zumindest neutralisiert werden.

Der finanzielle Aufwand, der allein im Bereich der Selbstmedikation für die werbende Information betrieben wird, spricht eine deutliche Sprache. Im Mittelpunkt der Werbung, vor allem mit TV-Spots, stehen Schmerzmittel, Mittel bei Gelenk- oder Rückenbeschwerden oder Grippemittel; vielfach Produkte wie Aspirin Complex, Thomapyrin, WICK MediNait, Grippostad C oder BoxaGrippal – allesamt Mittel mit mehreren Wirkstoffen, zum Teil mit Alkohol wie in WICK MediNait oder, mit leicht anregenden Stoffen wie Coffein oder Ephedrinderivaten, die möglicherweise zu Herzrasen oder Gewöhnung führen können. Solche Mittel sind allesamt kritisch zu bewerten, haben aber wegen der aufwändigen Werbung erheblichen Erfolg im Markt.

Dass auch auf den Rat der Apothekerinnen und Apotheker nicht immer Verlass ist und auch diese Berufsgruppe, wie auch die pharmazeutischen Hersteller, den Spagat zwischen »Ethik und Monetik« oftmals zugunsten der Monetik auflöst, zeigt die schwer nachvollziehbare Entscheidung, Grippostad C oder WICK MediNait in den Jahren 2013 und 2014 zum Arzneimittel des Jahres gewählt zu haben; damit kann eigentlich nur der Aspekt »Umsatz des Jahres« gemeint sein, der vor allem durch die Werbung und gute Einkaufskonditionen zustande gekommen ist. Im Bereich der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist dieser Werbeanteil ähnlich hoch – es wird geschätzt, dass von den etwa 25 Milliarden Umsatz in diesem Marktanteil rund 4 bis 5 Milliarden Euro auf werbende Informationen gegenüber Ärzten und Apothekern entfallen.

Die pharmazeutischen Unternehmer sind auf dem Arzneimittelmarkt also auch selber interessierte »Akteure« der Vermittlung von Informationen. Sie dominieren mit ihrem Wissen über ihre Arzneimittel und mit ihren finanziellen, strukturellen und personellen Möglichkeiten (Werbung, Kongresse, Pharmareferenten) die Informationen und Meinungen über ihre Arzneimittel in der Öffentlichkeit für Fachleute und Verbraucher. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass am Absatz und Umsatz interessierte Marktbeteiligte kaum als Anbieter einer unabhängigen und neutralen Produktinformation in Frage kommen dürften.

Daher ist ein Konzept der »Gegenöffentlichkeit« im Arzneimittelmarkt und damit der Orientierung an dem, was an wissenschaftlich unabhängiger Information für eine Entscheidung notwendig zu wissen ist, überfällig bzw. da, wo erste Ansätze zu erkennen sind, dringend weiter auszubauen: Patienten und Verbraucher benötigen nicht weniger Information für ihr Verständnis, sondern eine andere als die, mit der Fachkreise informiert werden. Inzwischen ist dieses Konzept der Arzneimittelberatung für Patientinnen und Patienten auch von einigen Kostenträgern übernommen worden. Daneben stehen unabhängige und für den Patienten in verständlicher Form aufbereitete Handbücher zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen mittlerweile sowohl zu verschreibungspflichtigen wie auch zu verschreibungsfreien Arzneimitteln zur Verfügung.

So erläutert und bewertet beispielsweise die Stiftung Warentest über 9.000 meistverordnete und -verkaufte Medikamente und bietet aktuelle Preise bzw. Preisvergleiche, Hinweise zu Neben- und Wechselwirkungen. Wirkungsweisen werden verständlich beschrieben, die Arzneimittel werden klassifiziert und nach wissenschaftlichen Kriterien als »geeignet«, »auch geeignet«, »mit Einschränkung geeignet« und «weniger geeignet« bewertet. Gegliedert nach Krankheiten, wird sowohl über Symptome und Ursachen als auch über Vorbeugung und die Behandlung ohne Arzneimittel informiert (Bopp und Herbst 2011; 2013). Die »Philosophie« hinter diesen Informationen lautet: Es wird nicht gegen eine Arzneimitteltherapie informiert, sondern für deren richtige Anwendung (siehe z. B. auch die Arzneimittelinformationen auf den Seiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG]: www.gesundheitsinformation.de).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat diesen Bedarf nach neutralen und unabhängigen Arzneimittelinformationen ebenfalls zum Anlass genommen, um zusammen mit Wissenschaftlern des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, die seit langem eine verbraucherorientierte Arzneimittelinformation anbieten, im Internet Hinweise und Empfehlungen für den Umgang mit Arzneimitteln bereitzustellen (www.frauengesundheitsportal.de und www.maennergesundheitsportal.de). Auf diesen Internetportalen geht es um Allgemeines zum Thema Medikamente wie beispielswiese die richtige Anwendung oder Aufbewahrung von Medikamenten. Es soll die Nutzer dieser Seiten aber auch für den richtigen Umgang mit Medikamenten sensibilisieren, um eine sichere Arzneimitteltherapie zu gewährleisten. So verweist die BZgA auf ihren Seiten nicht nur auf mögliche Wechselwirkungen, die bei gleichzeitiger Einnahme von unterschiedlichen Wirkstoffen auftreten können – bekanntes Beispiel ist die hohe Blutungsneigung bei gleichzeitiger Einnahme von Marcumar® (Wirkstoff: Phenprocoumon) und Aspirin® (Wirkstoff: Acetylsalicylsäure), sondern macht auch auf mögliche Unverträglichkeiten zwischen Nahrungsmitteln wie Grapefruitsaft und Medikamenten aufmerksam.

Auch das Thema »Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten« wird in diesen Portalen

aufgegriffen, um darüber zu informieren, dass es sich nicht immer um verschreibungspflichtige und somit vom Arzt verordnete Medikamente handeln muss, die in eine Abhängigkeit oder zu einem Missbrauch führen (beispielsweise Wirkstoffe aus der Gruppe der Opioide, Benzodiazepine oder die Gruppe der sogenannten »Z-Drugs«). Auch die unbeabsichtigte und aufgrund mangelnder Informationen falsche Anwendung eines Medikaments aus der Selbstmedikation, wie die schon beschriebene zu lange und häufige Anwendung von abschwellenden Nasentropfen, kann zu einem Fehlgebrauch führen.

Die falsche Anwendung von Antibiotika kann ebenfalls fatale Folgen nach sich ziehen, nicht nur die direkten Nebenwirkungen, sondern auch die Bildung von Resistenzen. Dies wurde in der Vergangenheit immer wieder, schließlich auch öffentlich, diskutiert. Die wichtigen Antworten auf Fragen zum Thema »Antibiotika« werden auf den genannten Internetportalen gegeben: Hinweise über die richtige und sinnvolle Einnahme, die Folgen eines sorglosen Umgangs mit dieser speziellen Wirkstoffgruppe sowie die antibiotische Therapie bei Kindern sind dort zu finden.

Die BZgA weitet auf diese Weise ihre schon bisher bestehenden Informationsangebote mit Flyern oder anderen gedruckten Hinweisen zum Umgang mit Arzneimitteln aus und bietet damit einen qualifizierten Internetservice mit dem Ziel der Bewertung und der richtigen Anwendung von Medikamenten an. Die so erhältlichen Informationen führen aber nicht schon zwangsläufig zu einer besseren Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Sie müssen genutzt, verstanden und umgesetzt werden, damit sie ihre Wirkungen entfalten können. Die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten gelingt nur, wenn adäquate Vorkenntnisse vorhanden und ein vernünftiger Informationstransfer möglich sind.

» Ein Beispiel für gelungene Information

Arzneimittelinformationen sind notwendig, sie bieten Orientierung und Hinweise für die richtige Anwendung und für die Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung, zum Nutzen der Patientinnen und Patienten. Die Voraussetzung dafür ist aber, dass die Informationen der aktuell vorliegenden Evidenz entsprechen, dass sie neutral und unabhängig erstellt werden und dass sie sich nicht nur an die Fachkreise der Ärzte und Apotheker wenden, sondern auch für Patienten und Verbraucher verständlich und im Alltag der Versorgung nützlich sind. Gerade zum letztgenannten Aspekt soll ein Beispiel aus den schon erwähnten Büchern der Stiftung Warentest genannt werden, in denen die schwer »verdaulichen« und eher angstauslösenden Beipackzettelinformationen in Handlungsempfehlungen »übersetzt« werden. Am Beispiel der in den Beipackzetteln zu Antibiotika genannten unerwünschten Wirkungen (»Nebenwirkungen«) soll die Systematik der »Umarbeitung« gezeigt werden. Dabei werden die unerwünschten Wirkungen in drei Kategorien unterteilt:

1. Die unerwünschten Wirkungen können grundsätzlich vorkommen, sind aber in der Regel unbedenklich.
2. Die unerwünschten Wirkungen sollten dem verordnenden Arzt rückgemeldet werden, damit entschieden werden kann, ob die Therapie verändert werden muss.
3. Es ist Gefahr im Verzug, der Arzt oder der Notarzt sollten sofort angerufen werden, weil die auftretenden unerwünschten Wirkungen gravierend oder gar lebensbedrohlich sind.

Und nun das veröffentlichte Ergebnis:

– Kommt vor: Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Appetitlosigkeit. Durchfälle,

weil Antibiotika auch die nützlichen Darmbakterien abtöten – die Verdauung reguliert sich wieder, wenn die Therapie beendet wird.
- Der Arzt muss informiert werden: Juckreiz, Rötungen der Haut und Allergien können auftreten. Wenn diese Beschwerden 24 Stunden anhalten, sollte eine Ärztin bzw. ein Arzt konsultiert werden. Antibiotika töten auch nützliche Bakterien im Mund, Rachen- und Genitalbereich, Pilzinfektionen als Folge sind möglich (Juckreiz, Ausfluss).
- Sofort den Notarzt rufen: Bei starkem Hautausschlag, Juckreiz, Atemnot, Herzrasen, Schwäche und Schwindel kann eine lebensbedrohliche Allergie die Ursache sein. Die Penizillinallergie ist die am häufigsten durch Arzneimittel ausgelöste Allergie (Es sollte ein »Allergiepass« ausgestellt werden). Eine weitere schwere unerwünschte Wirkung können blutige Durchfälle mit Bauchkrämpfen sein, die auf eine Darminfektion mit dem Bakterium Clostridium difficile hinweisen kann (pseudomembranöse Kolitis). Das von diesem Bakterium ausgestoßene Gift löst eine schwere Darmentzündung aus, die dringend behandelt werden muss.

An diesem Beispiel wird deutlich, was es bedeutet, für alle wichtigen Arzneimittel derartige handlungsorientierte Informationen zu erstellen, die Patientinnen oder Patienten nutzen können. In den Handbüchern der Stiftung Warentest wird dies für die meistverordneten oder meistverkauften Mittel angeboten – für rund 9.000 Präparate sind diese Hinweise zu finden.

Dies ist nur ein Beispiel für viele andere gelungenen Informationsangebote, das zeigt, wie mühsam es sein kann, schwer verständliche Informationen patienten- und verbrauchergerecht zu gestalten – ein Beispiel auch dafür, dass Patienten und Verbraucher nicht weniger Information benötigen, sondern eine andere: Sie muss richtig, neutral, unabhängig und verständlich sein.

» Es gibt noch viel zu tun

In der Arzneimittelinformation geht es nicht nur um Empfehlungen und Hinweise notwendige Medikamente richtig anzuwenden, sondern auch darum, »falsche« Arzneimittel mit ihren Versprechungen zu entlarven und ihre Anwendung zu unterbinden. Die Propaganda für diese Mittel in den Zeitungen und Journalen sorgt für die Bekanntheit. Unsere eigene Anfälligkeit für Wünsche nach dauernder Attraktivität und nicht nachlassender Aktivität, ständiger Potenz und guter Laune trägt ein Übriges dazu bei, solchen Angeboten zu erliegen, einem gesellschaftlichen Programm, bei dem wir mithalten wollen. Auf diese Weise werden Arzneimittel zu Dopingmitteln im Alltag und zu Krücken für Gesunde. Wir gehen der Pharmabranche auf den Leim, die uns Lifestyle-Mittel anbietet wie das Soma in der »Schönen neuen Welt« von Aldous Huxley: Ohne Nebenwirkungen und ohne Probleme für Psyche und Körper. Doch das ist Utopie. Hoffnungen auf Glück, Jugendlichkeit, Schönheit, Attraktivität und auf ständig abrufbare sexuelle Potenz aus der Pillenschachtel ohne Nebenwirkungen werden trotz unserer Wünsche nicht in Erfüllung gehen, hier ist erneut die »Gegenöffentlichkeit« gefragt. Es gibt also noch viel zu tun – machen wir uns an die Arbeit.

Literatur

BAH – Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V. (2014):
Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen. Verordnungsmarkt und Selbstmedikation. Online verfügbar unter www.bah-bonn.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=4089&token=3ec3eb2533e1c4c5ab6a42e783f0651d200c7e08 [Zugriff am 30.10.2014].

Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hg.) (2003): Gesundheitsmonitor 2003. Gütersloh.

Bopp, A.; Herbst, V. (2011): Handbuch Rezeptfreie Medikamente. Stiftung Warentest. Berlin.

Bopp, A.; Herbst, V. (2013): Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet. Stiftung Warentest. Berlin.

Butzlaff, M.; Floer, B.; Isfort, J. (2003): »Shared decision making«: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag? In: Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2000. Gütersloh, S. 41–55.

DAK Gesundheit (2014): Antibiotika-Report 2014. Eine Wunderwaffe wird stumpf: Folgen der Über- und Fehlversorgung. Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_Antibiotika-Report_2014-1487622.pdf? [Zugriff am 31.10.2014].

IMS – Institut für medizinische Statistik – Health (2014): Der pharmazeutische Markt 2013. Frankfurt a. M.

Laufs, U.; Rettig-Ewen, V.; Böhm, M. (2011): Strategies to improve drug adherence. In: Eur Heart J, 32, S. 264–268.

Osterberg, L.; Blaschke, T. (2005): Adherence to medication. In: N Engl J Med, 353, S. 487–497.

Neue Herausforderungen in der Prävention: Evidenzbasierung und informierte Entscheidung am Beispiel der Krebsfrüherkennung

Ulla Walter, Jürgen Töppich und Maren Dreier

Jeder Mensch trifft ständig, teils bewusst oder unbewusst, rational, intuitiv und/oder emotional, eine Vielzahl von mehr oder weniger wichtigen Entscheidungen. Entscheidungen werden immer dann notwendig, wenn für die Erreichung eines Ziels mehrere Optionen zur Verfügung stehen, die gleichermaßen in Frage kommen und Prioritäten gesetzt werden müssen.

In der Medizin dominierte lange Zeit eine paternalistisch geprägte Kommunikation und Entscheidungskultur, in der im Wesentlichen der Arzt für seine Patienten »das Beste wollend« die Entscheidungen traf (benevolenter Paternalismus). Seit den 70er-Jahren wurden zunehmend partnerschaftliche Arzt-Patienten-Modelle gefordert, die eine aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten in alle Entscheidungen beinhalten (Dierks und Schwarz 2012). Die partizipative Entscheidungsfindung ist das bis heute favorisierte Modell. Ähnlich ist auch in der Prävention ein Wandel in der Aufklärung mit zunehmender Einbindung der Zielgruppe erfolgt.

Von der partizipativen Entscheidungsfindung, die die Ausgestaltung der Kommunikation zwischen Professionellen und Bürgern (meist: Arzt-Patient) charakterisiert, ist der erst in den letzten Jahren häufiger genannte Begriff der informierten Entscheidungsfindung abzugrenzen (Härter u. a. 2011; Härter und Simon 2011). Die informierte Entscheidungsfindung bezieht sich auf die Qualität der Entscheidung, ohne explizit auf den Prozess der Entscheidungsfindung bzw. die Art der Interaktion zwischen Professionellen und Bürgern Bezug zu nehmen.

Für das Gelingen einer informierten Entscheidungsfindung ist es erforderlich, dass dem Einzelnen alle notwendigen Informationen zu jeder Option mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen evidenzbasiert und verständlich vorliegen, um unter Berücksichtigung der eigenen Vorstellungen und Wünsche eine Wertung vorzunehmen. Im Idealfall mündet diese in eine Entscheidung im Einklang von Wissen und eigenen Präferenzen (Marteau u. a. 2001; Marckmann und von der Schmitten 2014). Eine informierte Entscheidungsfindung setzt eine hinreichende Gesundheitsbildung voraus. Erste Untersuchungen weisen jedoch auf Defizite in der Gesundheitsbildung der Bürger in Deutschland hin (Zok 2014).

Eine informierte Entscheidung ist immer dann wünschenswert, wenn es mehrere (Be-)Handlungsmöglichkeiten gibt, wie z. B. bei der Therapie einer Kniearthrose, die sowohl operativ als auch konservativ (medikamentös, Physiotherapie, physikalische Anwendungen etc.) jeweils mit unterschiedlichen Optionen behandelt werden kann. Für

den einen Patienten können die OP-Risiken bedeutsamer sein, während ein anderer eine ständige Medikamenteneinnahme als sehr belastend empfindet. Unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Entscheidung sind daher geeignete Informationen zu potenziellen Nutzen und Risiken aller Optionen, die neutral, vollständig und verständlich den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie deren Unsicherheiten vermitteln.

» Die informierte Entscheidung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Auch in der Prävention spielen Entscheidungen eine wichtige Rolle, z. B. in der Sexualaufklärung bei der Wahl eines Verhütungsmittels, wenn Mädchen und Frauen die Vorteile von oralen Kontrazeptiva gegen die potenziellen Nebenwirkungen und außerdem weitere Methoden abwägen müssen. Bei den verschiedenen Impfungen, die jeden Bürger in jedem Alter betreffen, gilt es, die mit der jeweiligen Impfung verbundenen Risiken mit dem zu erwartenden Nutzen zu vergleichen. Auch bei der Wahl einer geeigneten Strategie zur Gewichtsreduktion sind mögliche Risiken von allzu einseitigen Diäten, von Medikamenten oder anderen Interventionen zu bedenken. Prinzipiell gesundheitsförderliche Bewegungssportarten können ggf. bei übermäßigem Körpergewicht die Gelenke schädigen oder anderweitige Verletzungsrisiken bergen. Umstritten bezüglich Nutzen und Risiken ist derzeit auch der Einsatz von E-Zigaretten zur Raucherentwöhnung (Bertholon u. a. 2013). Auch der Bereich der Organspende hält für den Einzelnen zwei Optionen zur Auswahl bereit.

Relevant ist eine informierte Entscheidung ebenfalls in der Krankheitsfrüherkennung. Ein aktueller Cochrane-Review konnte für allgemeine Gesundheitsuntersuchungen (z. B. Blutdruck- und Blutfett-Messung) keinen Nutzen auf Morbidität und Mortalität nachweisen. Allerdings spiegelten die eingeschlossenen Primärstudien (Krögsböll u. a. 2012) zum Teil nicht mehr die aktuelle Versorgungssituation wider, sodass neue Studien zur Frage der Wirksamkeit dieser Untersuchungen erforderlich sind. Auch für das Screening auf Diabetes konnte noch nicht eindeutig ein Nutzen gezeigt werden (Mühlhauser 2014). Insbesondere auch bei den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund fehlender Nutzennachweise nicht übernommen werden, sollten die Bürger mit hinreichenden Informationen in ihrer Entscheidungsfindung für oder gegen eine Untersuchung unterstützt werden.

In der Gesundheitsförderung wird die informierte Entscheidungsfindung insbesondere durch Maßnahmen aufgegriffen, die die Gesundheitsbildung der Bürger verbessern. Dies kann zum Beispiel durch umfassende und bzw. oder verständliche Informationen auf Lebensmitteln (Ampelsystem) erfolgen (Brambila-Macias u. a. 2011). Zu nennen sind auch die großen Informations- und Präventionskampagnen der BZgA zur Tabakprävention (»rauchfrei«) und zum Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen (»Alkohol? Kenn dein Limit.«). Umgekehrt können Restriktionen von einseitigen, nichtneutralen Werbeinformationen zu Tabak, Alkohol etc. Fehlinformationen begrenzen.

Diese Beispiele aus ganz unterschiedlichen Bereichen verdeutlichen, dass auch die Prävention bei ihren Zielgruppen eine informierte Entscheidungsfindung auf dem Boden einer bestmöglichen gesundheitlichen Aufklärung herbeiführen möchte. Am Beispiel der Krebsfrüherkennung werden

Voraussetzungen und aktuelle Möglichkeiten der informierten Entscheidung vertiefend vorgestellt, zukünftige Strategien diskutiert und Handlungsbedarf formuliert.

» Krebsfrüherkennung in Deutschland

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 480.000 Menschen neu an Krebs (RKI 2013). Regelmäßige, seit 1971 gesetzlich verankerte medizinische Untersuchungen der Bevölkerung sind bekannte und vielfach geschätzte Maßnahmen zur Sekundärprävention onkologischer Krankheitsbilder. Sie stellen neben primärpräventiven Strategien zur Reduktion modifizierbarer Risikofaktoren einen wichtigen Meilenstein in der Bekämpfung von Krebserkrankungen dar.

Zu den gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören die gynäkologische Untersuchung mit Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (seit 1971); der Test auf okkultes Blut im Stuhl zur Früherkennung von Darmkrebs (seit 1971), der in 2002 um die Koloskopie erweitert wurde; die Tastuntersuchung auf Prostatakrebs (seit 1971); das Mammographie-Screening, das seit 2005 schrittweise bis 2010 flächendeckend als organisiertes Screeningprogramm aufgebaut wurde; das 2008 eingeführte Hautkrebs-Screening (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie).

Daneben werden den Patienten in der Arztpraxis eine Reihe von Untersuchungen zur Früherkennung als IGeL angeboten, deren Nutzen in der Regel nicht wissenschaftlich auf höchstem Evidenzniveau nachgewiesen ist oder kontrovers diskutiert wird (Koch u. a. 2014). Zu den häufigen IGeL gehören der vaginale Ultraschall zur Detektion von Ovarialkarzinomen oder der PSA-Test auf Prostatakrebs.

Für und Wider der Krebsfrüherkennung

Nachdem die Krebsfrüherkennung viele Jahre von Ärzten, Bürgern und Politikern selbstverständlich als wirksam erachtet und der Nutzen nicht hinterfragt wurde, mehren sich seit einigen Jahren kritische Stimmen (Walter und Töppich 2014; Woloshin u. a. 2012). Diese weisen auf den insgesamt sehr geringen absoluten Nutzen z. B. beim Mammographie-Screening hin (von 2.000 Frauen, die zehn Jahre lang alle zwei Jahre mammographiert werden, stirbt eine Frau weniger an Brustkrebs) (Welch und Passow 2014) oder auf die Tatsache, dass keine Studie bislang eine insgesamt längere Lebenserwartung bei Teilnehmern von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung zeigen konnte. Gleichzeitig wird zu bedenken gegeben, dass diese Untersuchungen an einer – bezüglich der Zielerkrankung gesunden bzw. beschwerdefreien – Bevölkerung durchgeführt werden, die durch das Screening zum Teil mit unnötigen, weil fälschlicherweise auf eine Krebserkrankung hindeutenden Testergebnissen konfrontiert wird. Sich hieran anschließende Abklärungsuntersuchungen sind sowohl physisch, als auch psychisch belastend und mit möglichen Komplikationen behaftet (z. B. Prostatabiopsie).

Nicht zu unterschätzen ist außerdem das aufgrund verfeinerter Diagnostik vergleichsweise neue Phänomen der Überdiagnosen. Danach wird eine Krebserkrankung diagnostiziert, die ohne Screening nie bedeutsam und auch nie behandlungsbedürftig geworden wäre. Die Größenordnung des geschätzten Anteils an Überdiagnosen variiert nach Krebsart und wird beim Mammographie-Screening auf bis zu 20 % und bei der Früherkennung auf Prostatakrebs sogar auf bis zu 60 % aller Krebsdiagnosen geschätzt (Welch und Black 2010).

Die individuelle Abwägung von Nutzen und Risiken
Die dargelegten potenziellen Risiken bei gleichzeitig begrenztem Nutzen verdeutlichen, dass jeder und jedem Einzelnen im Sinne einer informierten Entscheidungsfindung die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich selbst nach Abwägung von Nutzen und Risiken in Kenntnis des eigenen Erkrankungsrisikos, der Prognose und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung sowie in Einklang mit seinen persönlichen Werten und Präferenzen für oder gegen die Teilnahme zu entscheiden (Marteau u. a. 2001; Marckmann und von der Schmitten 2014; Jorgensen u. a. 2009). Die Notwendigkeit einer informierten Entscheidung wurde u. a. in den Europäischen Leitlinien zur Früherkennung von Brust- und Darmkrebs im Kapitel zur Kommunikation aufgegriffen (Austoker u. a. 2012).

In Deutschland wurde die Forderung nach einer informierten Entscheidungsfindung insbesondere vom 2008 ins Leben gerufenen Nationalen Krebsplan (BMG 2015) unterstützt und fand folgerichtig Eingang in das im April 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) (Helou 2014; Walter und Dreier 2014). Dieses sieht u. a. die Einführung organisierter Früherkennungsprogramme auf Darm- und Gebärmutterhalskrebs vor und fordert ausdrücklich eine »umfassende und verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung« (KFRG).

Die Notwendigkeit dieser expliziten gesetzlichen Verankerung wird durch Untersuchungen untermauert, die gravierende Wissensdefizite unter der anspruchsberechtigten Bevölkerung aufgedeckt haben (Dreier u. a. 2012). So überschätzten nach einer Befragung 95 % aller Frauen den Nutzen des Mammographie-Screenings auf die Brustkrebssterblichkeit (Gigerenzer u. a. 2009), und sogar über die Hälfte der Befragten versprach sich vom Mammographie-Screening eine vorbeugende Wirkung auf Brustkrebs (Albert u. a. 2011). In einer aktuellen Befragung aus 2013 meinen immerhin noch 30 %, dass das Screening vor Brustkrebs schützt, außerdem wird die Häufigkeit falsch-positiver Befunde von den meisten deutlich unterschätzt (Dierks und Schmacke 2014).

Mangelnde Kenntnisse zeigen sich auch bei der Darmkrebsfrüherkennung, die unter Umständen durchaus der primären Prävention zugerechnet werden kann. In deutschen Telefonsurveys begründeten jeweils 50 bzw. 58 % der erklärten Nichtteilnehmer ihre Ablehnung mit fehlenden Beschwerden (Starker u. a. 2012; Ziegler u. a. 2010); wiederum ein Hinweis auf ein eklatantes Miss-Verständnis von Krebsfrüherkennung, die sich ja gerade an (noch) beschwerdefreie Menschen wendet. Eine korrekte Einschätzung der Größenordnung des potenziellen Nutzens als wichtige Voraussetzung für die individuelle Bewertung und Meinungsbildung zur Krebsfrüherkennung gelang bis zu einem Viertel der Befragten (Ziegler u. a. 2010).

» Evidenzbasierte Informationsangebote

Wie können die Kenntnisse über die Krebsfrüherkennung in der anspruchsberechtigten Bevölkerung als notwendige Grundlage für eine informierte Entscheidungsfindung für oder gegen eine Früherkennungsuntersuchung verbessert werden? Neben dem ärztlichen Gespräch bieten sich ergänzend evidenzbasierte Informationsmaterialien an, deren Einsatz auch in den Europäischen Leitlinien empfohlen wird (Austoker u. a. 2012). Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zeichnen sich durch eine ausgewogene und möglichst leicht verständliche Darstellung der notwendigen Sachverhalte, insbesondere von Nutzen und Risiken, aus, die auf

den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen (Bunge u. a. 2010; Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2008).

Mit dem Ziel, geeignete Informationsmaterialien für die Darmkrebsfrüherkennung zu identifizieren, um diese der Bevölkerung auf einer Internet-Informationsplattform der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung zu stellen bzw. auf sie zu verlinken, führte die Medizinische Hochschule Hannover in Kooperation mit der BZgA im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine systematische Analyse der Qualität von in Deutschland verfügbaren Printmaterialien und Websites durch (Walter u. a. 2014). Die Bewertung der Informationsangebote erfolgte als Methodenmix jeweils aus Expertensicht anhand eines neu entwickelten Bewertungskatalogs und aus Perspektive der Bürgerinnen und Bürger mit qualitativen Gruppendiskussionen (Dreier u. a. 2013; Seidel u. a. 2014).

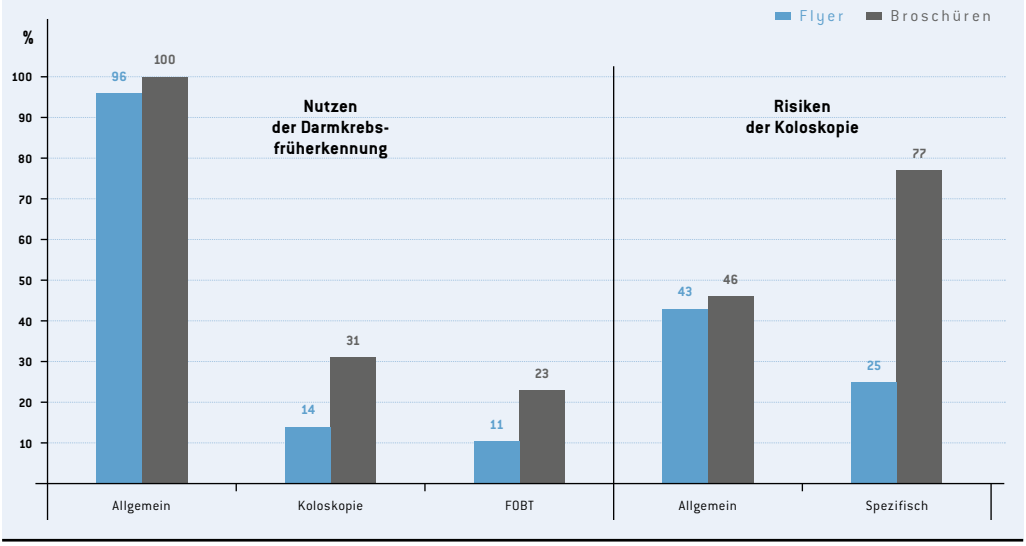
Stuhltest oder Koloskopie zur Früherkennung auf Darmkrebs?

Die Darmkrebsfrüherkennung besteht in Deutschland aus dem Stuhltest auf verborgenes Blut im Stuhl, auf den Versicherte ab 50 Jahren einmal jährlich einen Anspruch haben. Seit Ende 2002 kann ab 55 Jahren alternativ eine große Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt und nach zehn Jahren wiederholt werden. Während für den Stuhltest ein Nutzen mit höchster Evidenz aus Studien bereits nachgewiesen ist (Hewitson u. a. 2008), werden Ergebnisse mit vergleichbarem Evidenzlevel zur Koloskopie frühesten ab 2020 erwartet. Ergebnisse aus Beobachtungsstudien deuten bereits auf eine Senkung der Darmkrebssterblichkeit durch die Screening-Koloskopie hin (Brenner u. a. 2014). Außerdem kann durch die Abtragung von Polypen, die eine Vorstufe von Darmkrebs sein können, auch die Neuerkrankung an Darmkrebs verhindert werden. Es handelt sich also im Gegensatz zu den meisten anderen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen um eine echte Vorsorge oder besser: Primäre Prävention und nicht nur um eine Früherkennung.

Andererseits steht den Versicherten mit der Koloskopie eine invasive Untersuchung zur Verfügung, die mit deutlich höheren Risiken als der alternative Stuhltest behaftet ist. Das Schadenspotenzial ergibt sich dabei nicht nur aus der Untersuchung selbst (z. B. Schmerzen, Verletzung der Darmwand), sondern auch aus den vorbereitenden Maßnahmen zur Darmreinigung oder durch die meist verabreichte Sedierung während der Untersuchung (z. B. Herzkreislaufstörungen, Ateminsuffizienz). Es wurden bislang sechs Todesfälle auf insgesamt 2,8 Millionen Untersuchungen dokumentiert (Pox u. a. 2012). Diese potenziellen und zum Teil gravierenden Komplikationen unterstreichen die Notwendigkeit eines genauen Abwägens des Für und Wider der Screening-Koloskopie für jeden Einzelnen. Umso wichtiger sind adäquate Informationsangebote, die bei der Entscheidung unterstützen können.

Die Analyse der in Deutschland (2012) zu Verfügung stehenden Informationsangebote hat jedoch vielfältige Defizite und Mängel aufgedeckt und die Eignung der Mehrzahl der Materialien in Frage gestellt (Dreier u. a. 2014). Insgesamt wurden 28 Flyer, 13 Broschüren und 36 Websites identifiziert und anhand eines ausführlichen Kriterienkatalogs auf ihre Inhalte und deren Verständlichkeit und Korrektheit untersucht (Dreier u. a. 2013). Die Flyer waren mehrheitlich von gemeinnützigen Organisationen (17/28) und Ministerien der Länder (6/28) herausgegeben worden, während die Broschüren überwiegend von wissenschaftlichen Institutionen und Gesellschaften stammten (6/13). Bei den Websites konnte jeweils ein knappes Drittel den kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzten bzw. ihren Berufsverbänden (11/36) oder Portalen bzw. Foren (10/36) zugeordnet werden.

Angaben zu Nutzen und Risiken der Darmkrebsfrüherkennung



» Abb. 1: Angaben zu Nutzen und Risiken der Darmkrebsfrüherkennung mit dem Stuhltest (FOBT) oder der Screening-Koloskopie in 28 Flyern und 13 Broschüren. Eine Information zu Nutzen oder Risiken wurde als enthalten bewertet, wenn mindestens eine Angabe entweder zur Darmkrebsfrüherkennung allgemein, zum Stuhltest (FOBT) oder zur Screening-Koloskopie vorhanden war. Bei Risiken war es nicht ausreichend, wenn als einzige Information die Möglichkeit von Schmerzen verneint wurde.

Unausgewogene Darstellung von Nutzen und Risiken, fehlende Informationen

In vielen Materialien wurden der potenzielle Nutzen sowie die möglichen Risiken nicht ausgewogen dargestellt. Tatsächlich geben über ein Drittel der Flyer (10/28), ein Viertel der Broschüren (3/11) und jede fünfte Website (7/36) überhaupt keine Risiken an. Abbildung 1 zeigt, dass zwar fast alle Printmaterialien Hinweise auf den allgemeinen Nutzen der Früherkennung enthalten, über den verfahrensspezifischen Nutzen jedoch deutlich seltener informiert wird, womit die Wahl zwischen Stuhltest und Koloskopie deutlich erschwert wird. Numerische Angaben, die wichtig zur Einschätzung der Größenordnung von Nutzen und Risiken sind, wurden nur vereinzelt gefunden und waren zum Teil nicht optimal verständlich dargestellt. Einige Informationsmaterialien verwendeten nur relative Effektangaben, die ohne die gleichzeitige Angabe des absoluten Effekts zu einer Überschätzung des Nutzens von Früherkennungsuntersuchungen führen können.

Informierte Entscheidung versus Teilnahmebewerbung

Die meisten Informationsangebote wiesen nicht explizit darauf hin, dass es eine Entscheidung zu treffen gilt, die (mindestens) drei Optionen für die Versicherten bereithält: die Früherkennung mittels Stuhltest oder Darmspiegelung oder keine Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung. Stattdessen überwog offensichtlich bei vielen Erstellern nach

Jahrzehnten der teilnahmeorientierten Bewerbung der Wunsch, möglichst viele Personen zur Früherkennung zu motivieren. So wurde die Teilnahme in vielen Informationsmaterialien ausdrücklich empfohlen (»Machen Sie mit!«, »Nutzen Sie die Chance!«) und zum Teil mit bagatellisierenden Formulierungen möglicher Risiken oder sogar Angst einflößenden Kommentaren (»lebensgefährlicher Irrtum«) untermauert.

Auch die Versicherten zeigten sich wenig vorbereitet, ihre Teilnahme an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung kritisch abzuwägen und zu entscheiden. In den Gruppendiskussionen mit Anspruchsberechtigten über Informationsangebote zur Darmkrebsfrüherkennung wurde das Ziel der Teilnahme als selbstverständlicher, zentraler Bestandteil betrachtet, der bei fehlender Erwähnung in den Materialien explizit nachgefragt und eingefordert wurde (Seidel u. a. 2014).

Die Ergebnisse verdeutlichen den zentralen Konflikt zwischen der Forderung, eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen und dem jahrzehntelangen Ziel der Krebsfrüherkennung eine hohe Beteiligung zu erreichen (Raffle 2001; Strech 2014). Aus ethischer Sicht dominiert die informierte Entscheidungsfindung, deren Umsetzung eine ergebnisoffene, neutrale Information bzw. Beratung erfordert und auf eine Aufforderung zur Teilnahme oder Empfehlung eines bestimmten Verfahrens verzichtet. Damit muss auch eine Entscheidung gegen die Früherkennung mit sinkender Beteiligung akzeptiert werden. Tatsächlich zeigen Studien unterschiedliche Effekte einer informierten Entscheidung auf die Teilnahmeraten. Es wurden sowohl eine Zunahme, eine Abnahme als auch keine Auswirkung auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen beobachtet (Steckelberg u. a. 2011; Smith u. a. 2010; van Dam u. a. 2013).

Webbasierte Informationsangebote

Hochwertige Gesundheitsinformationen werden zunehmend auch im Internet angeboten. Zu nennen sind u. a. die Gesundheitsinformationen des IQWiG, der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) sowie die Internetportale der BZgA zu Frauen- und Männergesundheit (Haack u. a. 2014). Der Vorteil webbasierter Informationsangebote besteht in dem wachsenden Verbreitungsgrad des Internets und dem Zugang für mittlerweile weite Bevölkerungsgruppen. Ein weiterer Vorteil von Informationsangeboten im Internet ist, dass der Einzelne Informationen so detailliert abrufen kann, wie er es wünscht. Die Qualität der Inhalte kann durch entsprechende Zertifikate formal überprüft werden. Seitens der Anbieter gelingt eine Aktualisierung der Informationen einfacher und rascher als für Printformate. Noch ist allerdings nicht klar, ob und inwieweit über diese Angebote die in der Prävention so genannten Hard-to-Reach-Gruppen erreicht werden.

» Weiterentwicklung zu Entscheidungshilfen

Aktuell wird in Deutschland die dem Einladungsschreiben beigelegte Information zum Mammographie-Screening überarbeitet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im August 2014 hiermit das IQWIG beauftragt. Im ersten Schritt ist die Überarbeitung des bisherigen Merkblattes und im zweiten Schritt die Weiterentwicklung im Sinne einer Entscheidungshilfe geplant.

Während bei den evidenzbasierten Gesundheitsinformationen die Informationsvermittlung im Vordergrund steht, werden Entscheidungshilfen als Instrumente konzipiert, die die Bürgerinnen und

Bürger explizit in dem Prozess ihrer Entscheidungsfindung unterstützen sollen (van Agt u. a. 2014). Hierzu müssen zusätzlich zu den evidenzbasierten Informationen die in Frage kommenden Entscheidungsmöglichkeiten mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen deutlich aufgezeigt werden mit dem Ziel, dem Einzelnen eine individuelle, im Einklang mit seinen persönlichen Einstellungen und Werten stehende Entscheidungsfindung zu ermöglichen (Stacey u. a. 2014).

Dabei gilt, dass Entscheidungshilfen die medizinische Beratung nicht völlig ersetzen, sondern vielmehr ergänzen sollen. Sie können vor, während oder nach einem ärztlichen Gespräch eingesetzt werden und zu einer partizipativen Entscheidungsfindung beitragen. Nach einer Umfrage wünscht sich etwa die Hälfte der Befragten eine Kultur der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ihrem Arzt (Braun und Marstedt 2014). Allerdings gibt die Mehrheit an, noch nie eine Situation mit mehreren Optionen erlebt zu haben. Daraus kann gefolgert werden, dass seitens der Bürger offensichtlich – wohl aufgrund mangelnder Kenntnisse – eine Situation mit mehreren Optionen oftmals nicht erkannt und seitens der Ärzte nicht angemessen darauf hingewiesen wird. Diese Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit von Shared-Decision-Making (SDM) macht deutlich, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, um eine Mitentscheidungskultur im Versorgungsalltag aufzubauen.

» Stärkung einer partizipativen Entscheidungsfindung

Ein kürzlich aktualisierter Cochrane-Review hat 115 Studien zur Effektivität von Entscheidungshilfen systematisch meta-analysiert und kam zu dem Ergebnis, dass Entscheidungshilfen signifikant das Wissen verbessern, den Entscheidungskonflikt verringern und zu einer aktiven Rolle im Entscheidungsprozess motivieren können (Stacey u. a. 2014). Außerdem gibt es Hinweise, dass sie eine Werte- und präferenzenkonforme Entscheidung unterstützen und zu einer verbesserten Arzt-Patienten-Kommunikation führen. Ein anderer Review konnte speziell zu Screening-Untersuchungen einen positiven Effekt von Entscheidungshilfen auf die informierte Entscheidungsfindung zeigen (van Agt u. a. 2014).

Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse erfolgt die Umsetzung in die Praxis nur langsam. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten besteht insbesondere bei Älteren und Menschen mit geringer Bildung ein geringerer Bedarf an Partizipation (Braun und Marstedt 2014). Diese Gruppen stellen damit eine wichtige Zielgruppe für die Entwicklung spezifischer Entscheidungshilfen dar. Weitere Studien müssen zeigen, ob hier möglicherweise nichtschriftliche Medien wie Kurzfilme einen besseren Zugang bieten. Eine zentrale Herausforderung bleibt nach wie vor die verständliche Vermittlung von numerischen Sachverhalten, um den möglichen Nutzen einer Maßnahme unter Berücksichtigung des eigenen Erkrankungsrisikos umfassend abzuwägen (Gigerenzer 2009).

Als Barrieren für Shared-Decision-Making (SDM) auf ärztlicher Seite sind Schwächen im Verständnis der statistischen Ergebnisse von Screening-Studien zu nennen, die eine adäquate Risikokommunikation erschweren (Wegwarth u. a. 2012; Gigerenzer 2009). Hier bieten sich gezielte Schulungen von Ärzten, die Aufnahme entsprechender Themen in die Ausbildung und eventuell die Einbindung von geschultem Assistenzpersonal zur Verbesserung an. Daneben werden im klinischen Alltag vor allem mangelnde zeitliche Ressourcen als Hemmnisse angeführt (Legare u. a. 2008).

Um die Implementierung von Shared-Decision-Making (SDM) in die medizinische Versorgung zu erleichtern, wurde mit sogenannten Option Grids ein neuartiges Konzept für eine kurze Entscheidungshilfe verfolgt (Elwyn u. a. 2013). Option Grids sind als tabellarische Übersicht auf einer Seite konzipiert und gliedern sich in sechs bis acht häufige, patientenrelevante Fragen und den verständlich formulierten, evidenzbasierten Antworten zu den zur Auswahl stehenden Optionen. Während die meisten schriftlichen Informationsangebote für Patientinnen und Patienten zum Lesen vor oder nach dem Arztgespräch eingesetzt werden, können Option Grids gezielt im Arzt-Patienten-Kontakt eingesetzt werden, also dem Patientinnen und Patienten ausgehändigt werden, von diesem gelesen (üblicherweise etwa 3 Minuten) und anschließend beiden als Gesprächsgrundlage dienen. Erste Ergebnisse zeigen, dass Option Grids auch Ärzten die strukturierte Kommunikation mit ihren Patientinnen und Patienten erleichtern und ihre Einbindung in einen gemeinsamen Dialog unterstützen (Elwyn u. a. 2013).

» Ausblick

Gesundheitsbezogene Informationen und Aufklärung sind unabdingbare Voraussetzungen für die Bevölkerung, um informierte Entscheidungen treffen zu können. Neben Printmedien gewinnen dabei webbasierte Informationsangebote einschließlich Internetportalen an Bedeutung. Positiv hervorzuheben ist die Entwicklung von Entscheidungshilfen, die eine stärkere interaktive Einbindung der Bürger unterstützen.

» Literatur

van Agt, H. M.; Korfage, I. J.; Essink-Bot, M. L. (2014): Interventions to enhance informed choices among invitees of screening programmes-a systematic review. In: Eur.J.Public Health, 3, S. 1–13.

Albert, U. S.; Kalder, M.; Schulte,H.; Klusendick, M.; Diener, J.; Schulz-Zehden, B.; Kopp, I.; Nass-Griegoleit, I. (2012): The population-based mammography screening programme in Germany: uptake and first experiences of women in 10 federal states. In: Gesundheitswesen, 74, S. 61–70.

Austoker, J.; Giordano, L.; Hewitson, P.; Villain, P. (2012): European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition – Communication. In: Endoscopy, 44 Suppl 3, S. 164–185.

Bekker, H. L. (2010): Decision aids and uptake of screening. BMJ, 341, c5407.

Bertholon, J. F.; Becquemin, M. H.; Annesi-Maesano, I.; Dautzenberg, B. (2013): Electronic cigarettes: a short review. In: Respiration, 86, S. 433–438.

Brambila-Macias, J.; Shankar, B.; Capacci, S.; Mazzocchi, M.;, Perez-Cueto, F. J.; Verbeke, W.; Traill, W. B. (2011): Policy interventions to promote healthy eating: a review of what works, what does not, and what is promising. In: Food Nutr.Bull., 32, S. 365–375.

Braun, B.; Marstedt, G. (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor 01/2014 (Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK).

Brenner, H.; Stock, C.; Hoffmeister, M. (2014): Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. BMJ, 348, g2467.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015): Nationaler Krebsplan. Online verfügbar unter www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html [Zugriff 07.01.2015].

Bunge, M.; Mühlhauser, I.; Steckelberg, A. (2010): What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. In: Pat.education.counseling., 78, S. 316–328.

van Dam, L.; Korfage, I. J.; Kuipers, E. J.; Hol, L.; van Roon, A. H.; Reijerink, J. C.; van Ballegooiyen, M.; van Leerdam, M.E. (2013): What influences the decision to participate in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing and sigmoidoscopy? In: Eur.J.Cancer, 49, S. 2321–2330.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2008): Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Online verfügbar unter www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/dnebm-080630.pdf [Zugriff 12.12.2014].

Dierks, M. L.; Schmacke, N. (2014): Mammografie-Screening und informierte Entscheidung – mehr Fragen als Antworten. Gesundheitsmonitor 01/2014 (Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK).

Dierks, M. L.; Schwartz, F. W. (2012): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, S. 352–389.

Dreier, M.; Borutta, B.; Seidel, G.; Kreusel, I.; Toppich, J.; Bitzer, E. M.; Dierks, M. L.; Walter, U. (2013): Development of a comprehensive list of criteria for evaluating consumer education materials on colorectal cancer screening. BMC.Public.Health., 13, 843.

Dreier, M.; Borutta, B.; Seidel, G.; Munch, I.; Kramer, S.; Toppich, J.; Dierks, M. L.; Walter, U. (2014): Communicating the benefits and harms of colorectal cancer screening needed for an informed choice: a systematic evaluation of leaflets and booklets. PLoS ONE 9(9): e107575. DOI: 10.1371/journal.pone.0107575.

Dreier, M.; Borutta, B.; Seidel, G.; Munch, I.; Toppich, J.; Bitzer, E. M.; Dierks, M. L.; Walter, U. (2014): Leaflets and websites on colorectal cancer screening and their quality assessment from experts' views. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 356–365.

Dreier, M.; Borutta, B.; Toppich, J.; Bitzer, E. M.; Walter, U. (2012): Mammography and cervical cancer screening – a systematic review about women's knowledge, attitudes and participation in Germany. In: Gesundheitswesen, 74, S. 722–735.

Elwyn, G.; Lloyd, A.; Joseph-Williams, N.; Cording, E.; Thomson, R.; Durand, M. A.; Edwards, A. (2013): Option Grids: shared decision making made easier. In: Patient.Educ.Couns., 90, S. 207–212.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL). Bundesanzeiger, 148a.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) (2013): Bundesgesetzblatt, Teil 1, Nr. 16 vom 8. April 2013.

Gigerenzer, G. (2009): Making sense of health statistics. In: Bull. World Health Organ, 87, S. 567.

Gigerenzer, G.; Mata, J.; Frank, R. (2009): Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. In: Journal of the National Cancer Institute, 101, S. 1216–1220.

Haack, G.; Köster, M.; Töppich, J. (2014): Information on early detection of colorectal cancer: development of an information module for the women's health portal of the Federal Center for Health Education (BZgA). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 380–387.

Härter, M.; Müller, H.; Dirmaier, J.; Donner-Banzhoff, N.; Bieber, C.; Eich, W. (2011): Patient participation and shared decision making in Germany – History, agents and current transfer to practice. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(4), S. 263–270.

Härter, M; Simon, D. (2011): Do Patients Want Shared Decision Making and How Is This Measured? In: Gigerenzer, G.; Muir Gray J. A. (Hg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions – Envisioning Health Care 2020. Cambridge, S. 53–58.

Helou, A. (2014): Early detection of cancer in the German National Cancer Plan: Health policy and legal regulations. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 288–293.

Hewitson, P.; Glasziou, P.; Watson, E.; Towler, B.; Irwig, L. (2008): Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. In: Am.J.Gastroenterol., 103, S. 1541–1549.

Jorgensen, K. J.; Brodersen, J.; Hartling, O. J.; Nielsen, M.; Gotzsche, P. C. (2009): Informed choice requires information about both benefits and harms. In: J.Med.Ethics, 35, S. 268–269.

Koch, K.; Thomas, S.; Windeler J. (2014): »IGeL« or not: cancer screening always needs comprehensive information. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57(3), S. 334–342.

Krogsbøll, L. T.; Jørgensen, K. J.; Grønhøj Larsen, C.; Gøtzsche, P. C. (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane DatabaseSystRev;10:CD009009, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009009.

Legare, F.; Ratte, S.; Gravel, K.; Graham, I.D. (2008): Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. In: Patient.Educ.Couns., 73, S. 526–535.

Marckmann, G.; von der Schmitten, S. J. (2014): Cancer screening from the perspective of public health ethics. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 327–333.

Marteau, T. M.; Dormandy, E., Michie, S. (2001): A measure of informed choice. In: Health Expect, 4, S. 99–108.

Muhlhauser, I. (2014): On the overestimation of the benefit of prevention. In: Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundhwes., 108, S. 208–218.

Pox, C. P.; Altenhofen, L.; Brenner, H.; Theilmeier, A.; von Stillfried, D.; Schmiegel, W. (2012): Efficacy of a nationwide screening colonoscopy program for colorectal cancer. In: Gastroenterology, 142, S. 1460–1467.

Raffle, A. E. (2001): Information about screening – is it to achieve high uptake or to ensure informed choice? In: Health.expect., 4, S. 92–98.

RKI – Robert Koch-Institut; Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hg.) (2013): Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe. Berlin.

Seidel, G.; Munch, I.; Dreier, M.; Borutta, B.; Walter, U.; Dierks, M. L. (2014): Are German information materials on colorectal cancer screening understandable or do they fail?: Rating of health information by users with different educational backgrounds. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz., 57, S. 366–379.

Smith, S. K.; Trevena, L.; Simpson, J. M.; Barratt, A.; Nutbeam, D.; McCaffery, K. J. (2010): A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. BMJ, 341, c5370.

Stacey, D.; Legare, F.; Col, N. F.; Bennett, C. L.; Barry, M. J.; Eden, K. B., Holmes-Rovner, M.; Llewellyn-Thomas, H.; Lyddiatt, A.; Thomson, R.; Trevena, L.; Wu, J. H. (2014): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane.Database.Syst.Rev., 1, CD001431.

Starker, A.; Bertz, J.; Saß, C. (2012): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 27– 38.

Steckelberg, A.; Hulfenhaus, C.; Haastert, B.; Muhlhauser, I. (2011): Effect of evidence based risk information on »informed choice« in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. BMJ, 342, d3193.

Strech, D. (2014): Participation rate or informed choice? Rethinking the European key performance indicators for mammography screening. In: Health Policy, 115, S. 100–103.

Walter, U.; Toppich, J. (2014): Cancer screening in transition. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 285–287.

Walter, U.; Toppich, J.; Stomper, B. (2014): Towards informed choice: design and results of projects on (cancer) screening funded by the Federal Ministry of Health. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57, S. 351–355.

Walter, U.; Dreier, M. (2014): Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz: Ein Schritt zur informierten Entscheidung? Gesundheitsmonitor 07/2014 (Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK).

Wegwarth, O.; Schwartz, L. M.; Woloshin, S.; Gaissmaier, W.; Gigerenzer, G. (2012): Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. In: Ann.Intern.Med., 156, S. 340–349.

Welch, H. G.; Black, W. C. (2010): Overdiagnosis in cancer. In: J.Natl.Cancer Inst., 102, S. 605–613.

Welch, H. G.; Passow, H. J. (2014): Quantifying the benefits and harms of screening mammography. In: JAMA Intern.Med., 174, S. 448–454.

Woloshin, S.; Schwartz, L. M.; Black, W. C.; Kramer, B.S. (2012): Cancer screening campaigns – getting past uninformative persuasion. In: N Engl.J.Med., 367, S. 1677–1679.

Ziegler, M.; Schubring-Giese, B.; Buhner, M.; Kolligs, F.T. (2010): Attitude to secondary prevention and concerns about colonoscopy are independent predictors of acceptance of screening colonoscopy. In: Digestion, 81, S. 120–126.

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

Internet-Technologien in der Gesundheitsförderung – Entwicklung, Einsatz und Erprobung digitaler Instrumente als Beitrag zur Qualitätsentwicklung

Guido Nöcker und Thomas Quast

Medien sind seit langem integraler Bestandteil unserer Alltagskultur. Radio, Fernsehen, Zeitung und Internet informieren, unterhalten und helfen, das politische, soziale und ökonomische Leben zu organisieren. In der modernen Wissens- und Informationsgesellschaft sind Medien längst nicht mehr Zusatz, sondern konstituierender Bestandteil vieler Lebensbereiche geworden.

Auch in der gesundheitlichen Aufklärung kommt dem Einsatz und der Verfügbarkeit von Medien zur Information und Werbung für gesundheitsförderliches Verhalten sowie der Veränderung riskanter Lebensweisen eine zentrale Rolle zu. Daher nutzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits seit ihrer Errichtung 1967 Medien in unterschiedlichen Formaten als Kommunikationsmittel zur Ansprache der Allgemeinbevölkerung und spezifischer Zielgruppen.

Allerdings haben sich die Anwendungs- und Verbreitungsmöglichkeiten medialer Kommunikationsmittel und -kanäle in den vergangenen 50 Jahren zunehmend erweitert, neu konfiguriert und in der Entwicklungszeit enorm beschleunigt. Dies gilt in besonderer Weise für die mit der Einführung der Internet-Technologien einsetzende »digitale Revolution«, deren Auswirkungen über veränderte Wissens- und Informationsprozesse hinaus als gesellschaftlicher Strukturwandel in nahezu allen Lebensbereichen immer deutlicher sichtbar werden.

Die mit der Entwicklung und dem Ausbau des Internets verbundenen neuen digitalen Medien und Dienste erweitern nicht nur die Palette von Kommunikationskanälen und Informationswerkzeugen für Anbieter von Gesundheitsinformationen, sondern sie verändern auch das Verhältnis der Anbieter untereinander und zu ihren Adressaten nachhaltig.

Es ist somit naheliegend, aus dem Blickwinkel der gesundheitlichen Aufklärung danach zu fragen, was genau diese veränderte, neue Qualität der Kommunikation mit digitalen Medien ausmacht und wie sie wirksam und zielgenau gestaltet werden kann. Um eine Antwort auf diese Fragen geben zu können, müssen neue Wege und Instrumente der Qualitätsentwicklung erprobt und angemessene Beurteilungskriterien entwickelt werden.

Im Rahmen dieses Beitrages wird gezeigt, wie sich die BZgA dieser Aufgabe mit einem Pilotpro-

jekt zur Erprobung ausgewählter Social Media-Applikationen für die Gesundheitskommunikation angenommen hat. Das hier vorgestellte Pilotprojekt markiert den Anfangspunkt eines systematischen Entwicklungsprozesses für Qualitätssicherung und -entwicklung für das noch junge Handlungsfeld internetbasierter Kommunikation.

Ein kurzer Blick auf die jüngere Geschichte des Medieneinsatzes der BZgA soll im Folgenden deutlich machen, wie rasch sich dieser Medienwandel vollzogen hat und welche neuen Anforderungen entstanden sind.

» Medieneinsatz im Wandel

In ihren Anfangsjahren bis Ende der 1970er-Jahre unterhielt die BZgA zunächst eine eigene Modellwerkstatt, in der verschiedene medizinische Modelle angefertigt wurden. Sehr bekannt war z. B. der »gläserne Mensch«. Solche Modelle wurden in Schulen und bei öffentlichen Aufklärungsveranstaltungen benutzt und waren (be)greifbare Anschauungsobjekte für den Einsatz in der Gesundheitserziehung.

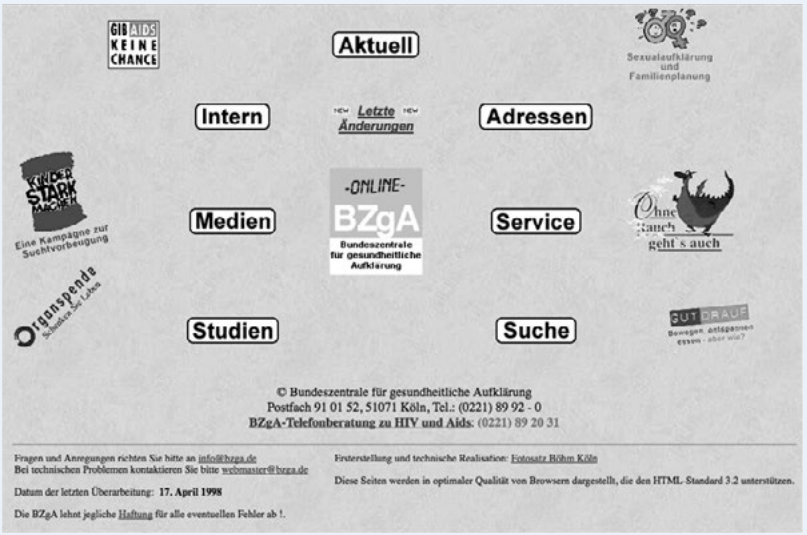
Mit zunehmender Themen- und Zielgruppenerweiterung bei gleichzeitig sinkenden Produktionskosten für Printmedien kamen in der Folgezeit vermehrt Printmedien wie Aufklärungsflyer und Broschüren sowie umfangreiche Handbücher und Trainingsmanuale, insbesondere für Multiplikatoren und Schlüsselpersonen hinzu. Multiplikatoren bzw. Schlüsselpersonen waren bis dahin die zentralen Vermittler für Gesundheitsinformationen. Die direkte Ansprache breiter Bevölkerungsgruppen über mediale Kanäle durch TV-und Filmproduktionen war auf Einzelfälle und wenige Themen beschränkt. Mit der industriellen Massenproduktion und Durchdringung privater Haushalte mit audiovisuellen Aufnahme- und Abspielgeräten (Tonband, Videorecorder) entstand bereits in den 1980er-Jahren die Möglichkeit, auch diese audiovisuellen Medien in der Aufklärungsarbeit intensiver zu nutzen.

Mit der Bedrohung durch das HI-Virus Mitte der 1980er-Jahre kam es schließlich zu einer Zusammenführung der verschiedenen Kommunikationsmittel und Medienkanäle unter dem konzeptionellen Dach einer Mehrebenen-Kampagne (»Gib AIDS keine Chance«), die einen cross-medialen Mix aus Printanzeigen und -broschüren, AV-, TV- und Radioformaten nutzte und neben den massenmedialen auch personalkommunikative Instrumente (z. B. mobile Ausstellungen und Mitmach-Parcours) als Zugang zu verschiedenen Akteurs- und Zielgruppen erprobte. Dieses Konzept, der auf die jeweilige Lebenswelt (Setting) einer Zielgruppe ausgerichtete Mehrebenen-Kampagne, wurde als wirksam eingeschätzt (vgl. Sachverständigenrat 2005, S. 124) und findet seit Mitte der 1990er-Jahre auch Anwendung in anderen gesundheitlichen Themenfeldern (z. B. illegale Drogen, Alkohol).

Mit Beginn der Internetnutzung erfuhr die konzeptionelle Ausrichtung der BZgA-Kampagnen einen weiteren Anpassungs- und Veränderungsanstoß, der bis heute anhält. Inzwischen vollzieht sich ein immer größerer Teil der Aufklärungsarbeit und Kommunikation über Gesundheit im Internet und nutzt dabei die Möglichkeiten mobiler Endgeräte (Tablets, Smartphones). Die fortschreitenden technischen Entwicklungen und Möglichkeiten, die mit ihren konkreten Anwendungen zunehmend komplexer und dynamischer werden, stellen die Präventionsarbeit konzeptionell und in der Ausführung vor neue Herausforderungen.

Während das »World Wide Web« zunächst (Ende der 80er-Jahre) als Projekt zum Austausch von Forschungswissen unter Wissenschaftlern angelegt war, entwickelte sich daraus innerhalb weniger

Homepage der BZgA 1996



» Abb. 1: Homepage der BZgA 1996

Jahre eine komplexe, hochleistungsfähige Informationstechnologie, die bereits 1996 bei der BZgA zur Einrichtung einer ersten Homepage führte (siehe Abbildung 1). Die erste, gezielte Ansprache einer definierten Zielgruppe wurde von der BZgA 2001 unternommen und richtete sich an Konsumenten von Designerdrogen (Ecstasy). Zuvor war festgestellt worden, dass vor allem bei Ecstasy-Konsumenten eine hohe Affinität zum PC- und Internetgebrauch bestand (BZgA 1998). Der Einsatz dieser neuen, noch wenig erprobten Technologie, erschien vielversprechend (Nöcker 2001). Eine Dekade später sind die technischen Zugänge und das alltägliche Nutzungsverhalten der meisten Zielgruppen bereits so weit fortgeschritten, dass nahezu jeder Bürger über das Internet mit Gesundheitsinformation versorgt werden kann. Ausnahmen hiervon gelten allerdings derzeit noch für Personen im höheren Lebensalter (60+), insbesondere Frauen, und unter Berücksichtigung eines sozialen Schichtgradienten (digital gap). Aktuell werden von der BZgA mehr als 70 verschiedene Webseiten unterhalten, die das gesamte Spektrum der angebotenen Themen und Zielgruppen abdecken.

Die rasche technische Entwicklung und der damit einhergehende ständige Wandel von Endgeräten, Benutzerschnittstellen, einsetzbaren Applikationen und Anforderungen an Datenvolumina und Datensicherheit kennzeichnen die medientechnischen Herausforderungen, die beim Einsatz neuer Technologien zu meistern sind. Hinzu kommt, dass mit dem Einsatz neuer Technologien auf Seiten der Adressatengruppen veränderte Erwartungshaltungen erzeugt werden. Von Informationsanbietern werden vor allem zeitnahe, informelle und individuelle Reaktionen erwartet. Dies gilt besonders bei

der Verwendung von Social Media wie Facebook, Twitter, YouTube oder Blogs und Foren, die zu den bevorzugten Kommunikationsmitteln junger Menschen zählen (vgl. Mende u. a. 2013; van Eimeren und Frees 2014).

» Erweiterte Kommunikationsmöglichkeiten

Der Einsatz dieser neuen Social Media markiert aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive eine neue, bislang dritte Entwicklungsstufe internetbasierter Kommunikation, die Informationsanbieter in der Aufklärungsarbeit nutzen können.

Nach Ludwigs (2011) sowie Ludwigs und Nöcker (2014) werden auf der ersten Stufe, der statischen Informationsübermittlung, Inhalte z. B. in Gestalt von Text-, Bild und Filmmaterialien über Webseiten an die jeweiligen Zielgruppen disseminiert. Dies entspricht aus kommunikationstheoretischer Perspektive dem klassischen Sender-Empfänger-Modell, bei dem nur in einer Richtung kommuniziert wird. Das Internet fungiert hier wie eine permanent erreichbare Bibliothek, in der eine Vielzahl von (gesundheitsrelevanten) Informationen abgelegt und in virtuellen Schubladen und Regalen für verschiedene Zielgruppen auf Abruf bereitgehalten werden. Der Anspruch, gesundheitsförderliches Verhalten anzustoßen oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu modifizieren, konzentriert sich dabei auf die Vermittlung von Wissen oder die appellhaften Impulse durch spezifische Botschaften.

Auf der zweiten Stufe (Interaktion) nutzen die Anbieter und Träger von Gesundheitsinformationsdiensten die Chancen zur Interaktion und Dialog, die das Internet bereithält. Es bietet z. B. individuell konfigurierbare Selbstbewertungs- oder Beobachtungstests an und veröffentlicht stellvertretend Meinungen von Mitgliedern der Zielgruppe. Zentrales Anliegen ist es dabei, unterschiedliche Adressatengruppen durch ein differenziertes Angebot zu interessieren, zu involvieren und persönliches Interesse zu wecken, indem der individuelle Nutzen- und Erlebniswert des Angebotes gesteigert wird. Die dialogischen Kommunikationsmöglichkeiten werden dabei nur vereinzelt genutzt. Auch auf dieser zweiten Stufe dominiert noch die Vorstellung von Kommunikation als einem Transaktionsprozess von Information, der weitgehend vom Sender dominiert ist.

Auf der dritten Stufe schließlich entstehen neue Beziehungskonstellationen durch Vernetzung und Kollaboration. Das klassische Sender-Empfänger-Schema ist dabei aufgehoben, jeder Akteur kann beide Positionen zugleich besetzen und die Kommunikation wird als reziprok wahrgenommen. Die zuvor noch als Adressaten angesehenen Zielgruppen haben nun die Möglichkeit, Informationen selbst zu produzieren, Vorgefundenes zu kommentieren und zu bewerten. Das geschieht auf jeder Qualitätsstufe, vom einfachen Kommentar oder Foreneintrag bis hin zum wissenschaftlichen Fachartikel oder Blogbeitrag. Gleichzeitig entstehen neue, zusätzliche Kommunikationseffekte. So bezeichnet der Begriff »virale Kommunikation« den Effekt einer sich blitzartig ausbreitenden Information (z. B. Videoclip) in Netzwerken von Nutzern, die eine Information weitergeben, darauf hinweisen oder gar empfehlen. Dabei kann die Empfehlung in ihrer Bedeutung und Relevanz zusätzlich »aufgeladen« werden. Als weiterer Effekt entsteht eine indirekte Kommunikation mit den Zuschauern, die z. B. einen Blogeintrag lesen und so als erweiterte Adressatengruppe relevant werden.

Die auf dieser dritten Stufe beschriebenen erweiterten Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten, die sich aus der Anwendung von Social

Media ergeben, werden für die Gesundheitsförderung als zukunftsweisend und vielversprechend angesehen (Thackeray u. a. 2012). Allerdings ist das verfügbare praxisrelevante Wissen über die richtige Nutzung und ihre Effekte noch unbefriedigend, da hierzu weder national noch international ausreichend Studien vorliegen.

» Das Pilotprojekt Social Media (SoMe)

Angesichts dieser Situation entschied sich die BZgA im Anschluss an einen Expertenworkshop (BZgA 2011), einen eigenen Qualitätsentwicklungsprozess zu beginnen, in dessen Mittelpunkt die Entwicklung, der Einsatz und die Evaluation neuer Social Media-Anwendungen am Beispiel der Themenfelder Familienplanung und Sexualaufklärung stand.

Dazu wurde ein Pilotvorhaben zur »Verbesserung der Anwendungssicherheit und Wirksamkeit von Social Media in der Gesundheitsförderung« von August 2012 bis März 2014 durchgeführt. Als konkrete Erprobungsfelder wurden die Webseiten www.familienplanung.de und www.loveline.de bestimmt. Auf diesen Websites sollten insbesondere Schwangere (ab 20 Jahren) bzw. Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren als Zielgruppen angesprochen werden.

Als zentrale Anforderungen wurden sieben Teilziele für das Vorhaben definiert:

- Das Verständnis der Wirkmechanismen von Social Media-Instrumenten für die Aufklärungsarbeit der BZgA (Handlungs-/Interventionstheorie) ist vertieft.
- Die Kenntnisse über spezifische Ansprachewege für zwei Zielgruppen in den Arbeitsfeldern Sexualaufklärung und Familienplanung und zur Akzeptanz der neuen Kommunikationsbeziehung (Institution spricht als »Person«) sind erweitert.
- Transfer von und Verknüpfung mit Erkenntnissen anderer BZgA-Arbeitsbereiche ist realisiert.
- Planungskriterien zur Einschätzung des Personaleinsatzes sind definiert.
- Geeignete Evaluationsinstrumente sind identifiziert und eine Evaluationsstrategie ist ausgearbeitet.
- Entscheidungshilfen zur Beurteilung strategischer Fragen für den Einsatz von Social Media liegen vor.
- Die Ergebnisse sind in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht.

Die Teilziele verdeutlichen den besonderen Charakter dieses Pilotprojektes als ein typisches Ressortforschungsvorhaben, das neben einer Forschungskomponente (Evaluation) auch eine Entwicklungskomponente (Medienerprobung) enthält. So sollte der praktische Umgang beim Einsatz von neuen Instrumenten auf Seiten der involvierten Akteure (Fachreferate) geschult und daneben die neu konzeptionierten Instrumente in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit und Wirkung in der Kommunikation evaluiert werden. Die im Projektverlauf gesammelten Erfahrungen und generierten Forschungsergebnisse sollten schließlich einen empirisch begründbaren Einsatz der ausgewählten Medien gestatten oder zur Zurückweisung bzw. Modifikation nicht bewährter Anwendungen führen. Dies war verbundenen mit der Vorstellung, am Ende des Untersuchungsprozesses im besten Fall zu Aussagen über die generische Eignung der erprobten Medientypen (Blog, Foren, Facebook-Profil) für die Aufklärungsarbeit zu gelangen.

Projektdesign und Vorgehen

Die Auswahl der Anwendungen, die erprobt wurden, war nicht a priori vorgeben, sondern wurde im Zuge der Durchführung des Projekts im Rahmen des angewandten Preced Proceed-Models (Seibt 2011) entschieden. Das neunstufige Model empfiehlt zu Beginn eine breit angelegte, mehrstufige Analyse der Ausgangssituation unter Beteiligung der Zielgruppen. Dies geschah durch eigene Online-Recherchen und durch Beobachtung von ausgewählten, themenähnlichen (fremden) Foren sowie einer unmittelbaren Befragung der Zielgruppen im Rahmen des 1. Onlinepanels (siehe Evaluationsdesign).

Aus den in den Analysephasen generierten Erkenntnissen wurden in enger Zusammenarbeit mit einer Medienagentur schließlich fünf verschiedene Interventionselemente ausgewählt und für die experimentelle Phase ausgearbeitet

Die experimentelle Erprobung erstreckte sich dabei auf folgende Anwendungen:

Facebook: In beiden Themenfeldern wurden eigenständige Facebook-Profile als Fanseiten mit Beiträgen durch eine Redaktion mit eigenen Beiträgen bespielt. Ergänzend wurde in Kooperation mit zwei jugendaffinen Testimonials (Vorbildern) aus der Musik- und Modebranche eine Platzierung von vorbereiteten Beiträgen auf deren Fanseiten geschaltet. Darüber hinaus wurde in geringem Umfang Werbung geschaltet und im Fall der Fanseite Familienplanung ein virtueller Aufkleber (Badge) zur Ergänzung des eigenen Profilfotos angeboten (siehe Abbildung 2).

Webcare: Hierunter wird die aktive Teilnahme von beauftragten Social Media-Redakteuren an der Kommunikation in fremden Foren verstanden. Die Kommentierung anderer Beiträge oder die Beantwortung gestellter Fragen wird als eine Form »virtuellen Streetworks« verstanden, das sich nicht nur an das jeweilige Gegenüber wendet, sondern darüber hinaus auf die ungleich größere Zahl von passiven Zuschauern zielt. Eine Variante dieses Vorgehens bestand in der Kooperation mit Forenbetreibern, die zur Einrichtung eines eigenen Themenbereichs, mit dem Ziel der Weiterleitung auf die BZgA-Seiten, gewonnen werden sollten.

» Abb. 2: Virtueller Aufkleber »Baby an Bord«

Blogger (Influencer) Relation: In der 1. Befragung Schwangerer (siehe 1. Testgruppe) war das Interesse der Zielgruppe an themenbezogenen Blogs bestätigt worden. Deshalb sollten Blogs mit hohem Bekanntheitsgrad identifiziert und für eine Kooperation mit www.familienplanung.de gewonnen werden. Ziel war es hier, neben einer Themenplatzierung, zusätzliche Besucher für die eigene Website zu generieren.

Crowdsourcing: Im Rahmen einer Neubearbeitung einer Sexualaufklärungsbroschüre sollte die Zielgruppe durch eine spezielle Website in die Entwicklung bzw. die Bewertung von Bildmaterial aktiv einbezogen werden. Hier sollte die Partizipationsbereitschaft erprobt werden.

Location Based Services: Foursquare war bei Projektbeginn mit etwa 20 Millionen Nutzern eine dynamisch wachsende Smartphone-Anwendung, die es registrierten Benutzern ermöglichte, ihren aktuellen Standort bekanntzugeben und sich so mit Freunden zu verbinden. Die Nutzer konnten

ihren aktuellen Standort auf Twitter und Facebook veröffentlichen und erhielten bei jedem Check-In dafür Punkte. Die Eignung der Applikation als neuer Zugangskanal sollte getestet werden.

Evaluationsdesign

Als Evaluationsdesign wurde ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Untersuchungsverfahren gewählt, deren Abfolge im Projektverlauf sowohl der Vorbereitung einzelner Projektphasen als auch der Ergebnisdokumentation und Interpretation diente.

Mit dem Gesamtset an Evaluationsschritten und Methoden konnte z. B. tatsächliches Nutzungsverhalten (Web Metrics) und bekundetes Nutzungsverhalten z. B. aus Einschätzungen der Onlinebefragung sowie Interviews und den Studiotests zusammengeführt und mögliche methodisch bedingte Differenzen durch diese Methoden-Triangulation kontrolliert werden. Insgesamt kamen sechs verschiedene Verfahren zum Einsatz:

1. *Testgruppe:* Die Befragungen der Nutzergruppen (Schwangere, Jugendliche) erfolgte in drei Untersuchungswellen auf der Basis eines Online-Panels (Untiedt Research Pool: www.testraum.de) mit mehr als 70.000 Testpersonen. Aus diesem Gesamtpool wurden Stichproben gezogen, die vorgegebenen Merkmalen (Schwangerschaft, Altersstufen, Geschlecht bei den Jugendlichen etc.) entsprachen. Die Probanden wurden während der Befragungen mehrfach auf Websites und Social Media-Angebote geleitet, um einen unmittelbaren Eindruck davon zu erhalten. Die Stichprobengrößen lagen bei durchschnittlich 197 (Schwangere) bzw. 250 (Jugendliche) Personen je Befragungswelle.
2. *Intensivinterviews:* Die vorwiegend quantitative Befragung der Testgruppe wurde durch qualitative Intensivinterviews flankiert. Sie dienten dazu, Aspekte der Nutzung zu identifizieren, die bei der Planung der standardisierten Befragungen nicht berücksichtigt wurden, sich aber in den Interviews als relevant erwiesen. Zusätzlich sollten Ergebnisse der quantitativen Befragung (2. und 3. Welle) inhaltlich vertieft und Interpretationshinweise für die in den Befragungswellen generierten Ergebnisse gegeben werden.
3. *Studiotests:* Die kontrollierte Testsituation mit dem Probanden vor einem Bildschirm und in Beisein eines Interviewers erlauben direktes Nachfragen sowie gezieltes Lenken der Beschäftigung. Das Nutzungsverhalten und daran anschließende kommunikative Folgehandlungen können beobachtet werden. Die Größe der Samples bei den Intensivinterviews und Studiotests war identisch (n=10 Schwangere bzw. n=14 Jugendliche).
4. *On-Site-Befragung:* Mit den On-Site-Befragungen wurden Besucher der beiden Webseiten, die sich aus eigener Motivation mit den Webangeboten befassten eingeladen und in die Analyse einbezogen. Die Befragung erfasste Verhalten aus Besuchersicht und ermittelte Präferenzen, Einschätzungen und Bedarfe. Insgesamt wurden 1.601 Schwangere bzw. 2.829 Jugendliche befragt.
5. *Social Media-Monitoring:* Die Analyse der Beiträge (Posts), Nutzung und Reaktionen auf Interventionen in Facebook, Foren, Crowdsourcing und Location Based-Services erfolgte vom 5. Juni bis 31. Dezember 2013: Analysiert wurden 29 Posts der Facebook-Fanpage von www.familienplanung.de und 52 von www.loveline.de sowie 34 Posts und anschließenden Threats des Foren-Webcare von www.familienplanung.de und 56 von www.loveline.de.

6. *Web Metrics Analyse:* Nutzung des Analysetools Piwik für die Erfassung des Traffic auf den Websiteswww.familienplanung.de und www.loveline.de und der Werkzeuge Facebook Insights sowie bitly (trackbare Links) für FB-Interventionen vom 5. Juni bis 31. Dezember 2013.

Ergebnisse

Das Projekt hat neben den experimentellen Ergebnissen zu den durchgeführten Interventionen eine detailreiche Einsicht in das allgemeine und spezifische Nutzungsverhalten der Zielgruppen und ihre Sicht auf die Kommunikationsangebote der BZgA ergeben.

Eine ausführliche und differenzierte Darstellung der Ergebnisse erscheint in Kürze in der BZgA-Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«. Für das hier fokussierte Thema der Qualitätsentwicklung mediengestützter Kommunikation (via Internet) soll an dieser Stelle jedoch auf einige zentrale Befunde eingegangen werden, die für die weitere konzeptionelle Ausrichtung von Bedeutung sind.

Zugang und Nutzung

Wie erwartet nutzen beide Zielgruppen Social Media in hohem Maße, insbesondere soziale Netzwerkseiten (SNS) wie Facebook (FB). Fast 89 % der befragten Schwangeren und 92 % der Jugendlichen verwenden diese Angebote. Frage-Antwort-Seiten (FAS) und Foren werden ebenfalls häufig aufgesucht, jedoch wie zu erwarten mit geringerer Frequenz. Mehr als zwei Drittel der Schwangeren nutzen FAS und fast die Hälfte Foren, diese sogar zu mehr als einem Drittel mindestens täglich. 99 % der Schwangeren und 61 % der Jugendlichen informieren sich über das Internet über Schwangerschaft bzw. Themen der Sexualaufklärung oder um sich auszutauschen, und 91 % der Schwangeren haben dazu auch bereits Foren und bzw. oder FAS aufgesucht.

Damit erweisen sich die SNS, FAS und Foren als gut geeignet, die Zielgruppen auch mit ihren thematischen Interessen dort zu erreichen. Allerdings gibt es keine Hinweise auf eine solche exklusive Erreichbarkeit durch Social Media. Social Media ergänzen, aber verdrängen klassische (Online-) Quellen bei weitem nicht. Damit bleibt die Hauptinformationsquelle für die Zielgruppen die Homepage.

Bei der Suche nach Informationen zum Thema setzen beide Zielgruppen vorrangig auf die Nutzung von Suchmaschinen, obwohl ihnen bereits durch die Tests andere Wege bzw. Quellen bekannt waren. Dieser Befund unterstreicht die besondere Relevanz des Suchmaschinenranking für alle Aufklärungsthemen und Inhalte. Dies ist bei der Entwicklung einer digitalen Medienstrategie zu beachten.

Facebook-Profile

Insgesamt wurden im zwanzigwöchigen Erhebungszeitraum 9.367 (Familienplanung) bzw. 28.257 (Loveline) Facebook Views gezählt. Die Summe der durch die Fanseite veranlassten Besuche auf den Webseiten www.familienplanung.de (313) bzw. www.loveline.de (1.404) war mäßig. Reichweiten und Effekte wie Besuche entsprachen nicht den Erwartungen. Die Facebook-Kooperationen mit den prominenten Personen erfüllten die Lenkungsfunktion deutlich besser, jedoch kamen die Kooperationen nur durch Honorarzahlungen zu Stande. Die Lenkungsrate aus Forenkooperationen mit anderen themenverwandten Fanseiten (z. B. www.urbia.de) war gering. Die eingesetzten Werbemittel für Anzeigen führten zwar zu sehr hohen Reichweiten (4 Millionen), konnten aber nur vergleichsweise wenige und damit »teure« zusätzliche Besucherzahlen (<2,3 Euro p.p.) generieren. Insgesamt eignen sich die beiden Fanpages weni-

ger dazu, auf die eigenen Webauftritte zu lenken, sondern können nur als Visitenkarten auf einem anderen Kanal angesehen werden.

Hauptgrund für unbefriedigende Reichweiten und Effekte dürfte sein, dass Mechanismen der Viralität bei Facebook in den vorliegenden Fällen nicht ausreichend in Gang gesetzt werden konnten. Weitere Auswertungen, insbesondere die Ergebnisse der Intensivinterviews verweisen darauf, dass die fehlende Viralität unmittelbar mit den Themen selbst und weniger mit der Präsentation und Qualität der Posts und Inhalte zu sehen ist. Schwangere und Jugendliche scheuen bei diesen Themen Facebook bzw. den offen sichtbaren Auftritt dort wegen fehlender Anonymität. Die erfolgreiche Nutzung von Facebook-Profilen ist somit wesentlich davon abhängig, welche Themen angesprochen werden.

Foren-Webcare

Das Webcare in vier Foren rund um Schwangerschaft und drei Foren mit Themen der Sexualaufklärung für Jugendliche führte zu einer Resonanz von 24.766 bzw. 51.667 Views sowie 184 zusätzliche Seitenbesuchen auf www.familienplanung.de und 334 auf www.loveline.de. Die Anzahl aller Views lag damit mehr als doppelt so hoch wie bei den Facebook-Views. Grundlage für das Webcare in allen Foren war die vor ihrem Einsatz ermittelte Akzeptanz der Social Media-Redakteure als Vertreter einer Bundesbehörde in »privaten« Foren. Die Erkennbarkeit der Antwort als Experten-Antwort wurde von den Nutzern als wichtig angesehen, ihre Beiträge wurden ausdrücklich begrüßt. Studiotests und Intensivinterviews zeigten darüber hinaus, dass die Wahrnehmung der BZgA als »amtliche Aufklärungsinstanz« positiv und als besonders glaubwürdig auch im Vergleich mit den anderen Antworten im jeweiligen Thread wahrgenommen wurde.

Aufgrund der insgesamt positiven Bewertungen erscheint das Webcare als eine innovative und praktikable Methode, um mit einzelnen Mitgliedern spezieller Zielgruppen auch außerhalb der eigenen Internetpräsenzen in direkten, individuellen Kontakt treten zu können. Die Beantwortung einzelner, individueller Beiträge ist dabei nur ein Teilziel. Der kommunikative Mehrwert eines solchen Vorgehens liegt in der Sichtbarkeit der Threads für die sehr viel größere, passive Leserschaft der Beiträge, die über Suchmaschinen oder als ständige Besucher der Foren auf diese Information aufmerksam werden. Damit einher geht auch die Möglichkeit einer inhaltlichen Einflussnahme auf die Diskurse, indem sich andere Akteure auf diese Information beziehen. Schließlich sollten in diesem Kontext auch die Lerneffekte für die professionellen Akteure nicht unbeachtet bleiben. Durch die direkte Kommunikation mit der Zielgruppe ergaben sich zusätzliche Einsichten, z. B. wie die Zielgruppen reagieren und welche Themen wie ansprechbar sind. Damit wird ein wichtiges neues Element zur Verbesserung der institutionellen Gesundheitskompetenz (vgl. dazu Pelikan u. a. 2014) eingeführt.

Blogs

Die Erprobung von Blog-Kooperationen sollte ausschließlich im Themenfeld Familienplanung erfolgen. Beim Thema Schwangerschaft als Blog-Thema gelang es jedoch nicht, die angesprochenen Blogerinnen zu Blogbeiträgen zu bewegen. Auch knüpfen Blogger an die Zusammenarbeit mit Partnern in der Regel Erwartungen (z. B. frühzeitige, exklusive Information), die für eine öffentliche Einrichtung kaum zu realisieren sind. Die Ansprache der Zielgruppe über ein BZgA-eigenes Blog unter Beteiligung von Gastbloggern im Rahmen der Familienplanung wird jedoch in künftige Überlegungen einbezogen.

Crowdsourcing und Location Based-Services
Für eine Sexualaufklärungsbroschüre sollte die Zielgruppe aktiv in die Entwicklung bzw. die Bewertung des Bildmaterials einbezogen werden. Dieses Vorhaben konnte im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossen werden und befindet sich noch in der Auswertung. Die sogenannten Location Based-Services, zu denen auch die Applikation Foursquare zählt, werden weiterhin in Medien- und Branchendiensten boomend eingeschätzt. Im Fall Foursquare wurde aber vom Betreiber während des Projektverlaufs die soziale Vernetzungskomponente ausgegliedert, so dass die Auswertung nicht aussagefähig war.

Fazit
Die im Projektverlauf gesammelten Erfahrungen haben wesentlich zur Verbesserung der Anwendungssicherheit und Beurteilung der Eignung der eingesetzten Medien in den beiden Praxisfeldern beigetragen. Ein Transfer in andere Handlungsfelder bzw. ein Zusammenführen mit den Erfahrungen aus anderen Fachbereichen steht noch aus.

Der mit der experimentellen Erprobung und für die Beantwortung der Forschungsfragen notwendige Aufwand erscheint aber in dieser Form für die Bearbeitung künftiger Fragestellungen als Routineanwendung nur bedingt geeignet. Zum einen wegen der besonderen Bedingungen, die für derartige Projekte erfüllt werden müssen, wie zusätzliche finanzielle Ressourcen, eine intensive Kooperation von Forschern und Praktikern sowie der Möglichkeit zur ergebnisoffenen Erprobung (Fehlerfreundlichkeit). Zum andern, weil die eingesetzten Kommunikationsinstrumente selbst einem ebenso raschen Wandel unterliegen wie die Nutzungspräferenzen der Zielgruppen.

Die zu Projektbeginn formulierte Erwartung, am Ende Aussagen über die generische Eignung der erprobten Medientypen treffen zu können, hat sich so nicht erfüllt. Herausgearbeitet wurde stattdessen, dass die verschiedenen Social Media-Angebote jeweils mit Blick auf die Adressaten (Wer nutzt was wozu?), die kommunikativen Ziele (Information, Reflexion, Beratung) und die möglichen Themenbesonderheiten (z. B. Intimität) sorgfältig zu unterscheiden und auszuwählen sind. Nur unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen können Social Media sinnvoll genutzt werden.

Die Einführung von Social Media zur Kommunikation ist mit der Anwendung früherer Kommunikationsmittel und -kanäle (z. B. AV-Medien) kaum vergleichbar. Denn sie erfordert eine immer differenzierter werdende Planungs-, Ausgestaltungs- und Anpassungsflexibilität der Angebote, gerade weil diese Instrumente erstmalig ein so spezifisches Eingehen auf die Interessen und Bedarfe möglich machen. Gleichzeitig werden die negativen Reaktionen auf nicht passgenaue, unattraktive Angebote in Form von geringer Inanspruchnahme und Beteiligung unmittelbar sichtbar und erzeugen Handlungsdruck. Damit steigen für die Anbieter von Gesundheitsinformationen die Anforderungen auch unter einer Qualitätsprämisse erheblich.

Als Reaktion darauf bieten sich zwei Ansatzpunkte an.

Erstens ist die im Pilotprojekt angewandte Preced Proceed-Systematik in einer vereinfachten und reduzierten Form direkt in die Planungs- und Entwicklungsarbeit aufzunehmen. Wie dies aussehen kann, zeigen die Leitfragen auf der nächsten Seite. Sie erleichtern zielgerichtetes Handeln für künftiges Social Media-Engagement.

Zweitens sind die aus der Kommunikation generierbaren Daten (Webmetriken) einer systematischen Bewertung und Analyse quer über die unterschiedlichen Arbeitsfelder zu unterwerfen und

Leitfragen für das Social Media-Engagement

1. **Situationsanalyse der Ausgangslage**
   Der Fokus liegt hier auf einer Analyse der Ausgangslage und vorläufigen Einschätzung des Social Media (SoMe)-Potentials.
   – Wie sieht das Umfeld aus? Ist das Thema zur Ansprache über SoMe geeignet?
   – Wie »heikel« ist das Thema? Wie bedeutsam sind Anonymität und Diskretion?
   – Sind die erforderlichen Ressourcen vorhanden (Inhalte, Personen, Expertise)?

2. **Strategieentwicklung (Zieldefinition)**
   Die Auswertung der ersten Phase ist die Grundlage für die strategische Planung. Hierzu gehört die Definition der Ziele, der zu erreichenden Bezugsgruppen und der Leitlinien für das operative Handeln.
   – Wen wollen und können wir ansprechen?
   – Was ist das Kommunikationsziel (Aufmerksamkeit? Wissensvermittlung?)?
   – Verbessert die Aktivität die Auffindbarkeit in Suchmaschinen (SEO)?
   – Welche Rolle haben die SoMe-Maßnahmen für die gesamte Kommunikation (Kampagne)?
   – Lassen sich messbare Ziele formulieren? Welche Kennziffern definieren Erfolg?

3. **Konzeptionsentwicklung (Maßnahmen und Inhalte)**
   Im dritten Schritt geht es um die Konkretisierung der Maßnahmenausgestaltung, der Plattform Auswahl und die Dramaturgie des SoMe-Engagements.
   – Welche Kanäle sollen genutzt werden? Fremde oder eigene Plattformen?
   – Wo sollen Nutzer und Nutzerinnen hingeführt werden?
   – Welche Inhalte sollen angeboten werden? Wer sind möglicherweise Kooperationspartner?
   – Wie soll auf erwartbare Fragen/Ereignisse reagiert werden?
   – Welche Messinstrumente stehen zur Verfügung?

4. **Prozessgestaltung (Steuerung)**
   In diesem Schritt geht es darum, wie das SoMe-Engagement dauerhaft gesichert und auf Anforderung zum Feedback oder zur Diskussionen zeitnah reagiert werden kann.
   – Wer muss eingebunden werden? Welche institutionellen Abläufe und Regeln sind zu beachten?
   – Gibt es eine Aufgabenteilung?
   – Wie soll mit kritischen Beiträgen umgegangen werden?
   – Was kann inhaltlich vorbereitet werden?
   – Welches Wissen muss vorher angeeignet werden?
   – Welche zusätzlichen technischen Hilfsmittel werden benötigt (Software, Hardware, etc.)?

5. **Durchführung**
   An dieser Stelle geht es um die Umsetzung der bis hierher geplanten Some-Maßnahmen mit externen und internen Akteuren.
   – Sind Anforderungen und Ressourcen im Gleichgewicht?
   – Wie können Anforderungsspitzen aufgefangen werden?
   – Was fördert/behindert die persönliche Identifikation mit der Arbeit, insbesondere den Kontakt mit den Zielgruppen?

6. **Evaluation**
   – In welchen Zeitabständen sollen Aktivitäten überprüft und bewertet werden?
   – Welche qualitativen und quantitativen Verfahren stehen zur Verfügung?
   – Welche Art von Hinweisen zur Optimierung der Aktivitäten können generiert werden?
   – Welche Maßnahmen tragen zur Erreichung der oben definierten Ziele bei?
   – Was sind die Stärken bzw. Schwächen der eigenen Angebote?

zur Entwicklung eines Bewertungsinstrumentes unter Berücksichtigung relevanter Merkmalsunterschiede (Zielgruppengröße, Thema, Ressourcenausstattung) zu verknüpfen. Bislang können verfügbare Daten (z. B. Besucherzahlen) nur quantitativ betrachtet (grösser/kleiner) werden, ohne dass sie weiter interpretierbar wären. Erst über eine Benchmark, d. h. einen Maßstab, der andere, vergleichbare Projektdaten erfasst, lassen sich Anhaltspunkte dafür finden, wie die eigenen Daten bewertet werden können. Die Notwendigkeit diesen Prozess einer übergreifenden systematischen Datenauswertung zu beginnen, wird mit dem fortschreitenden Einsatz der Internettechnologien immer dringender.

» Ausblick

Eine Prognose darüber, wie und in welche Richtung sich der weitere Medienwandel vollziehen und der Einsatz des Social Web für Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung gestalten wird, ist derzeit kaum möglich. Gewiss ist dagegen, dass die Digitalisierung unserer Lebenswelt und Kommunikation keine vorübergehende Mode ist, sondern mit einem nachhaltigen Strukturwandel in immer mehr Lebensbereichen einhergeht, und dieser Wandel immer deutlicher hervortritt. Ein solcher Wandel wird derzeit auch im Gesundheitswesen angestoßen, basierend auf der Digitalen Agenda 2020 der EU-Kommission und ihrem Aktionsplan zu eHealth (Innovative healthcare for the 21st century: www.ec.europa.eu/digital-agenda/en/innovative-healthcare-21st-century).

Als besonders förderungswürdig gilt dort die Unterstützung von digitalen medizinischen Verfahren und Praktiken, den sogenannten mHealth-Diensten. Das sind neben medizinischen Geräten zum Monitoring von Vitaldaten (z. B. Blutdruck, Energieverbrauch) vor allem Smartphone-Applikationen mit direkter Verknüpfung zu Webseiten inklusive sozialer Komponenten. Inzwischen sind nach einer Schätzung der EU (Juni 2014) bereits 97.000 mHealth-Applikationen verfügbar. Die Mehrzahl davon wird im Kontext von Fitness und Lifestyle-Programmen genutzt. Ihre Erprobung und Entwicklung fördert die EU-Kommission im Kontext des Forschungsprogramms Horizon 2020 allein im Jahr 2014 mit fast 60 Million Euro.

Es erscheint naheliegend davon auszugehen, dass eine so massiv angestoßene Entwicklung auch für die Qualitätsentwicklung von digitalen Medien der Prävention und Gesundheitsförderung weitere Impulse und zugleich Herausforderungen mit sich bringen wird.

» Literatur

BZgA (Hg.) (1998): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 5. Prävention des Ecstasykonsums. Köln.

BZgA (Hg.) (2001): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 14. Ecstasy – »Einbahnstrasse« in die Abhängigkeit? Köln.

BZgA (Hg.) (2011): Gesundheitsförderung konkret Band 16. Web 2.0 und Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Köln.

van Eimeren, B.; Frees, B. (2014): 79 Prozent der Deutschen online – Zuwachs bei mobiler Internetnutzung und Bewegtbild. In: Media Perspektiven 7–8, S. 378–396.

Ludwigs, S. (2011): Potenziale von Web 2.0 und Social Media für die gesundheitliche Aufklärung. In: BZgA (Hg.) (2011): Gesundheitsförderung konkret Band 16. Köln, S. 33–68.

Ludwigs, S.; Nöcker, G. (2014): Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Online verfügbar unter www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote (Zugriff am 23.12.2014).

Mende, A.; Oehmichen, E.; Schröter, C. (2013): Gestaltwandel und Aneignungsdynamik des Internets. In: media Perspektiven 1/2013, S. 33–49.

Nöcker, G. (2001): www.drugcom.de – Suchtvorbeugung via Internet. In: Prävention, 4/2001, 24. Jahrgang, S. 111–113.

Pelikan, J. M.; Ganahl, K.; Röthlin, F. (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. In: Gesundheitswissenschaften 41, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Linz. Online verfügbar: www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.576364&action=b&cacheability=PAGE [Zugriff 02.12.2014].

Sachverständigenrat (2005): Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitsweisen Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Online verfügbar: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505670.pdf [Zugriff 02.12.2014].

Seibt, A. C. (2011): Precede/Proceed-Modell. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Werbach-Gamburg, S. 448–452.

Thackeray, R.; Neiger, B. L.; Smith, A. K.; Van Wagenen, S. B. (2012): Adoption and use of social media among public health departments, BMC Public Health 2012, 12:242, DOI 10.1186/1471-2458-12-242. Online verfügbar: www.biomedcentral.com/1471-2458/12/242 [Zugriff 02.12.2014].

05

Lebensphasen und Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung

Frühe Hilfen als präventiver Beitrag zur Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenz – Konzepte und Ansätze im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Manfred Cierpka und Ute Thyen

Entstehungsgeschichte des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Familien und Kindern und Soziale Frühwarnsysteme« eingerichtet, um den Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland zu fördern. Es wurde zur Koordinierungsstelle des Bundes für die Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen mit Sitz in Köln. Träger sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in München. Die Aufgaben des NZFH sind vielfältig:

– Als Wissensplattform erarbeitet das NZFH wissenschaftliche Grundlagen für die Praxis. Ziel dieses Schwerpunktes ist es, Forschungslücken

im Bereich der Frühen Hilfen zu schließen und das bereits vorhandene Wissen so aufzubereiten, dass Akteure vor Ort davon profitieren können.
- Im Sinne eines Transfers soll gute Praxis in alle Regionen Deutschlands übertragen werden. Im Vordergrund dabei steht die Unterstützung der staatlichen und nicht-staatlichen Akteure beim Auf- und Ausbau und der Weiterentwicklung der Frühen Hilfen. Ziel ist es, die erprobten positiven Ansätze aus Modellvorhaben dauerhaft in die Regelversorgung zu implementieren.
- Auf die Qualifizierung der Fachkräfte im Netzwerk soll geachtet werden: Die Maßnahmen sollen Kompetenzen stärken und interdisziplinäres Lernen ermöglichen. Ein wichtiges Arbeitsfeld des NZFH ist der Bereich der professionsübergreifenden Fort- und Weiterbildungen und des interdisziplinären Lernens.
- Das NZFH ist auch zuständig für die Kommunikation mit der Öffentlichkeit, es soll für Frühe Hilfen werben. Aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt die Tätigkeit des NZFH und macht die Aufgaben und Ergebnisse transparent.

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft. Im Artikel 1 ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) verankert, in dem wiederum die »Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« (§ 3 Abs. 4 KKG) enthalten ist. Durch sie soll der Aus- und Aufbau sowie die Weiterentwicklung der kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen gefördert werden; ebenso der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen. Darüber hinaus können auch ehrenamtliche Strukturen in den Frühen Hilfen gefördert werden. Hierzu hat der Bund für das Jahr 2012 30 Millionen Euro, für das kommende Jahr 45 Millionen Euro und für die Jahre 2014 und 2015 jeweils 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Ausgestaltung der »Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« (kurz: »Bundesinitiative Frühe Hilfen«) wurde in einer Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern geregelt. Die Mittel werden vom Bund an die Länder nach einem zuvor festgelegten Schlüssel weitergegeben, die Länder wiederum geben die Mittel nach Antrag an die Kommunen weiter. Sie legen ihrerseits im Rahmen der in der Verwaltungsvereinbarung festgelegten Fördergegenstände eigene Schwerpunkte, damit sich die Bundesinitiative nahtlos an den Länderkonzepten und den bisherigen Maßnahmen zu den Frühen Hilfen in den Ländern anschließen kann.

Frühe Hilfen versuchen förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien zu schaffen und zu stärken, um ihnen von Anfang an ein möglichst gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen. Die Ziele für die Frühen Hilfen leiten sich von der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen ab, wonach alle Kinder Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe haben, unabhängig von der »Rasse, der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, einer Behinderung, der Geburt oder des sonstigen Status des Kindes, seiner Eltern oder seines Vormundes« (Art. 2 Abs. 1 KRK, vergleiche Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2014).

Frühe Hilfen werden im Gesundheitssystem auch als primäre und sekundäre Prävention verstanden und folgen so dem Anspruch der WHO, wie er in der »Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung« 1986 festgelegt wurde: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen.« Das Konzept der Frühen Hilfen greift ferner die Leitidee der pädagogischen Frühförderung vom Deutschen Bildungsrat von 1973 auf, in dem zunächst Frühe Hilfen für sozial deprivierte Kinder

konzipiert wurden (zu diesen Bezügen vergleiche Thyen und Pott 2015). Frühe Hilfen sind im Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) – als Aufgaben und Leistungen definiert. In § 16 Abs. 3 SGB VIII heißt es, dass Müttern und Vätern sowie schwangeren Frauen und werdenden Vätern Beratung und Hilfe in Fragen der Partnerschaft und des Aufbaus elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zusteht.

» Wissenschaftliche Grundlagen für den Ausbau der Frühen Hilfen

Neue Forschungsergebnisse aus der Entwicklungspsychologie, den Neurowissenschaften und der Humangenetik inklusive Epigenetik weisen darauf hin, dass eine sehr belastete Kindheit zusammen mit Gewalterfahrungen nicht nur seelische, sondern auch körperliche Folgen haben kann (Egle und Hardt 2012). Ungünstige Umweltbedingungen im Vorschulalter und hier besonders in den ersten drei Lebensjahren führen zu einer erhöhten Stressvulnerabilität im Erwachsenenalter. Dies kann Konsequenzen für die neurobiologische und psychologische Reifung und Entwicklung des Individuums haben. Gewalterfahrungen in der Kindheit wie Missbrauch und bzw. oder Misshandlung haben vielfältige Auswirkungen auf das Beziehungserleben eines Kindes, insbesondere dann, wenn die Erfahrungen traumatisierend waren. Diese Traumatisierungen können zu hirnstrukturellen Veränderungen und zu Veränderungen in den neurohumoralen Systemen führen: Je früher im Leben desto mehr, je länger desto ausgeprägter. Im Erwachsenenalter können sich diese Belastungen verstärken. Vermittelt durch Risikoverhaltensweisen wie Alkohol, Übergewicht und Rauchen führen sie mit erhöhten Wahrscheinlichkeiten des Auftretens zu körperlichen Erkrankungen (koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Altersdiabetes, bestimmte Krebserkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung), ebenso zu psychischen Erkrankungen (Angsterkrankung, Depression, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörung). Die schwereren Persönlichkeitsstörungen erhöhen das Risiko für Delinquenz und Kriminalität (vergleiche Johnson u. a. 2001).

Wesentliche Beiträge zum Verständnis des Zusammenhangs von früher Belastung, Stresserleben und entstehendem Risiko kommen aus der Bindungsforschung. Ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis eines Kindes kann neben verhaltensbezogenen Konsequenzen auch psychobiologische Folgen haben und dabei die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystems beeinträchtigen. Experimentelle Untersuchungen belegen eine enge Verknüpfung zwischen frühen Bindungsstörungen einerseits und endokrinen Reaktionen des Stressverarbeitungssystems und körperlichem Wachstum andererseits. Diese Faktoren können über mehrere Generationen wirksam werden (Übersicht bei Egle und Hardt 2012; Cierpka u. a. 2011). Schon die materiellen und sozialen Lebensumstände und seelische Belastungen von Frauen während der Schwangerschaft haben einen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern (Strüber u. a. 2014), sodass Frühe Hilfen folgerichtig bereits Angebote an werdende Eltern machen sollten (Braveman und Barclay 2009).

Das Verständnis dieser neurobiologischen und verhaltensbezogenen Entwicklungsprozesse führte zur Konzeption von Maßnahmen in der frühen Kindheit im Sinne einer präventiven Intervention (siehe Cierpka 2012): Die Maßnahmen schließen »Zwei-Generationen-Programme« als kind- und elternzentrierte Maßnahmen neben den sozial-ökologisch

orientierten Interventionen ein. Gerade bei sehr jungen Kindern soll die Förderung der Entwicklungspotentiale der Eltern, die Stärkung bei der Umsetzung ihrer eigenen Lebensziele und die Befähigung zur aktiven Teilhabe an der Gesellschaft helfen, den Kindern angemessene Umgebungsbedingungen für ihre Reifung und Entwicklung zu schaffen.

Präventive Interventionen sind insofern auch ein Beitrag in der psychosozialen Versorgung in Deutschland. Neben dem psychiatrisch bzw. psychotherapeutischen Versorgungssystem zur Behandlung von psychischen Erkrankungen, dem Auf- und Ausbau der Beratungsstellen, z. B. zur Erziehungshilfe oder bei Partnerschaftskonflikten, ergänzen Frühe Hilfen als präventive Maßnahmen ein dreistufiges Konzept der Versorgung: basal und niedrigschwellig die präventive Begleitung von Eltern, als umgrenzte Intervention die psychosoziale Beratung von Paaren und Eltern und als intensivste Intervention die psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung bei psychischen Erkrankungen. Diese kann inzwischen als Eltern-Säuglings bzw. Kleinkind-Therapie schon in der frühen Kindheit als »frühe Intervention« angewendet werden. Entsprechend dem Hilfebedarf sollte die Indikation für Begleitung, Beratung oder Therapie gestellt werden.

» Wissenschaftliche Studien des NZFH

Als Wissensbasis für die Implementierung der Frühen Hilfen in Deutschland kann auf die Erfahrungen und Ergebnisse der Modellprojekte des NZFH zu Frühen Hilfen zurückgegriffen werden. Um Ansätze von Frühen Hilfen weiter zu entwickeln, hat das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit den Ländern von 2007 bis 2010 Praxismodelle Früher Hilfen und deren wissenschaftliche Begleitung gefördert. In ihrer Vielfalt spiegeln die zehn Modellprojekte, die in allen 16 Bundesländern verortet waren bzw. aktuell weiterhin verortet sind, die gewachsene Hilfelandschaft in Deutschland gut wider. Die Modellprojekte sind auf der Homepage des NZFH nachzulesen (www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen).

Ziel dieser Programme ist es, durch Frühe Hilfen die Eltern-Kind-Interaktion positiv zu beeinflussen und so zu wechselseitig guten Beziehungen zwischen Kind und Eltern beizutragen. Die elterlichen Kompetenzen wurden und werden in den einzelnen Projekten mit unterschiedlichen Maßnahmen gefördert. Vergleichende Untersuchungen zu den Effekten sind angestrebt. Die hoch belasteten Familien, bei denen die größte Hilfe vonnöten ist, sollten vorrangig erreicht und unterstützt werden.

Inhaltlich konzentrierten sich mehrere Modellversuche auf die Evaluation der Arbeit von Familienhebammen, ein niedrigschwelliges Angebot früher Unterstützung. Weitere Schwerpunkte waren die wissenschaftliche Begleitung spezieller, nach Bedarf auch hoch dosierter Hilfeformen und Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen Akteuren unterschiedlicher Hilfesysteme, insbesondere des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Die Modellprojekte unterschieden sich nicht nur hinsichtlich der Praxisangebote und Untersuchungsschwerpunkte, sondern auch hinsichtlich des Forschungsdesigns und der Stichprobenauswahl stark voneinander. Dennoch hatten sie ein gemeinsames Anliegen: Die Erforschung der Wirkungsvoraussetzungen und Wirkungen der verschiedenen Ansätze Früher Hilfen. Da die Modellprojekte unabhängig voneinander ihre Forschungsdesigns entwickelten und verschiedene Methoden zur Evaluation nutzen, konnten nur einzelne übergreifende Aspekte durch

eine begleitende Evaluationsforschung des NZFH mittels Projektbefragungen dargestellt werden. Inzwischen liegen zahlreiche Erkenntnisse zu den Wirkungsvoraussetzungen verschiedener Ansätze Früher Hilfen sowie zu den verschiedenen Möglichkeiten ihrer schrittweisen Optimierung vor (Renner und Heimeshoff 2010; Renner und Sann 2010).

Vier Modellprojekte haben ein Forschungsdesign realisiert, das nicht nur die Erforschung von Wirkungsvoraussetzungen ermöglichte, sondern auch zur Analyse der Wirkung des Hilfeansatzes geeignet war. Ein Beispiel für ein solches Modellprojekt ist die Evaluation von »Keiner fällt durchs Netz« (Cierpka 2009; Sidor u. a. 2013). Ziel des Praxismodells ist die Unterstützung eines gelingenden Übergangs in die Elternrolle durch den Einsatz speziell fortgebildeter Familienhebammen sowie die Entwicklung und Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen und die Schaffung von Netzwerken in Gebietskörperschaften (Kommune, Landkreis). Erste Ergebnisse der Längsschnittstudie dieses Projektes zeigen, dass Familienhebammenunterstützung Wirkung entfalten kann: Familienhebammen können depressive Symptome bei jungen Müttern lindern, sie können dazu beitragen, dass Mütter und Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres eine tragfähige Beziehung zueinander aufbauen und sich die sozialen Fähigkeiten der Kinder altersentsprechend entfalten. Weiterer Forschungsbedarf besteht im Hinblick auf die Nachhaltigkeit dieser Effekte. Trotz dieser ersten Erfolge der Frühen Hilfen, gibt es auch Hinweise auf weitere Optimierungsmöglichkeiten der Interventionsprogramme. Strategien zur Förderung elterlicher Feinfühligkeit werden noch zu wenig von den Fachkräften umgesetzt. Offensichtlich wurde auch die Notwendigkeit vernachlässigt, die Familie auch nach Abschluss der frühen Hilfe weiterhin bei Bedarf zu begleiten, um positive Veränderungen zu festigen und zu verstetigen.

Einige Projekte konnten in eine Metaanalyse einbezogen werden (Taubner u. a. 2013). In dieser zeigte sich, dass in vier von fünf Projekten die Steigerung mütterlicher Kompetenz signifikant erreicht werden konnte. In dieser Metaanalyse wurden aber auch hohe Raten von Teilnehmerschwund (bis 39 %) berichtet, wobei insbesondere sehr belastete Teilnehmerinnen nicht nachuntersucht werden konnten. Aufgrund dieser Probleme und zum Teil kleiner Stichgruppengrößen konnte im Vergleich zu Kontrollgruppen lediglich in der mütterlichen Symptombelastung ein positiver Effekt durch die Intervention gezeigt werden. Im Hinblick auf die Risiken mütterlicher psychischer Probleme auf die Entwicklung von kleinen Kindern ist dieser Effekt in der Praxis jedoch besonders bedeutsam. In den Interventionsgruppen selbst konnten jedoch signifikante Verbesserungen in der mütterlichen Kompetenz im Verlauf der Maßnahme nachgewiesen werden. In drei Projekten (Sidor u. a. 2013; Bovenschen u. a. 2013; Suess u. a. 2010) konnte ein Nutzen für die psychische Entwicklung der Kinder im Vergleich zu Kontrollkindern ohne Programm nachgewiesen werden.

» Begriffsbestimmung und Leitbild Früher Hilfen

Der Begriff »Frühe Hilfen« zeichnete sich seit seiner Einführung durch mangelnde definitorische Schärfe aus und bot daher viel Raum für Interpretationen. Um diesem Problem zu begegnen, hat der wissenschaftliche Beirat des NZFH 2009 eine Begriffsbestimmung vorgelegt, die sich mit den Zielen Früher Hilfen, den unterschiedlichen Maßnahmen zur Zielerreichung und den dafür relevanten Akteuren und Hilfesystemen auseinandersetzt. Leitmotiv bei der Entwicklung dieser Arbeitsdefiniti-

on war auch, die zu Beginn des Aktionsprogramms im Vordergrund stehende einseitige Fokussierung Früher Hilfen auf Gefahrenabwehr zu überwinden und diese in ein umfassenderes Verständnis der präventiven Förderung positiver Entwicklungsbedingungen einzubetten. Gestalt und Ziele Früher Hilfen werden wie folgt beschrieben:

»Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden. Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.« (Wissenschaftlicher Beirat NZFH 2009)

Aktuell hat der Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen diese Begriffsbestimmung durch die Entwicklung eines Leitbildes weiter vertieft und das Arbeitsfeld der Frühen Hilfen präzisiert. Die folgenden Leitgedanken beschreiben das Arbeitsfeld und werden im Text des Leitbilds (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2014, S. 8–12.) näher ausgeführt. Die Inhalte werden hier auszugsweise widergegeben:

- Frühe Hilfen orientieren sich an den Bedarfen der Kinder, Eltern und Familien. (…) Falls Versorgungslücken in den vorhandenen kommunalen Angebotsspektren im Hinblick auf spezifische Bedarfe identifiziert werden, werden diese vom Netzwerk der Frühen Hilfen erkannt und das Netzwerk wirkt darauf hin, dass diese Lücken geschlossen werden. (…)
- Frühe Hilfen sollen frühzeitig und präventiv bei Bedarf schon ab der Schwangerschaft einsetzen. (…) Damit heißt Prävention im Kontext der Frühen Hilfen auch die frühzeitige Vermeidung und Verminderung von Entwicklungsbenachteiligungen für die Kinder.
- Frühe Hilfen sind ein Angebot für Familien, das sie freiwillig und auf eigenen Wunsch in Anspruch nehmen können. Eltern werden entweder von einer koordinierenden Stelle oder von der jeweils zuständigen Fachkraft gut über den Zweck und

die Zielsetzung der Angebote informiert und befähigt, über ihre Teilnahme selbst zu entscheiden. (…)
- Ziel der Frühen Hilfen ist, Familien in ihrer Lebenswelt zu erreichen und zu aktivieren. (…)
- Frühe Hilfen stehen allen Familien offen. Das beinhaltet, dass die Zugänge und die Angebote der Frühen Hilfen kultur- und differenzsensibel gestaltet sind.
- Frühe Hilfen haben ein eigenes Profil und sind gleichzeitig integrierter Teil des Gesamtspektrums von Unterstützungsleistungen für (werdende) Eltern und Kinder. In diesem Spektrum sind sie aufgrund der Zielgruppenorientierung überwiegend im primär und sekundär präventiven Bereich verortet, sie entwickeln hier eine eigene Fachlichkeit und Qualität der Arbeit. (…)
- Frühe Hilfen schaffen niedrigschwellige Zugänge für psychosozial belastete Familien. (…) Unterstützungsangebote in den Frühen Hilfen müssen so gestaltet sein, dass auch Familien mit wenig Ressourcen leicht Zugang zu diesen Angeboten finden und Vertrauen dazu entwickeln können.
- Frühe Hilfen sind nicht einem spezifischen Hilfesystem zuzuordnen. Sie setzen sich vielmehr aus Strukturen und Angeboten unterschiedlicher Professionen und Institutionen zusammen, die Kontakt mit Kindern und Eltern in Problemlagen haben bzw. deren Handeln Konsequenzen für die Situation der Familien haben kann. (…) Die Frühen Hilfen bilden dabei den Anfang einer aufeinander aufbauenden Präventionsstrategie über das gesamte Kinder- und Jugendalter mit dem Ziel, für alle Kinder eine förderliche Umgebung für ihre Entwicklung bereitzustellen. Frühe Hilfen können sich darüber hinaus nur ausreichend entfalten, wenn sie eingebettet sind in flankierende Maßnahmen wie zum Beispiel Armutsprävention, die die Grundsicherung der Familien gewährleisten (Verhältnisprävention).
- Frühe Hilfen und ihre Netzwerke bedürfen einer kommunalen Steuerung und sind Teil eines kommunalen Gesamtkonzepts, das die Förderung aller Familien und ihrer Kinder zum Ziel hat. Daher werden die Frühen Hilfen strategisch angemessen in einer Kommune verankert. (…)
- Frühe Hilfen werden in interdisziplinären und multiprofessionellen Netzwerken koordiniert. (…)
- Frühe Hilfen brauchen in den Netzwerken Partner mit interprofessionellen Kernkompetenzen. (…) Für die Weiterentwicklung dieser Kompetenzen gibt es gemeinsame Reflexions- und Fortbildungsmöglichkeiten.
- Frühe Hilfen beruhen auf wissenschaftlichen Grundlagen unterschiedlicher Disziplinen. (…)
- Frühe Hilfen und die Unterstützungsangebote der Partner im Netzwerk Frühe Hilfen agieren auf der Grundlage des zum jeweils aktuellen Zeitpunkt vorhandenen, wissenschaftlich abgesicherten Wissens über die Entstehung von Entwicklungsproblemen und Ressourcen in der Eltern-Kind-Beziehung. Sie orientieren sich an gemeinsam entwickelten Qualitätsstandards als Voraussetzung für wirksame Maßnahmen und Kooperationsstrukturen. Zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen und zur Überprüfung ihrer Wirkungen in den Familien und ihren Kindern werden die Frühen Hilfen fortlaufend dokumentiert und regelmäßig evaluiert. In diesen Prozess werden die Familien partizipativ einbezogen.

» Kooperation verschiedener Leistungssysteme

Die Ergebnisse zu den Aspekten »Kooperation und Netzwerkarbeit« in den Modellprojekten zeigte, dass insbesondere der Kooperation mit

Akteuren aus dem Gesundheitsbereich eine hohe Bedeutung eingeräumt wurde. Aus der Perspektive der Modellprojekte kommt den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Geburtskliniken und den Hebammen aufgrund ihres Potentials als nicht stigmatisierend wirkender und von den Familien als unterstützend erlebter Zugang eine besonders hohe Bedeutung im Kontext Früher Hilfen zu. Die Qualität der Kooperation mit diesen Akteuren entsprach jedoch nicht immer den hohen Erwartungen, die in sie gesetzt wurden (Renner 2010).

Besonders schwierig gestaltete sich die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Es wird vermutet, dass die gegenwärtigen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns einer gelingenden Kooperation entgegenstehen. Aus diesem Grund wird auch der Aufwand, der für die Pflege der Kooperationsbeziehungen mit diesen besonders wichtigen Partnern notwendig ist, von den Projekten als sehr hoch eingeschätzt.

Unter den Modellprojekten besteht Konsens über die sehr hohe Bedeutung der Geburtskliniken als Zugangsweg zu belasteten Familien: Circa 98 Prozent aller Kinder kommen in Krankenhäusern zur Welt. Hinweise auf eine belastende Lebenssituation können von entsprechend geschultem Personal noch während der sensiblen Phase rund um die Geburt frühzeitig erkannt werden, um Familien bei Bedarf Hilfeangebote zu unterbreiten. Dieser sehr hohen Bedeutung der Geburtskliniken steht jedoch eine Bewertung der tatsächlichen Kooperationsqualität gegenüber, die sich eher im Mittelfeld bewegt. Dieser mittlere Wert spiegelt die sehr unterschiedlichen Erfahrungen wider, die die Modellprojekte mit Geburtskliniken als (potentielle) Kooperationspartner im Netzwerk Frühe Hilfen gesammelt haben. Die Auswertung zeigt, dass die Zusammenarbeit dann positiv bewertet wird, wenn die Kooperationen durch Verträge geregelt wurden.

Die Kooperation mit Hebammen erhielt ausgesprochen positive Bewertungen. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Modellprojekte wird sowohl die Bedeutung der Hebammen als hoch bewertet, als auch die Qualität der tatsächlich stattgefundenen Kooperationen.

Um den in Geburtskliniken tätigen Fachkräften aus den Gesundheitsberufen ein besseres Verständnis für die Leitideen der Frühen Hilfen zu vermitteln und Barrieren zwischen Berufsgruppen abzubauen, wurde im Rahmen des Projektes »Guter Start in die Familie« (GuStaF) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine umfassende Bestandsaufnahme für die Weiterbildungsbedarfe und das Rollenverständnis der handelnden Akteure im Krankenhaus erhoben (Junghans u. a. 2012, siehe auch www.kinderklinik-luebeck.de/kinderschutz). Im Weiteren konnte ein Weiterbildungscurriculum für »Klinische Mentorinnen Frühe Hilfen« entwickelt werden mit den beiden zentralen Zielen, die Feinfühligkeit und empathische Gesprächshaltung zu fördern und zur interdisziplinären Netzwerkarbeit zu befähigen. Die gewonnenen Erfahrungen und Konzepte sind eingeflossen in einen Lehrfilm, der mit Fachkräften und Eltern in Geburtskliniken in Lübeck, Berlin und Ludwigshafen, Arztpraxen in Berlin und Freiburg und an anderen Orten authentisch Best-Practice-Beispiele von gelingender Kontaktaufnahme und Vermittlung von Hilfen zeigt. Der gut 90-minütige Film ist in systematisch gegliederte Kapitel unterteilt. Kurze Trickfilmszenen vermitteln die jeweiligen Kernbotschaften, während die komplexeren dokumentarischen Sequenzen den Arbeitsalltag der Fachkräfte zeigen: Bei Familien in der Klinik, zu Hause oder bei Teambesprechungen und Netzwerktreffen. Expertinnen und Experten kommentieren und ergänzen die dargestellten Situationen. Insgesamt 46 Minuten Bonusmaterial greifen vertiefend verschiedene Aspekte auf. Darüber hinaus ist zum Film eine umfangreiche

Begleitbroschüre erschienen (Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014).

Kinder- und Jugendärzte sind die wichtigsten professionellen Bezugspersonen für fast alle Kinder unter 3 Jahren. Sie sehen die Kinder häufig bei akuten, krankheitsbedingten Anlässen, aber auch im Rahmen der Prävention. Bei den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter handelt es sich um ein freiwilliges Angebot der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an ihre Versicherten. Sie dienen der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen. Von den Familien- und zum Teil Gesundheitsministerien der Länder wurde hier ein Ansatzpunkt gesehen, möglichst alle Kinder zu erreichen. Nahezu alle Bundesländer haben Landesgesetze verabschiedet, die die Früherkennungsuntersuchungen verbindlich machen, sei es durch ein regionales Register mit Abgleich der Meldungen, sei es durch ein verbindliches Einladungswesen. Es zeigte sich rasch, dass die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen weiter (von ca. 90 % auf nahezu 100 %) gesteigert werden konnten, und insbesondere Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger teilnahmen (Thaiss u. a. 2010). Das Instrument hat sich leider nicht als geeignet erwiesen, unmittelbar Kinder vor Gewalt und Vernachlässigung zu schützen. Heute gilt das verbindliche Einladewesen, das im Übrigen in der Bevölkerung auf wenig Kritik stieß, als Instrument, die Zugangswege zum Gesundheitswesen zu verbessern und das Recht des Kindes auf angemessene Gesundheitsversorgung abzusichern. Ein Screening-Verfahren zur Früherkennung von Risiken für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung wurde vom Gemeinsamen Bundessausschutz der Krankenkassen und Ärzte aufgrund fehlender Evidenz für den Nutzen einer solchen Maßnahme abgelehnt (Thyen 2014).

Derzeit werden in Modellverfahren in Baden-Württemberg Methoden zur Ermittlung des Hilfebedarfs in Familien im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung mit Unterstützung des NZFH entwickelt und erprobt. Nach der landesweiten Erprobung in Baden-Württemberg ist es gelungen, die Fallfindung durch den niedergelassenen Kinderarzt und die Vermittlung der Frühen Hilfen durch ein intensives Beratungsgespräch von einigen gesetzlichen Krankenkassen bereits zu honorieren (Martens-Le Bouar u. a. 2013).

Ursächlich für die wahrgenommenen Schwierigkeiten der Kooperation über Systemgrenzen hinweg zwischen Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, sozialer Sicherung, öffentlichen Gesundheitswesen und der Gesundheitsversorgung im Bereich der kassen- und privatärztlichen Versorgung sind die sehr unterschiedlichen Finanzierungssysteme der Leistungsbereiche. Der Bereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wird in SGB V geregelt. Die ambulante hausärztliche Versorgung wird im Krankheitsfall wie auch im Rahmen der beschriebenen Präventionsangebote für jüngere Kinder überwiegend von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten erbracht, in geringerem Umfang auch von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die jedoch den größeren Teil der älteren Kinder versorgen.

Im Bereich der psychosozialen Versorgung innerhalb des Gesundheitswesens spielen Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderpsychotherapeuten sowie sozialpädiatrische oder sozialpsychiatrische Einrichtungen eine Rolle, die nach SGB V zur Leistungserbringung berechtigt sind und über die Kassenärztliche Vereinigung in den Ländern abrechnen.

Weniger wahrgenommen wird der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des öffentlichen Gesundheitsdienstes an den Gesundheitsämtern, der als aus öffentlicher Hand finanziertes Gesundheitswesen prinzipiell Public Health-Aufgaben übernimmt, jedoch keine Aufgaben im Bereich der kurativen

Medizin. Eine systematische oder effektive Kooperation mit anderen ambulanten oder stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung findet kaum statt. Abgesehen von sporadischen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen verfügt das öffentliche Gesundheitswesen nicht über so genannte School Nurses, Healths Visitors oder Gesundheitsberater und Gesundheitsberaterinnen in den Einrichtungen.

Die bestehende Fragmentarisierung, die mit den derzeitigen Finanzierungssystemen und politischen Zuständigkeiten zusammenhängt, verhindert eine umfassende und integrierte Versorgung von Kindern. Auf der politischen Ebene verlangt dies nach einer Ressort-übergreifenden Politik für Kinder und ihre Familien, die sowohl auf Bundes- als auch auf Länder- und kommunaler Ebene Frühe Hilfen als Querschnittsaufgabe organisiert, das heißt der Umsetzung einer »Health in all policies«-Strategie folgt (Council of the European Countries 2007; WHO 2008). Diese Strategie bezieht sich darauf, dass Gesundheit sowohl eine Voraussetzung für ein gelingendes Leben, als auch eine Folge von Chancengleichheit und Befähigungsgerechtigkeit ist.

Literatur

Bovenschen, I. u. a. (2013): Attachment-based video intervention for mother-infant-dyads at risk: Effects on maternal sensitivity, infant attachment and socially indiscriminate attachment behavior. Poster presented at the 70th Anniversary Meeting of the Society for Research in Child Development.

Braveman, P.; Barclay, C. (2009): Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. In: Pediatrics 124, S. 163–175.

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2014): Guter Start in die Familie. Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen. DVD inklusive Begleitbroschüre.

Cierpka, M. (2009): »Keiner fällt durchs Netz« – Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. In: Familiendynamik 34, S. 156–167.

Cierpka, M. (2012): Familienstützende Prävention. In: Cierpka, M. (Hg.): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Heidelberg, S. 523–531.

Cierpka, M.; Franz, M.; Egle, U. T. (2011): Früherkennung und Prävention. In: Adler, R. H. u. a. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 7. Auflage, München, S. 389–398.

Council of the European Union (2007): Declaration on »Health in all Policies«. COM 2007–630. Rome: Council of the European Union. Online verfügbar unter www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf [Zugriff 31.10.2014].

Deutscher Bundesrat (Hg.) (1973): Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher (verabschiedet auf der 34. Sitzung der Bildungskommission am 12./13. Oktober 1973). Bonn.

Egle, U.; Hardt, J. (2012): Gesundheitliche Folgen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit. In: Cierpka, M.(Hg.): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Heidelberg, S. 103–114.

Johnson, J. G. u. a. (2001): Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. Compr. In: Psychiatry 42, S. 16–23.

Junghans, A.; Prüßmann, C.; Balzer, K. (2012): Kinderschutz von Anfang an. Bedarf an Frühen Hilfen rund um die Geburt – Klinische Erfahrungen. In: Pflegezeitschrift 65, S. 550–554.

Martens-Le Bouar, H. u. a. (2013): Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. In: Kinderärztliche Praxis 84, S. 94–100.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hg.) (2014): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Online verfügbar unter www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/einzelansicht-publikationen-leitbild (Zugriff am 07.01.2014).

Renner, I.; Heimeshoff, V. (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln.

Renner, I.; Sann A. (Hg.)(2010): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln.

Renner, I. (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit Teil 1, S. 1048–1054.

Sidor, A. u. a. (2013): Effects of the Early Prevention Program »Keiner fällt durchs Netz« (»Nobody Slips through the Net«) on Child, Mother, and their Relationship: A Controlled Study. In: Infant Mental Health Journal 34, S. 11–24.

Strüber, N.; Strüber, D.; Roth, G. (2014): Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews 38, S. 17–37.

Suess, G. u. a. (2010): Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP Praxisforschungsprojekt WiEge. Bundesgesundheitsblatt 53, S. 1143–1149.

Taubner, S. u. a. (2013): Zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland – Ein systematisches Review und eine Metaanalyse. In: PraxKinderpsycholKinderpsychiatr 62, S. 598– 619.

Thaiss, H. u. a. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53, S. 1029–1047.

Thyen, U. (2014): Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 162, S. 518–526.

Thyen, U.; Pott, E. (2015): Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen. In: Egle, U. u. a.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart, 4. Auflage, im Druck.

WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung: Online verfügbar unter www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Zugriff am 31.10.2014].

WHO (2008): Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: »Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand«, Tallinn (Estland), 27. Juni 2008 Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand.

Wissenschaftlicher Beirat NZFH (2009): Online verfügbar unter www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen [Zugriff am 31.10.2014].

»Gesund groß werden« – Förderung der elterlichen Gesundheitskompetenz mit dem Eltern-Ordner der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Silke Pawils, Franka Metzner, Olga Wlodarczyk, Ute Fillinger und Uwe Koch

Gemäß des Health-Literacy-Ansatzes ist die elterliche Gesundheitskompetenz ganz wesentlich für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung der Kinder (Nutbeam 2000). Aber nicht alle Eltern verfügen über eine adäquate Gesundheitskompetenz. Defizite in der Gesundheitskompetenz weisen vor allem Eltern in bildungsfernen Familien auf. Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelte Präventionsprogramm »Eltern-Ordner – Gesund groß werden« verfolgt das Ziel, durch schriftliches Informationsmaterial alle Eltern in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, um psychischen wie körperlichen Erkrankungen der Kinder präventiv vorzubeugen. Das Programm nutzt dazu das bereits in der Bevölkerung akzeptierte Angebot der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U-Untersuchungen).

Gesundheitskompetenz und elterliches Präventionswissen

Die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, wird von staatlichen wie auch nicht-staatlichen Stellen seit vielen Jahren betont (13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung 2009, www.gesundheitsziele.de 2011). Die Lebensabschnitte Kindheit und Jugend sind durch eine Vielzahl von physischen und psychischen Veränderungen charakterisiert. In diesen Entwicklungsphasen werden die Grundlagen für gesundheitsfördernde wie gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen im weiteren Lebensverlauf gelegt (Beelmann 2014; Robert Koch Institut und BZgA 2008). Elterliches Gesundheitsverhalten und -wissen sind von großer Bedeutung, um kindliche Fehlentwicklungen zu verhindern bzw. frühzeitig zu behandeln (Beelmann 2014; Dunst u. a. 2007; Robert Koch Institut und BZgA 2008). Die Gesund-

heitskompetenz der Eltern umfasst die kognitiven und sozialen Fertigkeiten, sich im Gesundheitswesen kompetent zu verhalten, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen und gesundheitsbezogene Informationen so zu verstehen, dass sie zur Förderung und Erhaltung der kindlichen Gesundheit beitragen (Nutbeam 2000; Kickbusch und Maag 2008).

Studien zeigen für den anglo-amerikanischen Raum ebenso wie für Deutschland, dass ein erheblicher Teil der erwachsenen Bevölkerung in den grundlegenden, funktionalen Kompetenzen des Lesens, Schreibens und Textverständnisses, die für die Gesundheitskompetenz Voraussetzung sind, Defizite aufweist (Kutner u. a. 2007; Committee on Health Literacy 2004; Grotlüschen und Riekmann 2011; Gnahs 2007). Die erste europäische Studie zur Messung der Gesundheitskompetenz (HLS-EU) zeigt zudem für Deutschland bei 10 % der Bevölkerung eine inadäquate und bei 35 % eine problematische Gesundheitskompetenz (Pelikan 2011). Insbesondere bei werdenden oder jungen Eltern zeigt sich jedoch großes Interesse an Informationen zur Entwicklung von Kindern sowie eine ausgeprägte Aufgeschlossenheit gegenüber primärpräventiven Maßnahmen, die den Erwerb von Gesundheitskompetenz erleichtern (Cierpka u. a. 2007).

Ein bedeutsamer Ansatz zur Erweiterung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung stellt die Entwicklung verständlicher, ausgewogener und evidenzbasierter Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen dar. Um die Gesundheitsinformationen in gesundheitsförderliches Verhalten zu transformieren, ist zudem die Nutzung und Kombination von personalen und medialen Kommunikationskanälen sowie die Wahl geeigneter Zugangswege entscheidend (Walter u. a. 2012). In Präventionsprogrammen für Ersteltern werden häufig schriftliche Informationsmaterialen wie Broschüren oder Flyer wie beispielweise so genannte »Elternbriefe« verwendet, da sie kostengünstig, niedrigschwellig und ohne zu stigmatisieren einsetzbar sind (Waterston u. a. 2009; Walter u. a. 2012). Sie enthalten verständliche, wissenschaftliche Erkenntnisse und dienen den jungen Eltern als Information für altersspezifische Fragen zur Entwicklung ihrer Kinder (King 2006). Nachweislich führen sie auch bei den Eltern zu einem Zuwachs an Wissen und erzielen eine große Akzeptanz, die Probleme mit dem Lesen haben (Brotherson u. a. 2012; Garton u. a. 2003; Institut für soziale Arbeit e.V. 2008). Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass schriftliche Informationen zu Impfungen zu einem Wissenszuwachs (Kennedy u. a. 2011), einer positiveren Einstellung gegenüber Impfungen (Vannice u. a. 2011) und einer höheren Impfbereitschaft (Davis u. a. 2004) führten.

Broschüren und Ratgeber, die das elterliche Gesundheitsverhalten thematisieren, werden als Ergänzung in gesundheitsbezogenen Interventionen effektiv eingesetzt (Strippel 2010; Luo u. a. 2012; Tabak u. a. 2012). Die Untersuchungen von Riley u. a. (1991) und Huang u. a. (2007) zeigen, dass sozial benachteiligte Eltern dabei sogar stärker von Elternbriefen profitieren als Eltern mit mittlerem oder hohem Sozialstatus.

» Schriftliches Informationsmaterial für Eltern zum Aufbau von Gesundheitskompetenz in Deutschland

Um das elterliche Präventionswissen speziell auch bei bildungsfernen Eltern und Eltern aus sozial benachteiligten Bevölkerungskreisen zu erhöhen, entwickelte die BZgA den Eltern-Ordner »Gesund

Inhaltsübersicht Elternordner »Gesund groß werden«

Inhaltsübersicht

Was Sie in diesem Ordner finden

Elternheft 1 zur U1 – U6
Elternheft 2 zur U7 – U9 und J1

- Elternbrief
- Alltagsnahe Tipps und Empfehlungen
- Informationen zu jeder Früherkennungsuntersuchung
- Fragen zur Vorbereitung auf das Arztgespräch

Infohefte 1 – 6

Wenn Sie mehr wissen wollen, finden Sie hier weitere Informationen zur kindlichen Entwicklung und Gesundheit

1 | Zusammen wachsen:
Grundlagen der gesunden Entwicklung

2 | Groß werden:
Die kindliche Entwicklung

3 | Gut gedeihen:
Die gesunde Entwicklung fördern und unterstützen

4 | Wenn's anders läuft:
Auffälligkeiten und Störungen in der kindlichen Entwicklung

5 | Richtig vorbeugen:
Vor Krankheiten und Gesundheitsrisiken schützen

6 | Fieber & Co.:
Krankheitswissen und erste Hilfen

Dokumente und Unterlagen

- **Platz zum Einheften Ihrer Dokumente und Unterlagen**
  (Kinderuntersuchungsheft, Impfpass und Sonstiges)

Bitte zu allen Früherkennungsuntersuchungen mitnehmen:
- Kinderuntersuchungsheft
- Impfpass
- Krankenversicherungskarte Ihres Kindes

groß werden«. Mit dem Eltern-Ordner soll das Ziel verfolgt werden, allen Eltern den Zugang zu fachlich gesicherten Gesundheitswissen zu eröffnen und die Elternkompetenz in Fragen der gesunden kindlichen Entwicklung, der Früherkennung von Entwicklungsstörungen sowie der Prävention vermeidbarer Erkrankungen und Gesundheitsschäden zu stärken. Er enthält Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen (Heft 1: U1–U6; Heft 2: U7–U9 und J1), den Impfungen im Kindesalter sowie sechs themenspezifische Infohefte mit wissenschaftlich fundierten Informationen und Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die auch von bildungsfernen Eltern durch Verwendung einfacher Sprache und Nutzung von Bildern und Piktogrammen verstanden werden.

Gezielt wird über wichtige Entwicklungsetappen, Auffälligkeiten und Störungen in der kindlichen Entwicklung, Krankheiten und Gesundheitsrisiken, empfehlenswerte Literatur und Internetseiten informiert. Zudem bietet der Ordner den Eltern Platz, Dokumente wie den Impfpass und das Untersuchungsheft abzuheften. Beobachtungsbögen mit Platz für Fragen und Notizen sollen den Eltern zur Vorbereitung auf das Untersuchungsgespräch beim Kinderarzt dienen.

Die BZgA hat das Konzept des Eltern-Ordners im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Abstimmung mit den pädiatrischen Fachgesellschaften, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ab 2005 entwickelt. Die Verbreitung wurde zum Entwicklungszeitpunkt primär über Kinderärzte im Rahmen der U-Untersuchungen geplant, so dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen um eine regelhafte Aufnahme ins Versorgungssystem der U-Untersuchungen ersucht wurde.

» Evaluation des Eltern-Ordners

In einer längsschnittlich angelegten, randomisierten kontrollierten Studie (RCT) wurde der Eltern-Ordner an N=1.318 Eltern hinsichtlich Wirkung und Akzeptanz geprüft (Pawils u. a. 2013). Als Einschlusskriterien wurden die Erstelternschaft, die Geburt in einem Krankenhaus und ausreichende Deutschkenntnisse festgelegt. Mit den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Sachsen wurde je ein Bundesland aus dem Westen und Osten Deutschlands evaluiert.

Die Ersteltern erhielten Fragebögen zu Gesundheitsverhalten, Gesundheits- und Präventionswissen, Angaben über das Kind und zum familiären Hintergrund zum Zeitpunkt der Geburt und zwölf Monate später. Bei der zweiten Befragung wurde zusätzlich die Gesamtbewertung der Kindervorsorgeuntersuchungen erhoben. Mitglieder der Interventionsgruppe wurden außerdem bezüglich Verständlichkeit, Zweckdienlichkeit und Attraktivität des Eltern-Ordners befragt.

Die Hypothese, dass Eltern aller sozialen Schichten durch Nutzung des Eltern-Ordners einen Wissenszuwachs erzielen, konnte bestätigt werden (Zeit*Gruppe: $F(989;1) = 14{,}617$; $p = 0.000$). Die Nutzung des Eltern-Ordners hat nachweislich zur Verbesserung des relevanten Präventionswissens beigetragen. Nach einem Jahr geben von n = 502 Eltern an zu 67 % bei Fragen hinein zu schauen, zu 36 % vor U-Untersuchung darin zu lesen und zu 16 % darin alle Unterlagen zu sammeln. 94 % aller Befragten bewerten den Eltern-Ordner insgesamt positiv. Des Weiteren geben 60 % der Eltern mit niedrigem Sozialstatus an, »inhaltlich viel Neues erfahren« zu haben und alle Eltern haben aufgrund der Ordnernutzung ihr Präventionswissen erweitern können. Allerdings lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Arzt-Eltern-Kommuni-

Elternbrief zum Elternordner »Gesund groß werden«

Elternbriefe im E-Mail-Abo

Die Elternbriefe enthalten Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 und zum gesunden Aufwachsen – rechtzeitig vor jeder U-Untersuchung!

Anmeldung unter:
› **www.kindergesundheit-info.de**/angebote-der-bzga/elternbriefe-im-abo

kation aufgrund der Nutzung des Eltern-Ordners aufzeigen. Die gefundenen Unterschiede basieren ausnahmslos auf Schichtunterschieden (Kommunikation*Schicht: F (3140;2) = 3,295; p = 0.000).

Die varianzanalytische Betrachtung des Ausgangswissens ergab erwartungsgemäß einen signifikanten (p=0.000) Einfluss des Sozialstatus. Eltern mit mittlerem und hohem Sozialstatus erzielten dabei signifikant höhere Werte (mittlerer Sozialstatus: M=3.97, SD=1.199; hoher Sozialstatus: M=4.29, SD=1.112) als Eltern mit niedrigem Sozialstatus (M=3.32; SD=1.304). Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich bezüglich des Ausgangswissens nicht signifikant voneinander. Die U-Untersuchungen wurden schichtunabhängig in der Kontrollgruppe ebenso wie in der Interventionsgruppe gut bis sehr gut bewertet.

» Aktuelle Verwendung und Verbreitungsgrad des Eltern-Ordners

Aufgrund der positiven Evaluationsergebnisse stellt die BZgA den Eltern-Ordner gegen eine Schutzgebühr interessierten Fachinstitutionen und Akteuren des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und der Frühpädagogik zur Verfügung. Der Ordner wird in landeseigenen Programmen wie in Brandenburg und Thüringen eingesetzt sowie in Geburtskliniken, in Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen, im Kontext der Bundesinitiative »Frühe Hilfen« durch Familienhebammen und in kinderärztlichen Praxen. Außerdem wird er über kommunale Programme im Rahmen von »Willkommensprojekten« der Gesundheits- und Jugendäm-

ter sowie Familienzentren an junge Eltern verteilt (90 % aller Bestellungen erfolgen durch kommunale Einrichtungen).

Seit dem Praxistransfer im Jahr 2009 bis Ende 2013 wurden insgesamt 350.000 Exemplare des Eltern-Ordners in Deutschland verteilt, was einem durchschnittlichen Jahresbedarf von 70.000 Ordnern entspricht (Angaben der BZgA, Stichtag: 20.11.2014). Weiterhin stehen alle Hefte des Eltern-Ordners im Internet-Portal www.kindergesundheit-info.de als Download zur Verfügung. Überdies sind Inhalte der beiden Elternhefte zu den Früherkennungsuntersuchungen auch als digitales Angebot (Elternbriefe im E-Mail-Abo) verfügbar. Die BZgA verzeichnet in ihrem Internetportal zur Kindergesundheit steigende Nutzerzahlen mit aktuell zwischen 270.000 und 300.000 Zugriffen im Monat.

Die seitens der Elternschaft mehrheitlich anerkannten Früherkennungsuntersuchungen bilden eine gute Grundlage, Krankheiten und Fehlentwicklungen der Kinder frühzeitig zu erkennen und zu therapieren und können gleichzeitig dem Aufbau elterlicher Gesundheitskompetenz bei entsprechender ärztlicher Beratung dienen. Schriftliches Informationsmaterial kann hier einen Weg darstellen, zur aktiven Teilnahme an den U-Untersuchungen zu motivieren (Metzner u. a. 2014) und das Wissen über Gesundheitsverhalten bei Eltern zu erhöhen – die elterliche Gesundheitskompetenz zu steigern.

» Kinderärztliches Früherkennungsprogramm – ein etabliertes Angebot

Die 1971 eingeführten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) sind ein kinderärztliches Angebot in Deutschland, sodass durch das verbindliche Einladewesen der Bundesländer heute nahezu alle Kinder erreicht werden (Teilnahmeraten > 90 %, zum Teil 95 %) (Thaiss u. a. 2010). Im Sinne der Sekundärprävention sollen Krankheiten, die die körperliche oder psychische Entwicklung beeinträchtigen, frühzeitig erkannt und behandelt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1976, 2011). Außerdem erhalten die Eltern gesundheitsbezogene Beratung und Informationen, wodurch die Untersuchungen auch primärpräventive Aufgaben erfüllen.

Aussagen über den Einfluss der U-Untersuchungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind aufgrund der Vielzahl an interagierenden Variablen nur schwer zu treffen. Nachgewiesen werden konnte bisher die Wirksamkeit einzelner Untersuchungsbestandteile zur frühen Identifikation von Beeinträchtigungen, für die Interventionen effektiv eingesetzt werden können (Weber und Jenni 2012). Weber und Jenni berichteten in ihrer Übersichtsarbeit über den Zusammenhang zwischen der Beratung von Eltern im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und höherer elterlicher Erziehungskompetenz, effektiver Unfall- und Adipositasprävention sowie verbessertem Lese- und Schlafverhalten der Kinder. Shimabukuro u. a. (2007) zeigten den positiven Einfluss der Inanspruchnahme von kinderärztlichen Untersuchungen auf den Impfstatus der Kinder.

Die U-Untersuchungen werden von Familien mit niedrigem sozialen Status jedoch seltener in Anspruch genommen als von Eltern mit mittlerem oder hohem sozialen Status (Kamtsiuris u. a. 2007). In der für Deutschland repräsentativen Stichprobe der KIGGS-Studie wurde ein Unterschied von 10 % zwischen der Inanspruchnahmerate von Kindern aus Familien mit niedrigem und hohem sozioökonomischen Status gefunden (ebd.). Die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen verdeutlichen das in der Präventionsforschung bekannte Dilemma, dass insbesondere sozial benachteiligte Menschen durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht im ausreichendem Maße erreicht werden (Bauer und Bittlingmayer 2005; Hartung u. a. 2011; Marzinzik und Kluwe 2007). Da der negative Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit vielfach belegt wurde, muss angenommen werden, dass gerade die Menschen mit niedrigem Sozialstatus am stärksten von präventiven Interventionen profitieren können (Lange u. a. 2007; Richter und Hurrelmann 2006). Bildungsferne Familien müssen daher gezielt angesprochen und über präventive Angebote informiert werden.

Das Angebot der U-Untersuchungen erfüllt generell eine wichtige Funktion allgemeiner Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Sie ermöglichen den Kinder- und Jugendärzten, die Entwicklungsverläufe ihrer Patienten systematisch zu beobachten und langfristig ein Vertrauensverhältnis zu den Familien aufzubauen. Die Ergänzung der Untersuchungen durch schriftliches Elternmaterial in einfacher Sprache auch für bildungsferne Ersteltern verständlich dargestellt, bietet eine gute Möglichkeit der primärpräventiven Wissensvermittlung.

» Diskussion der Erfolgsfaktoren des Präventionsangebotes Eltern-Ordner

Die BZgA hat mit der Entwicklung des Eltern-Ordners zeigen können, dass Eltern aller sozialen Schichten durch entsprechend aufbereitete Informationsmaterialien zur elterlichen Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden können. Die enge Verzahnung mit dem etablierten und akzeptierten Präventionsangebot der U-Untersuchungen (Ausgabe durch die Geburtsklinik oder Kinderarzt zur Nutzung bei den U-Untersuchungen) ermöglichte einen hohen Verbreitungsgrad. Der Eltern-Ordner bietet weitergehende Informationen zu den U-Untersuchungen als an anderen Stellen zu finden sind, motiviert zu deren Teilnahme und bietet damit einen Einstieg zur sinnvollen primärpräventiven Wissensvermittlung durch die Kinderärzte. Das ursprüngliche Ziel der Ausweitung primärpräventiver Wissensvermittlung im Rahmen der U-Untersuchungen wurde erfüllt.

Darüber hinaus zeigte sich ein weitergehender Bedarf an Elterninformationsmaterial in einfacher Sprache mit geringem Textanteil und für alle Sozialschichten ansprechender Gestaltung zur Verwendung für Akteure in den Frühen Hilfen, durch Familienhebammen oder in so genannten Willkommenspaketen. Die Nutzungszahlen belegen einen hohen Verbreitungsgrad – wenngleich eine Wirkevaluation noch aussteht.

Der Erfolg der Strategie der BZgA liegt damit zum einen in der Entwicklung von Elterninformationen in verständlicher Form für bildungsferne Eltern und zum anderen in der strukturellen Anbindung der

Medien an etablierte Angebote (U-Untersuchungen, Frühe Hilfen, Familienhebammen, Willkommenspakete) (Pawils u. a. 2014).

Entgegen der Annahme, dass Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status nicht von Präventionsmaßnahmen profitieren, ergab sich keine signifikante Schichtabhängigkeit für den Interventionseffekt. Teilweise scheint der Nutzen für Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status nach eigenen Angaben besonders hoch zu sein. Die hohe Akzeptanz bei Eltern aus allen sozialen Schichten spricht für den Einsatz des Elternordners als schichtübergreifende Präventionsmaßnahme.

Der tatsächliche präventive Effekt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, der aus der Erhöhung des elterlichen Präventionswissens resultiert, bedarf noch weiterer längsschnittlicher Betrachtungen. Zu beachten ist darüber hinaus, dass der positive Effekt des Elternordners auf das Präventionswissen nicht auf schriftliche Materialien mit primärpräventivem Inhalt generell verallgemeinerbar ist.

» Literatur

Bauer, U.; Bittlingmayer, U. (2005): Wer profitiert von Elternbildung? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25(3), S. 263–280.

Beelmann, A. (2014): Prevention and health promotion in children and adolescents: a meta-analysis of German-language effectiveness research. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 22(1), S. 1–14.

Brotherson, S.; Holmes, E.; Bouwhuis, C. (2012): Impacts of a parenting newsletter on fathers of kindergarten children. Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers, 10(1), 31–46.

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.

Cierpka, M.; Stasch, M.; Groß, S. (2007): Expertise zum Stand der Prävention, Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 34. Köln (BZgA).

Committee on Health Literacy (2004): Health Literacy. A Prescription to end Confusion. Washington D.C.

Davis, K.; Dickman, E. D.; Ferris, D. u. a. (2004): Human papillomavirus vaccine acceptability among parents of 10- to 15-year-old adolescents. In: Journal of lower genital tract disease, 8, S. 188–194.

Dunst, C. J.; Trivette, C. M.; Hamby, D. W. (2007): Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. In: Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13(4), S. 370–378.

Garton, M.; Hicks, K.; Leatherman, M.; Miltenberger, M.; Mulkeen, P.; Nelson-Mitchell, L.; Winland, C. (2003): Newsletters: treasures or trash? Parenting newsletter series results in positive behavior changes. In: Journal of Extension (e-Journal), 41(1).

Gnahs, D. (2007): Ein PISA für Erwachsene? Dokument aus der Reihe »DIE FAKTEN« des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung. Online verfügbar unter www.die-bonn.de/doks/gnahs0701.pdf [Zugriff am 15.02.2012].

Grotlüschen, A.; Riekmann, W. (2011): Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der leo. – Level One Studie. Online verfügbar unter www.gew-nds.de/erwachsenenbildung/loads/2011_Nov_leo_fuer_GEW_Niedersachsen.pdf [Zugriff am 24.02.2012].

Hartung, S.; Kluwe, S.; Sahrai, D. (2011): Elternbildung und Elternpartizipation in Settings: Universität Bielefeld.

Institut für soziale Arbeit e.V. (2008): Wissenschaftliche Analyse der Elternbriefe für Nordrhein-Westfalen – Abschlussbericht: Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen.

Kamtsiuris, P.; Bergmann, E.; Rattay, P.; Schlaud, M. (2007): Use of medical services. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5–6), S. 836–850

Kennedy, A.; Sapsis, K. F.; Stokley, S. u. a. (2008): Parental attitudes toward human papillomavirus vaccination: evaluation of an educational intervention. In: Journal of health communication, 16, S. 300–313.

Kickbusch, I.; Maag, D. (2008): Health Literacy. In: Heggenhougen, K.; Quah. S. (ed.). International Encyclopedia of Public Health. San Diego.

King, A. (2006): Age-paced parenting newsletters: delivering healthy messages Community practitioner: In: The journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association, 79, S. 89–92.

Kutner, M.; Grennberg, E.; Jin, Y.; Boyle, B.; Yung-Chen, H.; Dunleavy, E. (2007): Literacy in everyday life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Online verfügbar unter http://nces.ed.gov/pubs2007/2007480.pdf [Zugriff am 15.02.2012].

Luo, R.; Shi, Y., Zhang, L. u. a. (2012): Nutrition and educational performance in rural China's elementary schools: results of a randomized control trial in Shaanxi Province. In: Economic Development and Cultural Change 2012; 60(4), S. 735–772.

Marzinzik, K.; Kluwe, S. (2007): Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse. In: Praevention(3), S. 79–82.

Metzner, F.; Ravens-Sieberer, U.; Schwinn, A.; Lietz, S.; Pawils, S. (2014): Prävention und Kinderschutz in der pädiatrischen Praxis – Kinderärzte als Akteure im Einladungs- und Meldewesen für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/s-0034-1387745.

Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, 15(3), S. 259–267.

Pawils, S.; Robra, B-P.; Berger, U. (2013): Kinder und Jugendliche – Präventive Maßnahmen wirken. Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/s-0033-1354400

Pawils, S.; Busche, W.; Schwinn, A.; Fillinger, U.; Koch, U. (2013): Bundesweite Evaluation des Gebrauchswerts des »Eltern-Ordners« – Einblicke in das Gesundheits- und Informationsverhalten von Eltern. In: Das Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/s-0032-1330028.

Pelikan, J. M. (2011): Gesundheitskompetenz (Health Literacy) im österreichischen Krankenbehandlungssystem – Erste Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey Europe. Online verfügbar unter www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/konferenz_16/Proceedings/1.4_Pelikan.pdf [Zugriff am 27.02.2012].

Riley, D.; Meinhardt, G.; Nelson, C.; Salisbury, M. J.; Winnett, T. (1991): How effective are age-paced newsletters for new parents? A replication and extension of earlier studies. In: Family Relations, 40(3), S. 247–253.

Robert Koch Institut; BZgA (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln.

Shimabukuro, T. T.; Luman, E. T.; Winston, C. A.; Schieber, R. A. (2007): Potential for improving age-appropriate vaccination coverage by maximizing the 18-month well-child visit. In: Journal of Public Health Management and Practice, 13(6), S. 572–577.

Strippel, H. (2010): Effectiveness of structured comprehensive paediatric oral health education for parents of children less than two years of age in Germany. In: Community dental health, 27(2), S. 74–80.

Tabak, A. G.; Herder, C.; Rathmann, W.; Brunner, E. J.; Kivimäki, M. (2012): Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. In: The Lancet, 379 (9833), S. 2279–2290.

Thaiss, H. u. a. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz, Bundesgesundheitsblatt, Band 53, Heft 10, S. 1029–1047.

Vannice, K. S.; Salmon, D. A.; Shui, I.; Omer, S. B.; Kissner, J.; Edwards, K. M.; Gust, D. A. (2011): Attitudes and beliefs of parents concerned about vaccines: impact of timing of immunization information. In: Pediatrics, 127(Supplement 1), S. 120–126.

Walter, U.; Nöcker, G.; Plaumann, M.; Linden, S.; Pott, E.; Koch, U.; Pawils, S.; Altgeld, T; Dierks, M.; Frahsa, A.; Jahn, I.; Krauth, C.; Pomp, M.; Rehaag, R.; Robra, B.; Süß, W.; Töppich, J.; Trojan, A.; Unger, H.; von Wildner, M.; Wright, M. (2012): Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden. In: Das Gesundheitswesen, 74(10), S. 99–113.

Weber, P.; Jenni, O. (2012): Screening in child health – studies of the efficacy and relevance of preventive care practices. In: Deutsches Ärzteblatt. 109 (24): S. 431–435.

Gesundheitsförderung im Grundschulalter – Das Modellvorhaben »Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen« (»GrundGesund«)

Birgit Babitsch, Eva Cruel, Eveline Maslon und Jürgen Töppich[1]

Theoretischer und empirischer Hintergrund des Modellvorhabens

Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter

Das Kindesalter ist eine Lebensphase, die durch zahlreiche Entwicklungsschritte und -aufgaben gekennzeichnet ist (Koglin und Petermann 2013). Kinder haben dabei verschiedene Voraussetzungen und bringen sehr unterschiedliche Ressourcen und Risiken mit. Der Forschungsstand zeigt, dass Kinder aus sozial besser gestellten Familien über deutlich mehr Ressourcen verfügen als Kinder aus sozial benachteiligten Familien (Lampert und Kurth 2007; RKI 2010; Moor u. a. 2014; Moor u. a. 2012; Richter u. a. 2012). Gleichzeitig gibt es Hinweise auf einen engen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status der Familie und dem Schulerfolg in höheren Schulklassen (Müller und Ehmke 2013; Ditton 2013a; Ditton 2013b; Dumont u. a. 2014; Neumann u. a. 2014).

Zugleich deuten die Daten darauf hin, dass Belastungen durch gesundheitliche Risikofaktoren und folglich die Prävalenzen von den Erkrankungen, die als sogenannte neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter beschrieben sind (wie z. B. Adipositas) bei sozial benachteiligten Kindern deutlich höher sind (RKI 2010). Entsprechend kann das Meistern von relevanten Entwicklungsaufgaben bzw. den Anforderungen in der Schule durch physische und psychische Risikofaktoren oder kritische Ereignisse negativ bzw. durch das Vorhandensein von Ressourcen positiv beeinflusst werden (Wille u. a. 2008; Lyssenko u. a. 2010). Vor diesem Hintergrund hat das Kindesalter, obwohl es als eine Phase mit im Allgemeinen wenigen gesundheitlichen Belastungen verstanden wird, für die gesundheit-

1 Unter Mitarbeit von Ellen Roloff, Jette Lange, Sebastian Flottmann und Ina Pöche-Guckelberger

liche Lage im Lebensverlauf eine entscheidende Bedeutung. Belastungen, die in dieser Zeit auftreten, können sich im Laufe der Zeit manifestieren und zu Erkrankungen führen. Zudem prägen sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen mit hoher Stabilität im Kindesalter aus (Erhart u. a. 2010). Die Empfänglichkeit für das Erlernen von gesundheits- und krankheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensansätzen ist insbesondere im Grundschulalter hoch (Naidoo und Wills 2003).

Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention können daher im Kindesalter besonders wirken und langfristig greifen. Insbesondere Übergewicht und Adipositas, Unfallverletzungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Aufmerksamkeits-Defizits bzw. Hyperaktivitätssyndrom, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme sowie Entwicklungs- und Lernschwierigkeiten sind Gesundheitsprobleme, die im späteren Entwicklungsverlauf auftreten, jedoch durch eine frühzeitige Prävention bzw. Intervention vermieden oder verringert werden können (Erhart u. a. 2010).

Über lange Jahre haben sich in Deutschland unterschiedliche Ansätze zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention im Kindes- und Jugendalter entwickelt und etabliert. Neben dem Ausbau von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung in der Schule, wo bis dato eine projektbasierte, heterogene und wenig übergreifende Ausrichtung dominiert, existieren darüber hinaus auch Programme zur Früherkennung von Krankheiten (vgl. u. a. Straßburg 2009 und Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2011). Diese stehen Kindern in Deutschland im Lebensalter von 0 bis 6 Jahren (U 1 bis U 9) sowie Jugendlichen zwischen 12 und 14 Jahren (J 1) zur Verfügung und werden als umfangreiches, von den Krankenkassen finanziertes Programm von Untersuchungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur Früherkennung von Krankheiten angeboten.

Eine Lücke in diesem System klafft für Kinder im Grundschulalter, da für diese Altersgruppe noch kein allgemeiner und gesetzlich verankerter Anspruch auf derartige medizinische Früherkennungsuntersuchungen besteht, obgleich Expertinnen und Experten Angebote in dieser Altersgruppe für sehr sinnvoll erachten (BMG 2009). Auf freiwilliger Basis bieten einige Krankenkassen für ihre Versicherten zwei zusätzliche Untersuchungen (U 10 und U 11) im Grundschulalter an und können entsprechend kostenfrei in Anspruch genommen werden. Eine Ausweitung des Kinderuntersuchungsprogramms auch über das Grundschulalter hinaus bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist Gegenstand des Ende Oktober 2014 vorgelegten Entwurfes zum Präventionsgesetz.

Neben den Früherkennungsuntersuchungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchlaufen alle Kinder in Deutschland im Einschulungsalter eine weitgehend durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) durchgeführte Schuleingangsuntersuchung. Zusätzlich zu dieser am Beginn der Schullaufbahn stehenden Untersuchung werden in den neuen Bundesländern (im Unterschied zu den alten Bundesländern) weitere gesundheitsbezogene Untersuchungen in der Grund- und weiterführenden Schule durchgeführt (siehe im Überblick BZgA 2013). So findet in Brandenburg in der sechsten und zehnten Klassenstufe eine solche Untersuchung statt (§ 1 KJGDV). Im Freistaat Sachsen erfolgen gesundheitsbezogene Untersuchungen in der Schule in der zweiten oder dritten Klasse sowie in der sechsten Klassenstufe (§ 26a SchulG Sachsen) und in Sachsen-Anhalt in der dritten und sechsten Klassenstufe (MS S-A 2011). In Mecklenburg-Vorpommern und im Freistaat Thüringen finden gesundheitsbezogene Untersuchungen in der Schule während der vierten und der achten Klassenstufe statt (§§ 1–3 SchulGesPflVO M-V; § 4 ThürSchulgespflVO).

Insgesamt betrachtet zeigt sich ein heterogenes Versorgungsangebot, welches Lücken in der flächendeckenden Früherkennung von gesundheitlichen Risiken und Krankheiten insbesondere für 6- bis 10-jährige Kinder und vor allem in den westdeutschen Bundesländern aufweist (BMG 2009; BZgA 2013).

Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden häufig in bestimmten Settings durchgeführt. Der Begriff »Settingansatz« entstand in den 1980er-Jahren durch die WHO, welche in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung beschreibt, dass »Gesundheit von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben« (WHO 1986, zitiert nach Naidoo und Wills 2003, S. 259). Diese Lebenswelten bzw. Settings, wie u. a. Schule, Betrieb oder Wohngegend, gilt es, gesundheitsförderlicher zu gestalten. So wird insbesondere die Schule als wichtiges Setting gesehen, da sie Menschen über Jahre begleitet und viele unabhängig von ihrer Herkunft erreicht (Naidoo und Wills 2003). So beschreibt Paulus sehr konkret: »Da Schule alle Kinder und Jugendlichen erreicht, die der Schulpflicht unterliegen, erreicht sie auch solche aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Milieus. Dadurch kann sie dazu beitragen, den […] negativen Zirkel von ungünstigen Herkunftsbedingungen und den daraus resultierenden geringeren Bildungschancen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu unterbrechen oder doch zumindest in den Auswirkungen zu verringern.« (Paulus 2010a, S. 8) Gesundheitsförderliche Maßnahmen in Settings müssen die Bedingungen und Lebensumstände innerhalb dieser Lebenswelten berücksichtigen und folglich komplexe Prozesse zur Veränderung von Gesundheitsdeterminanten anstoßen. Vor diesem Hintergrund sollten gesundheitsfördernde Aktivitäten in Settings – und so auch in der Schule – stets verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze beinhalten (Altgeld und Kolip 2010). Entsprechend bieten Aktivitäten in der Grundschule den Vorteil, alle Kinder in ihrem konkreten Lebensbezug zu erreichen. Die Schule begleitet Kinder nicht nur über einen längeren Zeitraum, sie gewinnt auch aufgrund der gesellschaftlichen Wandlungsprozesse, die ein sinkendes Potenzial der Familie in der Sozialisation bewirken, zunehmend an Bedeutung als Instanz der Bildung, Erziehung und Sozialisation (Paulus 2010a).

Intensiv wurde in den letzten Jahren auch die Frage der Wirksamkeit von Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der schulischen Gesundheitsförderung im Besonderen nachgegangen. Zur Wirksamkeit von Interventionen schulischer Gesundheitsförderung und Prävention sollen hier kurz die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit – basierend auf hochwertigen (Meta-) Studien – vorgestellt werden (Stewart-Brown 2006). Anschließend erfolgt eine Ergänzung durch aktuelle Reviews, die im Rahmen eigener Recherchen gefunden werden konnten.

Stewart-Brown (ebd.) konnte zeigen, dass Interventionen mit umfeldbezogenen Ansätzen erfolgreicher waren als solche, die keine umfeldbezogene Perspektive integrierten. Zusätzlich effektiver waren jene Interventionen, die Eltern einbezogen. Während für die meisten Präventionsbereiche effektive (Teil-)Programme ausfindig gemacht werden konnten, schienen gleichzeitig viele Programme unwirksam. Interventionen mit dem Ziel der Förderung psychischer bzw. seelischer Gesundheit, gesunder Ernährung und Bewegung und der Unfallprävention konnten als am effektivsten ausgemacht werden, im Gegensatz dazu erschienen Interventionen in den Bereichen Substanzmissbrauch, sexuelle Gesundheit und Mundhygiene als am wenigsten

effektiv (ebd.). Interventionen zur Förderung seelischer bzw. psychischer Gesundheit waren besonders effektiv, wenn sie einen gesamtschulischen Ansatz verfolgten und »die wesentlichen Elemente des Konzeptes >Gesundheitsfördernde Schulen< berücksichtigten, zum Beispiel Veränderungen der Schulumgebung, die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten im Rahmen des Unterrichts, die Einbeziehung von Angehörigen und der Gemeinde und die aktive Einbeziehung der gesamten Schule«. (ebd., S. 10)

In einem aktuelleren Review untersuchten Dobbins u. a. (2009) schulbasierte Programme zur Förderung der physischen Aktivität und Fitness bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Primäre Outcomes waren die Rate der physischen Aktivität in der Freizeit, die Dauer der physischen Aktivität und der Fernsehkonsum. Als sekundäre Outcomes wurden der durchschnittliche systolische und diastolische Blutdruck, der durchschnittliche Cholesterinspiegel, der Body-Mass-Index, die maximale Sauerstoffausschöpfung sowie die Pulsrate festgelegt. Bei den einbezogenen Studien konnte für folgende vier der neun Outcomes ein positiver Effekt ermittelt werden: Dauer der physischen Aktivität, Fernsehkonsum, maximale Sauerstoffausschöpfung und Blutcholesterin. Keine Effekte zeigten sich hinsichtlich der physisch aktiven Freizeitgestaltung, des Blutdrucks, des Body-Mass-Index und der Pulsrate (Dobbins u. a. 2009).

Sklad u. a. (2012) untersuchten in ihrem Review die Effektivität von universellen, sozialen, emotionalen und verhaltensbezogenen, schulbasierten Programmen. Direkte Outcomes lassen sich nach sozial-emotionalen Skills und einem positiven Selbstbild unterteilen. Effekte zweiter Ordnung stellten antisoziales Verhalten, prosoziales Verhalten, Substanzmissbrauch und mentale Gesundheitsstörungen dar. Trotz vorhandener Unterschiede konnte insgesamt gezeigt werden, dass positive Effekte für alle sieben Outcome-Kategorien auftraten. Dabei waren die unmittelbaren Effekte stärker als die langfristigen Effekte.

Die Rolle der Gesundheit für Bildung und Schulen und daraus resultierende Anforderungen

Angesichts steigender und durch Bildungspolitik, Inklusionsbestrebungen und gesellschaftlichen Wandel begründeter Anforderungen stehen Schulen vor der Herausforderung, einen geeigneten Rahmen für schulische Gesundheitsförderung anzubieten. Deutlich wurde, dass Gesundheitsförderung in Schulen dann gelingt, wenn dies nicht von außen additiv implementiert, sondern aus schulischer Initiative entsteht und in den Bildungs- und Erziehungsplan der Schulen integriert wird (Paulus 2010a). Die Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule, wie sie im Rahmen der Kultusministerkonferenz 2012 beschlossen wurden, fordern zudem einen partizipativen Ansatz, der »die Bedarfe und Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler sowie der anderen schulischen Akteure berücksichtig[t] und konkrete Lebensweltbezüge aufweis[t]«. (KMK 2012, S. 3) Dabei wird die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit relevanter Akteurinnen und Akteuren betont. (ebd.)

Mit dem Ziel, Gesundheit und Schule bzw. Bildung zu einem gemeinsamen Ansatz zu vereinen, der auf eine Steigerung der Qualität beider Bereiche zielt, haben in Deutschland bereits unterschiedliche Projekte stattgefunden, die sich jedoch hinsichtlich ihrer Reichweite erheblich unterscheiden (Paulus 2000). Ihre Bezugspunkte lagen dabei oftmals entweder in der Gesundheitsförderung oder in der Schulentwicklung. Eine dauerhafte Integration beider Bereiche ist bislang – bis auf wenige Ausnahmen – unzureichend geglückt. Als Begründung beschrieb Schirm: »Die Unverbindlichkeit der Ottawa Charta und der vielen Manifeste einzelner Länder zur Gesundheitsförderung in Schulen, d.h.

die mangelnden gesetzlichen Grundlagen, fördern weder die Bereitschaft der Schulen noch die der ärztlichen Selbstverwaltung zu einer gemeinsamen gesundheitsfördernden Zusammenarbeit.« (Schirm 2005, S. 24) Auch fünf Jahre später werden die bisherigen Schnittstellen von Bildungs- und Gesundheitssektor als »marginal« beschrieben. (Altgeld und Kolip 2010, S. 52)

Mit dem Konzept der guten gesunden Schulen liegt ein schulpädagogisch motivierter theoretischer Rahmen vor, der eine Brücke zwischen diesen Ansatzpunkten leistet (siehe u. a. Paulus 2010a). Hier wird – anders als bisher – die Gesundheit in den Dienst der Schule gestellt, um zur Steigerung der schulischen Erziehungs- und Bildungsqualität beizutragen: »Gesundheit [ist] kein Zusatzthema mehr, das von der Schule und vor allem von den Lehrkräften auch noch geschultert werden soll. Es verspricht vielmehr eine Stärkung für die Bewältigung des schulischen Kerngeschäfts. « (Paulus 2010b, S. 581) Vor diesem Hintergrund definiert Paulus die gute gesunde Schule wie folgt: »Die gute gesunde Schule ist eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung klar den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt für Gesundheitsinterventionen einsetzt. Ziel ist die nachhaltig wirksame Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule.« (ebd., S. 582)

Inzwischen liegt dieses Konzept der guten gesunden Schule verschiedenen Landesprogrammen im Bereich »Bildung und Gesundheit« zugrunde (ebd.), welches eine wichtige Grundlage für das nachfolgend dargestellt Modellvorhaben darstellt.

» Das Modellvorhaben Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen

Rahmenbedingungen des Modellvorhabens

Wie bereits beschrieben, ist das Grundschulalter durch zahlreiche Entwicklungsschritte und -aufgaben gekennzeichnet. Mit dem Übergang in die Schule verändert sich das Leben von Kindern grundlegend. Sie unterliegen einem durch das Schulsystem vorgegebenen Rhythmus und sind gefordert, die in der Schule festgelegten Entwicklungs- und Lernaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Eine gute Gesundheit und eine angemessene Unterstützung im schulischen und familiären System erleichtern Kindern, die an sie gestellten Herausforderungen erfolgreich zu meistern.

Unbestritten ist, dass sich das Grundschulalter besonders eignet, langfristige Effekte auf die Gesundheit sowie auf die schulische und die soziale Entwicklung bei frühzeitiger Intervention zu erzielen. Somit können auch Statusübergänge (z. B. in die weiterführende Schule) durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung positiv begleitet und im Sinne der Verbesserung von Chancengleichheit genutzt werden (siehe hierzu WHO 2004). Wie ausgeführt, steht Kindern im Grundschulalter kein umfassendes Angebot einer gesundheitlichen Untersuchung zur Verfügung. Ein solches ergänzendes Angebot einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen hätte den Vorteil, dass alle Kinder einer definierten Jahrgangsstufe in ihren konkreten Lebensbezügen erreicht würden. Durch die Einbettung in die Lebenswelt Grundschule können konkrete Maßnahmen zur frühzeitigen individuellen Förderung für die schulische Entwicklung in das Gesamtsystem Grundschule integriert sowie verhältnisbezogene Maßnahmen, die das schulische

Umfeld betreffen, abgeleitet und umgesetzt werden. Initiiert und gefördert wird das Modellvorhaben vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und koordiniert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Universität Osnabrück führt das Modellvorhaben durch.

Ergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Prüfung der Machbarkeit einer modellhaften Erprobung einer Gesundheitsuntersuchung in Deutschland sowie die Entwicklung eines Konzeptes für eine solche Untersuchung war Gegenstand einer Machbarkeitsstudie, die von Dezember 2012 bis April 2013 durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fungierte dabei als Projektträger. Die Machbarkeitsstudie kommt zu dem Ergebnis, dass eine modellhafte Erprobung grundsätzlich möglich ist, und benennt für die Umsetzung konkrete Durchführungsvoraussetzungen (BZgA 2013). Das im Rahmen der Machbarkeitsstudie entwickelte Konzept der Gesundheitsuntersuchung bietet einen umfassenden Ansatz, die Gesundheit und die schulische Entwicklung der Grundschulkinder frühzeitig zu fördern. Es beinhaltet zudem ein hohes innovatives Potential, langfristig zur Verzahnung der Bereiche Bildung und Gesundheit beizutragen und eine Verkettung der präventiv ausgerichteten Angebote in diesem Lebensalter zu erzielen. Folgende konzeptionelle Eckpunkte wurden für eine mögliche Umsetzung in der Machbarkeitsstudie definiert:

- »Die Gesundheitsuntersuchung muss in die Lebenswelt Schule integriert sein, d. h. gemeinsam von Akteuren des Gesundheits- und des Schulsystems getragen und umgesetzt werden. (Kooperativer Ansatz)
- Die Gesundheitsuntersuchung sollte allen Kindern angeboten werden. (Kein selektives Angebot)
- Die Gesundheitsuntersuchung steht mit ihrer Ausrichtung nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten (wie z. B. den U-Untersuchungen), sondern stellt ein eigenständiges Angebot mit spezifischer Ausrichtung dar. (Komplementärer Ansatz)
- Die Gesundheitsuntersuchung muss sowohl die individuelle Gesundheit des zu untersuchenden Kindes als auch für die Gesundheit relevante Lebensweltfaktoren einbeziehen und valide erfassen. (Alle relevanten Faktoren einbeziehen)
- Die Gesundheitsuntersuchung sollte die Schwerpunkte auf gesundheitliche Risiken (respektive Ressourcen) für den Schulerfolg legen. Die Ergebnisse sollten individuell, d. h. für das einzelne Kind, und kollektiv zur Entwicklung der Lebenswelt Schule, genutzt werden. (Nutzen für die Kinder und die Schule)
- Die Gesundheitsuntersuchung sollte relevante Informationen von Eltern und auch Lehrern und Lehrerinnen einbeziehen und den Austausch mit den Eltern und Lehrern und Lehrerinnen fördern. (Partizipation)
- Die Gesundheitsuntersuchung sollte zu Aktivitäten für eine >gesunde Schule< aktiv beitragen, Impulse geben und die relevanten Akteure einbinden. (Gesundheitsförderung bzw. Prävention und Vernetzung)
- Die Daten der Gesundheitsuntersuchung sollten sowohl individuell (Rückinformation an die Eltern) als auch Einzelperson übergreifend aufbereitet und genutzt werden. (Gesundheitsberichterstattung)
- Ein Zusatznutzen wird darin gesehen, die nach der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Fördermaßnahmen im Längsschnitt zu betrachten. (Evaluation)« (BZgA 2013, S. 49)

Diese konzeptionellen Eckpunkte wurden bei der Konzeption des Modellvorhabens zugrundegelegt.

Umsetzungsphasen und Arbeitspakete

» Abb. 1: Umsetzungsphasen und Arbeitspakete des Modellvorhabens

Konzeption des Modellvorhabens

Das Modellvorhaben prüft derzeit die Umsetzbarkeit der komplex angelegten Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen und die Erreichung der damit verbundenen Ziele. Die Gesundheitsuntersuchung ist in das Gesamtsystem Grundschule eingebettet. Entsprechend werden verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen in der Lebenswelt Grundschule abgeleitet und in enger Abstimmung gemeinsam mit Verantwortlichen des Gesundheits- und Schulbereichs umgesetzt. Einerseits werden hierdurch Kinder in ihrer schulischen Entwicklung und andererseits die Schule bei der langfristigen Etablierung einer gesunden Lebenswelt unterstützt. Durch die Einbettung in die Lebenswelt Grundschule können alle Kinder der dritten Jahrgangsstufe in ihren konkreten Lebensbezügen erreicht, individuelle Bedarfe identifiziert und konkrete Maßnahmen zur frühzeitigen individuellen Förderung initiiert werden.

Das Konzept der Gesundheitsuntersuchung verbindet die unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen, entwickelt auf einer breiten Datengrundlage die für die Schule und die Grundschulkinder passenden Aktivitäten als Teil des Schulentwicklungsprozesses und bietet Erkenntnisse zum Erfolg der Gesundheitsuntersuchung. Das Modellvorhaben knüpft an die Bestrebungen von Schulen an, sich weiterhin zu einer guten gesunden Schule zu entwickeln.

Das Modellvorhaben umfasst neben einer schulärztlichen Untersuchung in der Grundschule auch begleitende gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten für die Schülerinnen und Schüler in den beteiligten Grundschulen. Die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen stellt ein eigenständiges, inhaltlich ergänzendes Angebot mit spezifischer Ausrichtung dar, das den Schwerpunkt auf gesundheitliche Risiken und Ressourcen für den Schulerfolg legt. Konzeptionell schließt die Gesundheitsuntersuchung an die Schuleingangsuntersuchung in den Modellregionen an und ist komplementär zu den bereits bestehenden Früherkennungsuntersuchungen angelegt.

In der Konzeption des Modellvorhabens wurden sowohl die erforderlichen Durchführungsvoraussetzungen, wie u. a. die verantwortliche Beteiligung des Kultus- bzw. Schul- und Gesundheitsbereichs, als auch die in der Machbarkeitsstudie definierten konzeptionellen Eckpunkte umgesetzt. Das Modellvorhaben gliedert sich in eine Vorbereitungs-, Durchführungs- und Abschlussphase und wird über den gesamten Projektzeitraum wissenschaftlich evaluiert (Prozess- und Ergebnisevaluation) (siehe Abbildung 1).

Die Umsetzung erfolgt gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren des Schul- und Gesundheitsbereichs in den drei Modellregionen: Stadt Flensburg (Gesundheitsamt Stadt Flensburg und Schulamt Stadt Flensburg), Kreisfreie Stadt Kassel (Gesundheitsamt Stadt Kassel und Landesschulamt und Lehrkräfteakademie – Staatliches Schulamt für den Landkreis und die Stadt Kassel) und Kreis Recklinghausen (Gesundheitsamt im Kreis Recklinghausen und Schulamt im Kreis Recklinghausen). In den ausgewählten Grundschulen der Modellregionen sollen jeweils 600 Kinder der dritten Jahrgangsstufe einbezogen werden. Insgesamt sind 40 Schulen in den drei Modellregionen beteiligt.

Ziele des Modellvorhabens

Zielsetzung des Modellvorhabens ist es, eine komplexe Intervention zur Förderung der Gesundheit von Grundschulkindern in ausgewählten Modellregionen zu erproben, die eine schulärztliche Untersuchung in der Grundschule und davon abgeleitete Aktivitäten der Gesundheitsförderung bzw. Prävention, basierend auf den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchung und zum Profil der Grundschule passend, einschließt. Die konzeptionellen Eckpunkte des Modellvorhabens und die Projektarchitektur stellen den übergeordneten Referenzrahmen der konkreten Durchführung dar, aus dem sich die spezifischen Projektziele ableiten. Die Eckpunkte und die Architektur bilden die Basis für die konkreten inhaltlichen Ziele. Während die spezifischen Projektziele durch den zeitlichen Ablauf und insbesondere durch die jeweils spezifischen Vor-Ort-Bedingungen – d. h. den Rahmenbedingungen des beteiligten Bundeslandes, der beteiligten Kommune und den beteiligten Schulen – determiniert werden.

Abbildung 2 stellt die wesentlichen Zielbereiche und -dimensionen des Modellvorhabens dar. Eine übergreifende Orientierung und Einordnung des Modellvorhabens in das Konzept einer guten, gesunden und inklusiven Schule erfolgt durch die explizite Formulierung eines Metaziels, welches im Rahmen der Projektlaufzeit nicht als »harter« Ergebnisparameter (Outcome) zu messen ist. Dieses Metaziel beinhaltet als Teildimensionen die Bereiche »Schulqualität«, »Gesundes Aufwachsen, Lernen und Lehren« sowie »Teilhabe«. Als übergeordnete Ziele werden vier Bereiche differenziert, die jeweils spezifische Aspekte des Modellvorhabens bündeln. In ihrer Ausrichtung sind sie allerdings nicht strikt von einander getrennt, sondern weisen Überlappungen auf.

Übergeordnete Zielebene und -bereiche des Modellvorhabens

Übergeordnete Zielebene (Metaziel)	**Gute, gesunde und inklusive Schule**			Schulqualität Gesundes Aufwachsen. Lernen und Lehren Teilhabe
Übergeordnete Zielbereiche (MEG)	**Zielbereich 1** Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens	**Zielbereich 2** Hohe Akzeptanz und Beteiligung an der Gesundheitsuntersuchung (GU)	**Zielbereich 3** Identifikation von Gesundheitsrisiken / -ressourcen und Ableitung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten	**Zielbereich 4** Schaffung / Etablierung relevanter Strukturen und Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteuren / -innen
Zieldimensionen	Umsetzbarkeit des GU-Konzeptes (alle Teilkomponenten)	Alle Kinder / Eltern werden erreicht	Valide Identifikation relevanter Risiken / Ressourcen für den Schulerfolg	Schaffung eines integrativen Angebotes und Bildung nachhaltiger Strukturen in Schule und Umfeld
	Akzeptanz und Beteiligung relevanter Akteure / -innen	Passung des Evaluationskonzeptes	Nutzbarkeit und Nutzen der Daten und Berichte gewährleisten	Partizipation der Akteure / -innen ermöglichen
	Anforderungen an Verstetigung identifizieren	Chancen für Gesundheit bzw. Schulerfolg verbessern	Passung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Zielerreichung sicherstellen	Vernetzung erfolgreich unterstützen und etablieren

» Abb. 2: Übergeordnete Zielebene und -bereiche des Modellvorhabens

– Der Zielbereich 1 »Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens« fokussiert auf die Durchführungsvoraussetzung und die konkreten Implementationsstrategien in den drei Modellregionen. Im Vordergrund steht eine globale Bewertung des Gesamtvorhabens, ohne hierbei bereits eine detaillierte inhaltliche Analyse vorzunehmen. Die einzelnen inhaltlichen Aspekte, die durch das Modellvorhaben adressiert werden, sind in den Zielbereichen 2 bis 4 konkretisiert und dort in spezifische Zieldimensionen untergliedert.
– Die Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung bei den Kindern und Eltern und die Erreichung aller Kinder in den ausgewählten Schulen sind Kernaspekte des Zielbereiches 2 »Hohe Akzeptanz und Beteiligung an der GU«.
– Der Zielbereich 3 »Identifikation von Gesundheitsrisiken / -ressourcen und Ableitung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten« umfasst sowohl die Güte der schulärztlichen Untersuchung als auch der Dokumentation und der Berichte sowie der Passgenauigkeit der abgeleiteten gesundheitsförderlichen Aktivitäten und deren Zielerreichung.
– Die Unterstützung der Lebenswelt Grundschule zur integrativen und nachhaltigen Verankerung von Gesundheit in den eigenen Strukturen und

Kontexten ist Gegenstand des Zielbereiches 4 »Schaffung/Etablierung relevanter Strukturen und Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren«.

Evaluationskonzept

Die evaluationsspezifischen Ziele – und davon abgeleitet die Fragestellungen –generieren sich unmittelbar aus den Zielstellungen des Modellvorhabens »Gesundheitsuntersuchung an Grundschulen«. Die übergeordneten Fragestellungen docken dabei an die übergeordneten Zielbereiche an und lassen sich wie folgt spezifizieren:

- Kann das Modellvorhaben erfolgreich, d. h. der Konzeption entsprechend, und unter den gegebenen Vor-Ort-Bedingungen umgesetzt werden? (Zielbereich 1)
- Findet das Modellvorhaben eine hohe Akzeptanz bei den Schülerinnen und Schülern sowie bei den beteiligten Akteurinnen und Akteuren? (Zielbereich 2)
- Gelingt mit dem Modellvorhaben eine valide Erfassung von Gesundheitsrisiken bzw. -ressourcen für die schulische Entwicklung bzw. in der Lebenswelt Grundschule, und lassen sich daraus Aktivitäten der Gesundheitsförderung bzw. Prävention ableiten, die die Chancen auf Schulerfolg bzw. Gesundheit in der Lebenswelt Grundschule erhöhen? (Zielbereich 3)
- Trägt das Modellvorhaben zur Etablierung bzw. Schaffung von nachhaltigen Strukturen der Gesundheitsförderung bzw. Prävention in der Lebenswelt Grundschule und zur stabilen Vernetzung der zu beteiligenden Akteurinnen und Akteure bei? (Zielbereich 4)

Die Evaluationsfragestellungen sind komplex und haben nicht nur eine unterschiedliche Reichweite, sondern folgen auch einem projektdynamischen Ablauf. Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, das Evaluationskonzept neben der formativen und summativen Evaluation, um weitere Evaluationsdimensionen zu erweitern. Hierdurch wird gewährleistet, dass die unterschiedlichen auf das Modellvorhaben zu richtenden Perspektiven transparent und nachvollziehbar dargestellt sowie in der entsprechenden Auswertungstiefe bearbeitet werden können. Das Evaluationskonzept greift hierzu auf das CIPP-Modell von Stufflebeam als übergeordneten Rahmen für die Evaluation von komplexen Programmen zurück.

Die ursprünglichen Dimensionen (Context, Input, Process, Product) wurden im Laufe der Jahre durch weitere Dimensionen angereichert. Heute dient das Modell in vielfältigen Kontexten als Evaluationsgrundlage (Stufflebeam 2007). Die Prozessevaluation (formative Evaluation) findet sich in diesem Modell als eigenständiger Bereich wieder. Die summative Evaluation wird hier in die Evaluationsbereiche Impact, Effektivität und Nachhaltigkeit eines Programms untergliedert. Die Einflüsse der Umwelt werden durch die Kontextevaluation integriert, ebenso ermöglicht die Inputevaluation den Einbezug von Best-Practice Beispielen. Zusätzlich erfolgt die Evaluation von Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit, die für dieses Modellvorhaben als besonders relevant erscheinen. Zum Zwecke der Metaevaluation wurde für die externe Qualitätskontrolle ein Evaluationsbeirat eingerichtet, der paritätisch mit namhaften Expertinnen und Experten aus den Bereichen Gesundheit und Schule besetzt ist.

Zur Evaluation des Projektes sollen sowohl quantitative als auch qualitative sozialwissenschaftliche Methoden genutzt werden. Im Rahmen dieser Projektevaluation sind als quantitative Methoden standardisierte (Online-)Befragungen in verschiedenen Kontexten geplant, welche der Generierung von statistisch auswertbaren Datensätzen dienen, die zusätzlich einen Prä-Post-Vergleich ermöglichen. Die qualitativen Methoden, die es durch ihren eher offenen Zugang ermöglichen, von den Projekt-

beteiligten ein subjektiveres und konkreteres Meinungsbild zu Projektprozessen und -ergebnissen zu generieren, sollen im Rahmen von verschiedenen (Experten-)Interviews, Gruppendiskussionen, teilnehmenden Beobachtungen und Dokumentensammlungen und -analysen eingesetzt werden.

Die nicht invasive Untersuchung der Kinder findet während der Durchführungsphase statt. Ihre Eltern sollen während der Durchführungsphase einerseits im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung und andererseits zu den abgeleiteten gesundheitsförderlichen Aktivitäten befragt werden, außerdem anschließend in der Abschlussphase. Ebenso geplant ist eine Befragung der Lehrerinnen und Lehrer zum Zeitpunkt der Durchführungs- und der Abschlussphase. Die Schulleitungen sollen, ebenso wie die Akteure aus den Bereichen Gesundheit und Schule, während der Vorbereitungs-, Durchführungs- und Abschlussphase befragt werden. Die Projektbeteiligten der Universität Osnabrück, der BZgA sowie die Regionalkoordinatorinnen und -koordinatoren und weitere relevante Beteiligte aus den Modellregionen sollen fortlaufend zur Projektplanung und -umsetzung sowie auftretenden Hindernissen befragt werden. Des Weiteren sind Experteninterviews zu unterschiedlichen Themengebieten im Laufe des Projektes vorgesehen.

Aktueller Projektstand

Wesentliche Arbeitsschritte der ersten Projektphase konnten inzwischen durchgeführt und erfolgreich abgeschlossen werden:

1. Schaffung struktureller und formaler Rahmenbedingungen
2. Kontextanalyse
3. Entwicklung des Konzeptes für die schulärztliche Untersuchung einschließlich aller Materialien
4. Durchführung einer Pilotphase

In einer Vorbereitungsphase wurden die strukturellen und formalen Rahmenbedingungen für die Durchführung des Modellvorhabens festgelegt, Ansprechpartner definiert, Schulen ausgewählt und informiert.

Im Rahmen der Kontextanalyse erfolgte eine umfassende Recherche über die beteiligten Länder (Nordrhein-Westfalen, Hessen und Schleswig-Holstein) und die drei Modellregionen (Kreis Recklinghausen, Stadt Kassel und Stadt Flensburg). Es wurden auf Grundlage der Recherche detaillierte Berichte verfasst, die eine Bestandsaufnahme der geographischen Merkmale sowie der wirtschaftlichen und sozio-demographischen Rahmenbedingungen beinhalten. Darüber hinaus wurden Strukturen im Kultus- und Schulbereich wie auch im Gesundheitsbereich dargestellt sowie die Form und der Inhalt der Bildungs- und Gesundheitsberichterstattung beschrieben. Es folgte die Status quo-Betrachtung der Bildungssituation sowie der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Allgemeinen und der Kinder und Jugendlichen im Besonderen. Abschließend wurden in den Berichten aktuelle Projekte an (Grund-)Schulen im Bereich der Gesundheitsförderung sowie der Inklusion dargestellt. Zu den einzelnen ausgewählten Grundschulen wurden Schulprofile erstellt.

Entsprechend der Ausrichtung des Modellvorhabens auf gesundheitlich relevante Ressourcen bzw. Risiken für den Schulerfolg wurde auf Basis von Literaturanalysen, der Untersuchungskataloge der Schuleingangsuntersuchung und der Schuluntersuchungen eine Festlegung der Untersuchungsinhalte getroffen. Dabei fanden auch bevölkerungsrepräsentative Studien sowie Expertengespräche Berücksichtigung. Die Inhalte sowohl des Elternfragebogens wie auch der schulärztlichen Untersuchung selbst beziehen explizit die Ergebnisse der KiGGS-Studie sowie die wissenschaftlichen Expertise der Charité und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin »Früherkennungsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen zwischen

6 und 10 Jahren« (BMG 2009) ein, die besonders relevante Erkrankungen für das Grundschulalter (6 bis 10 Jahre) priorisiert hat. Hierbei handelt es sich um ADHS, Adipositas, allergische Rhinitis, Asthma bronchiale, obstruktive Bronchitis, emotionale Störungen, Hör- und Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. (BMG 2009) Sofern vorhanden, wurden solche Erhebungsinstrumente eingesetzt, die wissenschaftlich validiert sind bzw. als Standard in den durch den ÖGD durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen oder Schuluntersuchungen gelten (im Sinne eines Expertenstandards).

Die Auswahl entsprechender Untersuchungsverfahren ist grundlegend mit dem Anspruch verbunden, zum einen ein Testverfahren zu verwenden, das eine standardisierte Durchführung und Auswertung ermöglicht, zu welchem Referenzwerte vorliegen und das zusätzlich durch relevante Fachexpertisen gestützt ist. Zum anderen ist der zeitliche Untersuchungsrahmen einzuhalten. Aus diesem Grund wurden hinsichtlich Grob- und Visuomotorik statt kompletter Testbatterien einzelne Subtests verwendet, deren Ergebnisse unter Abstimmung mit Fachexpertinnen und -experten fundierte Hinweise auf mögliche Risiken in dem jeweiligen Untersuchungsbereich ermöglichen.

Das Untersuchungskonzept und die Untersuchungsmaterialien wurden in einem mehrstufigen Prozess entwickelt und bewertet. Zunächst wurde in engem Austausch mit den Experten und Expertinnen aus den Modellregionen ein Untersuchungskatalog einschließlich der Fragen für den Elternfragebogen und der einzusetzenden Screeninginstrumente sowie ein Manual für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung entwickelt. Eine weitere Konsentierung erfolgte in dieser Phase mit den Fachkolleginnen und Fachkollegen aus dem BMG und der BZgA. Ein positives Votum der Datenschutzbeauftragten der Universität Osnabrück und der Ethikkommission der Universität Osnabrück liegt vor.

Um erste Hinweise zur Umsetzbarkeit und Güte von Untersuchungskonzept und -materialien zu erhalten, wurden das Prozedere, die Materialien sowie die Untersuchungsdurchführung in einer Schule erprobt (Pilotphase). Entsprechend wurden die vorgesehenen Abstimmungs- und Informationsprozesse sowie alle Schritte der eigentlichen schulärztlichen Untersuchung (Integration in den Schulalltag, zeitliche und räumliche Koordination, Informations- und Untersuchungsdokumente, Untersuchungsinhalte, Rückmeldeprocedere) in einem zweitägigen Probedurchgang durchlaufen. Eine Bereitschaft zur Teilnahme erklärten 28 Kinder von insgesamt 57 Kindern des Jahrgangs, von denen 25 Kinder der dritten Klassen schulärztlich untersucht werden konnten, was sich zum Teil durch die zeitliche Platzierung kurz vor dem Sommerferien erklären lässt.

Der Pilottest zeigte, dass der Elternfragebogen und die eingesetzten Dokumente gut verständlich waren und sich weitgehend problemlos in den Dokumentationsbogen übertragen ließen. Schwierigkeiten, die sich beispielsweise bei der Nutzung der Auswertungsschablone des Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Strengths, Difficulties Questionnaires [SDQ], Goodman 1997; youthinmind 2014) zeigten, konnten bereits im Laufe des Pilottests behoben werden. Die teilnehmenden Kinder hatten mit keinem Untersuchungsinhalt Probleme, sondern nahmen insgesamt sehr gerne an den Aufgaben und Untersuchungen der schulärztlichen Untersuchung teil. Sprachliche Verständnisschwierigkeiten hatten insgesamt zwei Elternpaare, die durch die Koordinatorin bei dem Ausfüllen des Fragebogens unterstützt wurden. Übersetzte Dokumente – wie für die Hauptphase geplant – lagen für den Pretest nicht vor.

In einer weiteren Feedback-Runde wurden die im Pilottest eingesetzten Dokumente den Partnern aus den Landesministerien und den Mitgliedern des Beirates vorgelegt sowie spezifische Fragen mit ausgewählten Fachexperten und -expertinnen erörtert. In die finalisierte Fassung wurden die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Pilotphase sowie die Rückmeldungen aus der Expertenrückmeldung aufgenommen. Die Informationsunterlagen und der Elternfragebogen wurden in Absprache mit den Modellregionen in folgende Sprachen übersetzt: Englisch, Französisch, Russisch, Polnisch, Türkisch und Dänisch.

» Ausblick

Ab Anfang November 2014 starteten die schulärztlichen Untersuchungen in den drei Modellregionen und werden im laufenden Schuljahr vollständig durchgeführt. Die letzten Untersuchungen finden im April 2015 statt.

Die Ergebnisse sollen in einem Berichtsformat dargestellt werden, welches es den Schulen ermöglichen soll, auf Grundlage der Ergebnisse Handlungsbedarfe für ihre Schule zu erkennen. Diese werden in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit den Projektpartnern bewertet und sollen in Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung münden. Sowohl die Untersuchungen selbst, wie auch die sich in den Schulen anschließenden Prozesse werden von der Universität Osnabrück wissenschaftlich evaluiert und begleitet.

» Literatur

Altgeld, T.; Kolip, P. (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern, S. 45–58.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009): Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter zwischen 6 und 10 Jahren. Abschlussbericht. Wissenschaftliche Expertise der Charité und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Berlin.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2011): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013, in Kraft getreten am 12. März 2011.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Machbarkeitsstudie Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen. Köln.

CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Berlin.

Ditton, H. (2013a): Kontexteffekte und Bildungsungleichheit: Mechanismen und Erklärungsmuster. In: Becker, R.; Schulze, A. (Hg.): Bildungskontexte. Wiesbaden, S. 176 –206.

Ditton, H. (2013b): Wer geht auf die Hauptschule? Primäre und sekundäre Effekte der sozialen Herkunft beim Übergang nach der Grundschule. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 16, S. 731–749.

Dobbins, M.; De Corby, K.; Robeson, P.; Husson, H.; Tirilis, D. (2009): School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18. Cochrane Database SystRev, CD007651.

Dumont, H.; Maaz, K.; Neumann, M.; Becker, M. (2014): Soziale Ungleichheiten beim Übergang von der Grundschule in die Sekundarstufe I: Theorie, Forschungsstand, Interventions- und Fördermöglichkeiten. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17, S. 141–165.

Erhart, V.; Ottova, V.; Ravens-Sieberer, U. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 59–69.

Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, S. 581–586.

KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012).

Koglin, U.; Petermann, F. (2013): Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In: Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 101–118.

Lampert, T.; Kurth, B.-M. (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Deutsches Ärzteblatt, 43, S. 2944–2949.

Lyssenko, L.; Rottmann, N.; Bengel J. (2010): Resilienzforschung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 53, S. 1067–1072.

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (MS S-A) (2011): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009. Halberstadt.

Moor, I.; Pförtner, T. K.; Lampert, T.; Ravens-Sieberer, U.; Richter, M.; Deutschland, H.-T. (2012): Socioeconomic inequalities in subjective health among 11- to 15-year-olds in Germany. A trend analysis from 2002–2010. In: Gesundheitswesen, 74 Supplement, S. 49–55.

Moor, I.; Rathmann, K.; Stronks, K.; Levin, K.; Spallek, J.; Richter, M. (2014): Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. J Epidemiol Community Health. DOI 10.1136/jech-2014-203933

Müller, K.; Ehmke, T. (2013): Soziale Herkunft als Bedingung der Kompetenzentwicklung. In: Prenzel, M.; Sälzer, C.; Klieme, E.; Köller, O. (Hg.): PISA 2012 – Fortschritte und Herausforderungen in Deutschland. Münster und New York, S. 245–274.

Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln (BZgA).

Neumann, M.; Becker, M.; Maaz, K. (2014): Soziale Ungleichheiten in der Kompetenzentwicklung in der Grundschule und der Sekundarstufe I. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17, S. 167–203.

Paulus, P. (2010a): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. In: Paulus, P. (Hg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim, S. 7–30.

Paulus, P. (2010b): Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. In: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hg): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht, DJI, München, S. 537–621.

Paulus, P. (2003): Gesundheitserziehung in der Schule – neue Perspektivem durch die gute gesunde Schule. In: Eltern forum, Heft 3, S. 14–16.

Paulus, P. (2000): Schulische Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P.; Brückner, G. (Hg.): Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen – Handlungsfehler – Bewertungen. Tübingen, S. 25–44.

Richter, M.; Moor, I.; VanLenthe, F. J. (2012): Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. In: J Epidemiol Community Health, 66, S. 691–697.

RKI – Robert-Koch-Institut (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.

Schirm, H. (2005): Ärztliche Mitwirkung an Gesundheitsförderung in Schulen in der Schweiz, Österreich und Frankreich. In: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (Hg.): Handbuch Arzt und Schule. Lübeck, S. 23–28.

Schulgesundheitspflege-Verordnung (SCHULGESPFLVO M-V) (1996): Verordnung über kinder- und jugendärztliche sowie -zahnärztliche Untersuchungen vom 10. Juli 1996. Zuletzt geändert durch Art. 1 ÄndVO vom 9. 7. 2011 GVOBl. M–V, S. 856.

Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SCHULG FREISTAAT SACHSEN) (2004): Bekanntmachung der Neufassung des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen vom 16. Juli 2004.

Sklad, M.; Diekstra, R.; de Ritter, M.; Ben, J.; Gravelstein, C. (2012): Effectiveness of school-based social, emotional, and behavioural programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? In: Psychology in the Schools, 49(9), S. 892–909. DOI 10.1002/pits.21641.

Stewart-Brown, S. (2006): What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? HealthEvidence Network Report. WHO Regional Office for Europe.

Straßburg, H. M. (2009): Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Kleinkind. In: Bitzer, E. M.; Walter, U.; Linger, H.; Schwartz, F.-W. (Hg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung und von Prävention und Versorgung. Heidelberg, S. 91–99.

Stufflebeam, D. L. (2007): CIPP Evaluation Model Checklist. Online verfügbar unter: www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/cippchecklist_mar07.pdf [Zugriff am 09.01.2014].

Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (THÜRSCHULGESPFLVO) (2002): Vom 26. September 2002.

Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter (KJGDV BB) (1997): Nach § 8 Abs. 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung – KJGDV) vom 25. Februar 1997.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2004): Soziale Determinanten der Gesundheit. Die Fakten. Kopenhagen. Online verfügbar unter www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf [Zugriff am 29.10.2014].

Wille, N.; Bettge, S.; Ravens-Sieberer, U; Group B. S. (2008): Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. In: Eur Child AdolescPsychiatry, 17 Suppl 1, S. 133–47.

youthinmind (2014): Auswertung der Fremdbeurteilungsbögen des SDQ-D. Online verfügbar unter www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=German [Zugriff: 9.10.2014].

Internetgestützte Maßnahmen der Suchtprävention

Peter Tossmann

Einleitung

Seit Beginn dieses Jahrhunderts hat die Bedeutung des Internets in unserem Alltagsleben eine rasante Entwicklung genommen. In einem zunehmend stärkeren Umfang wird das Internet auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verwendet. Die Mehrheit der Deutschen nutzt das Internet inzwischen täglich für die Kommunikation und zur Informationssuche. Gaben im Jahr 2000 noch etwa 28 % der Bevölkerung an, gelegentlich das Internet zu nutzen, so sind dies heute über 79 %. Dabei liegt der Anteil der Internetnutzer unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereits seit drei bis vier Jahren bei annähernd 100 % (van Eimeren und Frees 2014).

Der Vorteil des Internets im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung besteht insbesondere darin, dass massenmediale mit personalen Kommunikationsstrategien verknüpft werden können. Die Kombination von hoher Reichweite einerseits und großer Interaktivität andererseits stellt dabei die Grundlage für effektive bevölkerungsbezogene Maßnahmen dar (Cassell u. a. 1998). Das Internet kann niedrigschwellig, flexibel und anonym genutzt werden. Es kennt zumeist weder Öffnungs- noch Wartezeiten und weist Nutzerinnen und Nutzern eine (inter-)aktive Rolle im Präventionsgeschehen zu. Somit können über das Internet auch Zielgruppen erreicht werden, die keine herkömmlichen Informations- oder Beratungsangebote in Anspruch nehmen können oder möchten.

Zielgruppen und Ziele

Betrachtet man den Substanzkonsum in der Bevölkerung, so dürfte die Prävention des Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsums von besonderer Relevanz sein. Einer Repräsentativbefragung zufolge (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013) rauchen 12 % der 12–17-jährigen Jugendlichen und 35 % der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren zumindest gelegentlich. Ein riskanter Umgang mit Alkohol, d. h. ein Rauschtrinken, konnte – in einem Zeitfenster von einem Monat – bei etwa jedem sechsten Jugendlichen (17,4 %) und bei 78 % der jungen Erwachsenen festgestellt werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014a). Dabei trinken männliche 16- und 17-Jährige und junge Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren häufiger und deutlich größere Mengen Alkohol als die weiblichen Befragten dieser Altersgruppen.

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz und wird insbesondere von Jugendlichen, vor allem aber von jungen Erwachsenen konsumiert. So geben 21 % der jungen Männer und 11 % der jungen Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren an, in den zurückliegenden zwölf Monaten Cannabisprodukte konsumiert zu haben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014b).

Welche suchtpräventiven Ziele können nun im Rahmen internetgestützter Strategien realisiert werden? Etwas allgemein formuliert ist es das Ziel präventiver Maßnahmen, die Lebenszusammenhänge und Verhaltensweisen von (vor allem jungen) Menschen positiv zu beeinflussen. Die webbasierten Maßnahmen der Prävention sind in aller Regel verhaltenspräventiv ausgerichtet. Bezogen auf den Umgang mit Suchtmitteln sind die Ziele der Suchtprävention im Internet die

- Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen,
- Förderung einer (selbst)kritischen Einstellung zum Substanzkonsum und
- Unterstützung bei einer Verhaltensänderung.

In diesem Beitrag sollen überblicksartig praktische Erfahrungen und empirische Ergebnisse zu internetgestützten Maßnahmen der Suchtprävention dargestellt werden.

» Interaktive Informationsvermittlung

Im Hinblick auf die Informations- und Wissensvermittlung hält das Internet eine Vielzahl von Domains bereit. So führt beispielsweise die Suchmaschine von Google zu dem Stichwort »Drogen« (im November 2014) mehr als 18 Millionen deutschsprachige Links auf. Jedoch muss davon ausgegangen werden, dass die Qualität der im Internet verfügbaren Gesundheitsinformationen sehr differenziert zu bewerten ist (Eysenbach u. a. 2002; Wilson 2002). Erschwert wird diese unübersichtliche Situation dadurch, dass derzeit noch keine allgemeinen Standards zur Beurteilung der Qualität gesundheitsbezogener Informationsangebote im Web vorliegen. Die Europäische Kommission hat Qualitätskriterien erarbeitet, die Nutzerinnen und Nutzern als Orientierung für die Qualität von Gesundheitswebsites dienen können (Europäische Kommission 2002). In die Qualitätsbeurteilung einbezogen werden u. a. Merkmale wie Transparenz (Angaben zu Anbieter, Zielgruppen, Ziele, Finanzierung), Informationen zur Urheberschaft der verwendeten Quellen und der Datenschutz.

Aber unabhängig von der Frage nach der Qualität der angebotenen Informationen scheint die Wirksamkeit einer bloßen allgemeinen Informationsvermittlung vergleichsweise eingeschränkt zu sein. So konnten mehrere Forschungsarbeiten belegen, dass datenbankgestützte, interaktive Formen der Informationsvermittlung das Gesundheitsverhalten effektiver beeinflussen als herkömmliche Informationsmedien (Bull u. a. 1998; Lilja u. a. 2003; Tobler u. a. 2000; Sussman u. a. 2003). So kommen Präventionswissenschaftler aus Australien nach einer multizentrischen cluster-randomisierten Studie, an der sich 16 Schulen mit insgesamt knapp 1.500 Schülerinnen und Schülern im Alter von 13 Jahren beteiligten, zu dem Ergebnis, dass eine quizartige Vermittlung von Informationen zum Konsum von Alkohol und Cannabis – auch noch zwölf Monate nach der Präventionsmaßnahme – einen signifikant besseren Einfluss auf das Wissen und das Konsumverhalten hatte als reine Informationstexte (Newton u. a. 2010).

Auf der Website www.drugcom.de hat die BZgA ebenfalls das Konzept der interaktiven Wissensvermittlung realisiert. So wurden beispielsweise

Wissensinhalte zum Konsum von Cannabis in Form eines Wissenstests aufbereitet (www.drugcom.de/wissenstests/cannabis). Nutzerinnen und Nutzer des Wissenstests erhalten nach der Beantwortung jeder der neun Fragen zunächst eine Rückmeldung über die Korrektheit der Antwort, verbunden mit einer Punktzahl und einer kurzen Erläuterung zu der richtigen Antwort. Personen, die ein tiefergehendes Interesse an dem Sachverhalt haben, finden über interne Links weiterführende Informationen auf der drugcom-Website. Nach Beantwortung der letzten Frage wird eine Gesamtpunktezahl ermittelt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Tests haben die Möglichkeit, ihre persönliche Punktezahl mit dem Punktedurchschnitt einer altersgleichen Nutzergruppe zu vergleichen. Entsprechend der kontinuierlichen Nutzungsstatistik von www.drugcom.de werden die Wissenstests zu Nikotin, Alkohol und Cannabis aktuell monatlich von mehr als 5.000 Personen genutzt.

» Selbsttests – ein Instrument zur Reflexion des eigenen Konsumverhaltens

Eine weitere Option, die das Internet für die Prävention des Substanzkonsums bereithält, sind Selbsttests, die Nutzerinnen und Nutzer in Anspruch nehmen können, um ein Feedback zu ihrem persönlichen Konsumverhalten zu erhalten. Dieses Feedback wird von einer Datenbank auf der Grundlage von individuellen Angaben zur Person und zum Konsumverhalten erstellt. Dabei werden in aller Regel Parameter wie Alter, Geschlecht und eine Vielzahl von Konsumvariablen (Häufigkeit, Menge, Motive etc.) berücksichtigt. Die Attraktivität von Selbsttests liegt für Nutzerinnen und Nutzer vor allem darin, eine Rückmeldung eines neutralen Expertensystems zum eigenen Konsumverhalten zu erhalten. Für die Prävention lässt sich dies nutzen, indem die Rückmeldung mit Anregungen verknüpft wird, die zu einem selbstkritischen Umgang mit den entsprechenden Suchtmitteln bzw. zu einer Reduktion des Substanzkonsums anregen.

Wie bedeutsam derartige Rückmeldungen sein können, hat eine randomisiert-kontrollierte Studie aus Schweden belegen können, an der mehr als 7.800 Studentinnen und Studenten teilgenommen haben (Mc Cambridge u. a. 2013). In der Untersuchung verglichen die Autoren u. a. den Alkoholkonsum von Probanden, die nach einer internetbasierten Befragung (Selbsttest) zum persönlichen Konsum von Alkohol (alcoholassessment) eine E-Mail-Rückmeldung mit den Ergebnissen des Testes und Ratschlägen zum Alkoholkonsum bekommen hatten, mit einer Gruppe, die zwar an dem Test teilgenommen, jedoch keine Rückmeldung erhalten hatte. Dabei zeigte sich, dass automatisierte Rückmeldungen einen kleinen, aber signifikanten Einfluss auf das Konsumverhalten von Studierenden haben. Eine Studie aus den USA konnte zeigen, dass Jugendliche mit einem schädlichen Konsum von Alkohol deutlich stärker von personalisierten normativen Rückmeldungen profitieren, als Jugendliche mit einem eher moderaten Alkoholkonsum (Palfai u. a. 2011).

Für die Website zur Sucht- und Drogenprävention www.drugcom.de hat die BZgA zwei derartige Selbsttests entwickeln lassen: Der Selbsttest zum Cannabiskonsum (»Cannabis Check«) wird derzeit pro Monat von mehr als 4.000 Besucherinnen und Besuchern aufgerufen. Der Selbsttest zum Alkoholkonsum »Check your Drinking«, der zusätzlich auch noch auf der Website der Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.« eingebunden ist, wird monatlich von etwa 9.000 Personen genutzt.

» Webbasierte Interventionen

Internetbasierte Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung nutzen die Reichweite und die technischen Möglichkeiten des Internets, um Personen bei einer gewünschten Änderung des Gesundheitsverhaltens zu unterstützen. Dabei reicht das Spektrum von vollautomatisierten Kurzinterventionen bis hin zu langfristigen, strukturierten Programmen mit persönlicher Beratung. Die Online-Interventionen können meist unabhängig von lokal verfügbaren Strukturen genutzt, flexibel an die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst, sowie unproblematisch überarbeitet oder aktualisiert werden (Kohl u. a. 2013). Gleichzeitig stellen webbasierte Interventionen jedoch häufig ein sehr unverbindliches Angebot dar. Die Anonymität und der fehlende persönliche Kontakt können zu hohen Abbruchquoten führen und die Effektivität der Maßnahmen beinträchtigen (Eysenbach 2005).

Vollautomatisierte Interventionsprogramme

Webbasierte Interventionsprogramme zur Unterstützung des Rauchausstiegs zählen zu den am besten Evaluierten im Suchtbereich. Reviews und Metaanalysen zeigen, dass interaktive Interventionen, computerbasierte Interventionen oder mobile Technologien, die ein personalisiertes Feedback nutzen, stärkere Effekte hinsichtlich der erreichten Abstinenzquote erreichen, als eine statische Informationsvermittlung (Chen u. a. 2012; Shahab und McEwen 2009).

Onlineprogramme zum Rauchausstieg basieren überwiegend auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung, dem »Health Belief-Model«, auf sozialkognitiven Theorien und Bestandteilen der kognitiven Verhaltenstherapie (Civljak u. a. 2013). Zentrale Bestandteile sind u. a. die Verbesserung der Selbstwirksamkeit und der Motivation, die Rückfallprävention und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien. Die tatsächliche Gestaltung der internetbasierten Interventionen variiert jedoch sehr stark u. a. hinsichtlich der eingesetzten Komponenten, der Anzahl an automatisierten Kontakten mit den Teilnehmenden bzw. des Ausmaßes an personeller Interaktion. In einigen Studien nutzten die Teilnehmer zudem ergänzend Nikotinersatz-Medikamente (u. a. Brendryen und Kraft 2008; Strecher u. a. 2005; Swan u. a. 2010). Im direkten Vergleich zeigt die unterschiedliche Gestaltung von Online-Interventionen zum Rauchausstieg (personalisiert/interaktiv versus statisch/nicht-interaktiv) keine signifikanten Auswirkungen auf die Effektivität der Interventionen. Die Studienlage erlaubt darüber hinaus keine konkreten Aussagen über die Effektivität einzelner Bestandteile von Online-Interventionen (Brown 2013; Civljak u. a. 2013). Vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungslage scheinen internetbasierte Interventionen für den Rauchausstieg insbesondere für Erwachsene effektiv zu sein (Myung u. a. 2009).

Das internetbasierte Programm, das die BZgA im Rahmen der »rauchfrei«-Kampagne für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt hat (www.rauch-frei.info), ist eine vollautomatische datenbankbasierte Intervention, die auf Konzepten der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) basiert (Tossmann u. a. 2008). Die Nutzerinnen und Nutzer entscheiden zu Beginn über ihren Ausstiegstag (Tag X), der frühestens am Folgetag und bis zu zehn Tage im Voraus liegen kann. Vor ihrem Ausstiegstag durchlaufen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine »Vorbereitungstour«, in der ihnen verschiedene Aspekte des Rauchausstiegs vermittelt werden. Ein wichtiges Element in dieser Phase ist die Empfehlung, sich mit den persönlichen Risikosituationen auseinanderzusetzen. Zur Bewältigung der Risikosituationen werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert, Kontrollstrategien in Form

von Handlungen oder Gedanken zu entwickeln. Darüber hinaus wird empfohlen, einen Freund oder eine Freundin als »Buddy« zur Unterstützung beim Rauchverzicht zu wählen und zur aktiven Mithilfe zu bitten. Das Programm beinhaltet weitere Tipps und Hilfestellungen zum Rauchausstieg, die auch in der Handlungsphase nach dem Ausstiegstag genutzt werden können. In dieser Phase erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wöchentlich bis zu vier personalisierte Feedbacks auf ihrem Weg zur Rauchfreiheit. Dabei wird in den Feedbacks auch Hilfe bei möglichen Rückfällen in die »alte« Rauchgewohnheit angeboten. Derzeit melden sich pro Monat 60–80 junge Raucherinnen und Raucher für das Ausstiegsprogramm an.

Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudie konnte gezeigt werden, dass 30,6 % der im Durchschnitt 26 Jahre alten Teilnehmerinnen und Teilnehmer drei Monate nach der Programmteilnahme rauchfrei waren, während die Abstinenzquote in der Wartekontrollgruppe im gleichen Zeitraum nur etwa halb so hoch war (Tensil 2009).

Internetbasierte Programme zur Reduktion des Alkoholkonsums werden seit mehr als zehn Jahren eingesetzt und wissenschaftlich evaluiert. Überwiegend wurden Kurzinterventionen sowie psychoedukative Maßnahmen für die Anwendung im Internet adaptiert. Diese Interventionen liefern den Teilnehmenden u. a. ein personalisiertes, normatives Feedback hinsichtlich ihres Konsumverhaltens. Zielgruppe dieser in aller Regel präventiv eingesetzten Programme sind überwiegend Studierende (White u. a. 2010). Für problematische Alkoholkonsumenten wurden darüber hinaus auch längerfristige, komplexere Online-Interventionen konzipiert. Diese basieren meist auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie, dem Motivational Interviewing sowie anderen elaborierten Theorien der Verhaltensänderung. Die automatisierten Interventionen erreichen kurzfristig überwiegend geringe bis moderate Effekte hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums (White u. a. 2010). Für Erwachsene mit problematischem Alkoholkonsum erreichen umfassendere Interventionen dabei signifikant größere Effekte als einmalige Kurzinterventionen (Riper u. a. 2011).

Auf der Website zur Sucht- und Drogenprävention www.drugcom.de findet sich seit 2007 für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums »Change your Drinking«. Das Programm wurde als Ergänzung zum Selbsttest »Check your Drinking« entwickelt. Den Nutzerinnen und Nutzern des Selbsttests, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, wird empfohlen, an »Change your Drinking« teilzunehmen, um ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. 2010 wurde das Programm überarbeitet und durch neue Funktionen ergänzt. Die Dauer des Programms wurde von zehn auf 14 Tage verlängert, das Tagebuch umfangreich durch tägliche und wöchentliche Feedbacks erweitert. Zusätzlich wird den Usern im Sinne der Rückfallprävention nahegelegt, ihre persönlichen Risikosituationen zu analysieren und Kontrollstrategien zu entwickeln. Seit 2011 ist das Programm zusätzlich auf der Website der Jugendkampagne »Alkohol? Kenn dein Limit. « integriert. In den vergangenen zwölf Monaten haben sich etwa 800 Jugendliche und junge Erwachsene für das »Change your Drinking«-Programm angemeldet.

Im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie wurde überprüft, ob und wie sich die Überarbeitungen auf die Akzeptanz des Programms ausgewirkt haben. Die Evaluation zeigte zum einen, dass eine erweiterte Version der Intervention (mit verlängerter Laufzeit, mehr Feedback für den User, gesteigerter Interaktivität) keinen signifikanten Einfluss auf die Effektivität hatte (Tensil u. a. 2013). Beide Versionen führten zu einer signifikanten

Reduktion des Alkoholkonsums (durchschnittliche Reduktion: 133,3 Gramm pro Woche, etwa 13 Standardgetränke) und der Häufigkeit von Binge-Drinking bei den Usern (Drei-Monats-Follow-Up). Die erweiterte Version wurde jedoch von deutlich mehr Nutzerinnen und Nutzern tatsächlich genutzt (80,7 %), als die ursprüngliche Version (55,7 %). Auch hier zeigten sich hohe Dropout-Quoten zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach drei Monaten (50,4 %).

Internetbasierte Beratungsprogramme

In der Suchtprävention sind webbasierte Interventionen mit professioneller Begleitung bislang noch nicht sehr weit verbreitet. Die Studienlage weist jedoch darauf hin, dass diese Programme mittelfristig signifikant stärkere Effekte hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums haben als vollautomatisierte Selbsthilfe-Programme (Blankers u. a. 2011; Postel u. a. 2010).

Eine Arbeitsgruppe aus den Niederlanden (Postel u. a. 2010) untersuchte die Effektivität eines dreimonatigen Beratungsprogramms (»Alcohol De Baas«), das auf Konzepten der kognitiven Verhaltenstherapie und dem Motivational Interviewing basiert. Die Interventionsgruppe (IG) reduzierte zur Nachbefragung drei Monate nach Randomisierung den wöchentlichen Konsum von alkoholischen Standardgetränken um 28,8 Einheiten, verglichen mit 3,1 Einheiten in der Kontrollgruppe (KG), deren Teilnehmer alle zwei Wochen eine E-Mail mit psychoedukativen Informationen erhielten. Die Differenz entspricht einem großen Effekt von d=1,22. Signifikante große Effekte wurden unter anderem auch hinsichtlich einer reduzierten Ausprägung von Depression, Ängstlichkeit und Stress (d=0,81) in der IG gefunden. Bestandteile der Intervention sind unter anderem die Analyse des Trinkverhaltens (Vor- und Nachteile des Konsums, Konsummuster identifizieren, Risikosituationen identifizieren) sowie die intensive Unterstützung bei der Verhaltensänderung (Zielsetzung, hilfreiche, schädliche Gedanken, Handlungsplanung). Die Programmdauer betrug drei Monate mit ein bis zwei Kontakten zum Berater pro Woche. Nutzerinnen und Nutzer waren zudem angehalten, sich täglich einzuloggen und ein Konsumtagebuch zu führen. Auch bei Postel u. a. (2010) zeigen sich Probleme mit der kontinuierlichen Inanspruchnahme der Intervention: Von 78 Teilnehmern der IG komplettierten lediglich 36 (46 %) die Intervention.

Das erste internetbasierte Beratungsprogramm zur Suchtprävention der BZgA wurde im Jahr 2004 gestartet. Hintergrund hierzu war die vergleichsweise starke Inanspruchnahme der Website www.drugcom.de durch Cannabiskonsumenten, die im Rahmen von E-Mail- und Chatberatung immer wieder um Tipps bzw. Hilfe bei dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum baten. Angesichts dieser Situation hat das drugcom-Team das strukturierte 50-Tage-Programm »quittheshit« entwickelt.

Das Beratungsprogramm »quittheshit« wird in vier aufeinander folgenden Phasen absolviert: (1.) Die Anmeldeprozedur besteht hauptsächlich aus einem Online-Fragebogen, in dem zentrale Merkmale erhoben werden, die sowohl für die Beratung als auch für die Evaluation des Programms relevant sind. (2.) Der Aufnahmekontakt erfolgt im One-to-One-Chat von »quittheshit« und wird von qualifizierten Psychotherapeuten durchgeführt. Der Aufnahme-Chat dauert etwa 50 Minuten und hat zum Ziel, die individuelle Situation der beratenen Person abzuklären sowie individuelle Konsumziele und Bewältigungsstrategien festzulegen. (3.) Nach dem Aufnahmegespräch wird das Online-Tagebuch von »quittheshit« freigeschaltet. In diesem passwortgeschützten, persönlichen Bereich des Beratungsprogramms können die Teilnehmer über einen Zeitraum von 50 Tagen alle relevanten Aspekte ihres Cannabiskonsums festhalten. Regel-

mäßig – d. h. einmal pro Woche – erhalten alle Teilnehmer hierauf qualifizierte Feedbacks, in denen neben dem Konsum (aktuell, im Verlauf) auch die psychosoziale Situation der teilnehmenden Person oder der Beratungsprozess thematisiert werden. (4.) Das Abschlussgespräch findet ebenfalls im Chat von »quittheshit« statt. Hier wird erörtert, inwieweit die im Aufnahmegespräch formulierten Ziele erreicht werden konnten, welche Strategien günstig sind, um den Cannabiskonsum nachhaltig zu kontrollieren und ggf. ob weiterführende Hilfen erforderlich sind. Konzeptionelle Grundlage der Programmstruktur und der Beratung von »quittheshit« sind die lerntheoretischen Prinzipien der Selbstregulation und der Selbstkontrolle (Kanfer u. a. 2012) sowie die Interventionskonzeption des lösungsorientierten Ansatzes (de Jong und Berg 1998).

Die Überprüfung der Wirksamkeit dieses Programms wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass die Gruppe der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer drei Monate nach dem Programmstart im Durchschnitt signifikant seltener Cannabis konsumierte als die (ebenfalls ausstiegsmotivierte) Wartekontrollgruppe (Tossmann u. a. 2011). Auch zeigte sich die Interventionsgruppe durch die internetbasierte Beratung im Hinblick auf psychologische Parameter wie Angst (STAI-T), Depression (ADS) und Lebenszufriedenheit (SWLS) im Vergleich mit der Wartegruppe signifikant verbessert.

» Ausblick

Das Internet wird erst seit wenigen Jahren für die Sucht- und Drogenprävention genutzt. Erfahrungen und erste Forschungsergebnisse scheinen vielversprechend. Das große Potential internetbasierter Maßnahmen der Prävention liegt zum einen in der leichten Zugänglichkeit des Internet. Auch wenn es derzeit noch in einigen Teilen der Republik einige technische Einschränkungen gibt, kann davon ausgegangen werden, dass heute alle jungen Bundesbürger (zumindest gelegentlich) das Internet nutzen. Der zweite vielversprechende Aspekt internetbasierter Maßnahmen der Gesundheitsförderung liegt in der Möglichkeit, Programme auf einzelne (Teil-)Zielgruppen zuschneiden zu können. So können beispielsweise zum Ausstieg bereite Raucherinnen und Raucher mit anderen Maßnahmen angesprochen werden, als Personen, die sich das Rauchen noch nicht abgewöhnen wollen.

Ein weiteres Potential des Internet liegt in der Möglichkeit, flexibel auf Entwicklungen zu reagieren: So wurden auf der Website zur Sucht- und Drogenprävention der BZgA www.drugcom.de in den vergangenen 13 Jahren immer wieder Themen aufgegriffen, die jeweils eine hohe Aktualität hatten und von großem öffentlichen Interesse waren. Der Konsum von Ecstasy und anderen Partydrogen in den Jahren nach der Jahrtausendwende, später der teilweise exzessive Alkoholkonsum Jugendlicher und heute der Konsum von Crystal Meth.

Aber das Internet stellt die Prävention auch vor Herausforderungen. Die teilweise schnelle technologische Entwicklung erfordert eine kontinuierliche Anpassung und die Überarbeitung internetbasierter Angebote. Dies ist jedoch in aller Regel mit einem erheblichen Kostenaufwand verbunden. Auch stellen sich immer wieder Fragen nach dem Datenschutz und der Datensicherheit. Hier gilt es den jeweils bestmöglichen Standard zu etablieren, um das Vertrauen von Nutzerinnen und Nutzern zu rechtfertigen.

» Literatur

Blankers, M.; Koeter, M. W. J.; Schippers, G. M. (2011): Internet Therapy Versus Internet Self-Help Versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(3), S. 330–341.

Brendryen, H.; Kraft, P. (2008): Happy Ending: a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. In: Addiction, 103(3), S. 478–484.

Brown, J. (2013): A Review of the Evidence on Technology-Based Interventions for the Treatment of Tobacco Dependence in College Health. In: Worldviews on Evidence-Based Nursing, 10(3), S. 150–162.

Bull, F. C.; Kreuter, M. W.; Scharff, D. P. (1998): Effects of tailored, personalized, and general materials on physical activity. In: Patient Education and Counseling 36, S. 181–192.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014a): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014b): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

Cassell, M. M.; Jackson, C.; Cheuvront, B. (1998): Health communication on the Internet: an effective channel for health behavior change? In: J Health Commun, 3(1), S. 71–79.

Chen, Y. F.; Madan, J.; Welton, N.; Yahaya, I.; Aveyard, P.; Bauld, L. u. a. (2012): Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. In: Health Technology Assessment, 16(38), 1–205, S. iii–v.

Civljak, M.; Stead, L. F.; Hartmann-Boyce, J.; Sheikh, A.; Car, J. (2013): Internet-based interventions for smoking cessation. In: Cochrane Database of Systematic Reviews (7).

van Eimeren, B.; Frees, B. (2014): 79 Prozent der Deutschen online – Zuwachs bei mobiler Internetnutzung und Bewegtbild. Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2014. In: Media Perspektiven 7–8, S. 378–396.

Europäische Kommission (2002): eEurope 2002: Quality Criteria for Healthrelated Websites. In: J Med Internet Res, 4(3), e15.

Eysenbach, G. (2005): The law of attrition. In: J Med Internet Res, 7(1), e11.

Eysenbach, G.; Powell, J.; Kuss, O.; Sa, E.-R. (2002): Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. A Systematic Review. In: JAMA, Vol. 287, No. 20, S. 2691–2700.

de Jong, P.; Kim Berg, I. (1998): Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund.

Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (2012): Selbstmanagement Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (5. korrigierte und durchgesehene Auflage). Berlin, New York.

Kohl, L. F.; Crutzen, R.; de Vries, N. K. (2013): Online Prevention Aimed at Lifestyle Behaviors: A Systematic Review of Reviews. In: Journal of Medical Internet Research, 15(7), S. 71–83.

Lilja, J.; Wilhelmsen, B. U.; Larsson, S.; Hamilton, D. (2003): Evaluation of drug use prevention programs directed at adolescents. In: Substance Use and Misuse 38(11–13), S. 1831–1863.

Mc Cambridge, J. u. a. (2013): Alcohol assessment and feedback by email for university students: main findings from a randomised controlled trial. In: British Journal of psychiatry, 203, S. 334–340.

Myung, S. K.; McDonnell, D. D.; Kazinets, G.; Seo, H. G.; Moskowitz, J. M. (2009): Effects of Web- and Computer-Based Smoking Cessation Programs Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. In: Archives of Internal Medicine, 169(10), S. 929–937.

Newton N. C.; Teesson, M.; Vogl, L. E.; Andrews G. (2010): Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. In: Addiction, 105(4):S. 749–759.

Palfai, T. P.; Zisserson, R.; Saitz, R. (2011): Using personalized feedback to reduce alcohol use among hazardous drinking college students: The moderating effect of alcohol related negative consequences. In: Addictive Behaviors 36, S. 539–542.

Postel, M. G.; de Haan, H. A.; ter Huurne, E. D.; Becker, E. S.; de Jong, C. A. (2010): Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. In: Journal of Medical Internet Research, 12 (4), e68.

Riper, H. u. a. (2011): Effectiveness of E-Self-help Interventions for Curbing Adult Problem Drinking: A Meta-analysis. In: Journal of Medical Internet Research, 13(2), e42.

Shahab, L.; McEwen, A. (2009): Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. In: Addiction, 104(11), S. 1792–1804.

Strecher, V. J.; Shiffman, S.; West, R. (2005): Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. In: Addiction, 100(5), S. 682–688.

Sussman, S.; Rohrbach, L. A.; Patel, R.; Holiday, K. (2003): A look at an interactive classroom-based drug abuse prevention program: interactive contents and suggestions for research. In: Journal of Drug Education 33(4), S. 355–368.

Swan, G. E. u. a. (2010): Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation. In: American Journal of Preventive Medicine, 38(5), S. 482–490.

Tensil, M.-D. (2009): Smoke-free: An internet-based smoking-cessation programme for adolescents and young adults. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Internet-based smoking-cessation aids for young people – practical experience and current evidence. Documentation of a FCHE workshop held in Berlin, 18–19 Sept 2008, S. 47–61.

Tensil, M.; Jonas, B.; Strüber, E. (2013): Two Fully Automated Web-Based Interventions for Risky Alcohol Use: Randomized Controlled Trial. In: Journal of Medical Internet Research, 15(6), e110.

Tobler N. S.; Roona, M. R.; Ochshom, P.; Marshall, D. G.; Streke, A. V.; Stackpole, K. M. (2000): School-based adolescent drug prevention programs. In: Journal of Primary Prevention 20(4), S. 275–336.

Tossmann, P.; Jonas, B.; Tensil, M.; Nowotny, G.; Lang, P. (2008): rauchfrei – Ein internetbasiertes Ausstiegsprogramm für junge Raucherinnen und Raucher. In: Sucht, 54(1), S. 38–42.

Tossmann, H. P.; Jonas, B.; Tensil, M.-D.; Lang, P.; Strüber, E. (2011): A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. In: Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. DOI 10.1089/cyber.2010.0506.

White, A. u. a. (2010): Online Alcohol Interventions: A Systematic Review. In: Journal of Medical Internet Research, 12(5).

Wilson, P. (2002): How to find the good and avoid the bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the internet. In: BMJ, 324(7337), S. 598–602.

Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen – Ziele, Befunde, Reflektionen

Josefine Heusinger, Annelie Keil und Monika Köster

Gesellschaft des langen Lebens

Die Menschen werden älter, der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt. Derzeit leben 17 Millionen Menschen im Alter über 65 Jahre in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2013). Bis zum Jahr 2050 werden es nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes rund 23 Millionen Menschen sein (Statistisches Bundesamt 2009).

Die prognostizierte demografische Entwicklung wird Deutschland in den kommenden Jahrzehnten entscheidend prägen. Gravierende Veränderungen der Gesellschaftsstruktur, des Arbeitsmarkts, der ökonomischen Determinanten und der sozialen Sicherungssysteme stehen an. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Potentiale einer Gesellschaft des langen Lebens zu erkennen und zu nutzen.

Mit Blick auf die steigende Lebenserwartung gewinnt die Gesundheitsförderung für ältere Menschen an Bedeutung. Auch wenn viele ältere Frauen und Männer ihre Gesundheit und Lebensqualität als gut bezeichnen, ist ein sorgfältiger Blick auf gesundheitliche Einschränkungen und Krankheiten erforderlich, die das tägliche Leben in unterschiedlichen Ausprägungen vor allem im höheren Alter beeinflussen. Eine besondere Herausforderung stellt das Auftreten von Multimorbidität dar, die sich in höherem Alter in teilweise erheblichem Maße einschränkend auf die Mobilität auswirkt. Von Bedeutung – vor allem auch mit Blick auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention – ist es, unterschiedliche Lebenslagen, biografische Prozesse und den Umgang mit kritischen Ereignissen im Lebenslauf zu beleuchten.

Übergreifende Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen sind der Erhalt von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe sowie das Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit. Gemeinsam mit ihren Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene arbeitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 2010 im Themenfeld »Gesundes Alter«. Über die Themenportale www.gesund-aktiv-aelter-werden.de und www.aelter-werden-in-balance.de stellt die BZgA qualitätsgeprüfte Gesundheitsinformationen, Medien und

Materialien bereit. Hierbei steht die Heterogenität des Alters bzw. älterer Menschen im Fokus. Im Blick der Grundlagen- und Konzeptarbeit sind die Diskussion um den Altersbegriff und die unterschiedlichen Alterskategorien: Das kalendarische oder chronologische Alter, die biologische, die psychologisch-intellektuelle und die soziale Dimension des Alters. Über Studien, jährliche Bundeskongresse, Regionalkonferenzen sowie Expertenworkshops fördert die BZgA den Austausch und die Vernetzung im Feld. Vor allem der Klärung der Ausgangslage kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

Vor dem Hintergrund demografischer und epidemiologischer Grundlagen geht der Beitrag auf individuelle biografische Herausforderungen ein.

» Gesundheit und Krankheit im Alter

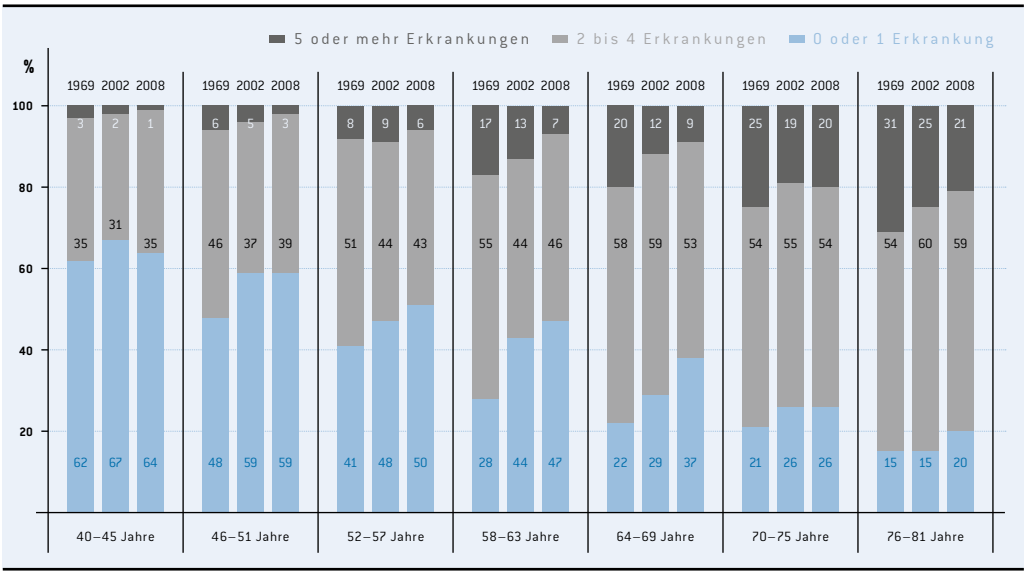
Wann ist ein Mensch alt? Mit dem Eintritt in die Rente? Mit der Geburt des ersten Enkelkindes? Wenn die Haare grau, die Haut faltig, das Gedächtnis unzuverlässig werden? Oder wenn Krankheiten und Verschleiß sich nicht mehr vollständig kompensieren lassen und der Alltag trotz funktionaler Einschränkungen, vielleicht auch abhängig von Unterstützung, bewältigt werden muss? Mehr als ein Viertel der Bevölkerung ist in Deutschland über 60 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2014), das sind mehr als 20 Millionen Menschen, und mit zunehmendem Alter treffen mehr und mehr der oben genannten Kriterien auf sie zu. Dabei gilt es allerdings, differenziert hinzuschauen, denn das Alter umfasst nicht nur eine weite Lebensspanne, sondern auch eine große Vielfalt von Lebenslagen, die auf noch nicht immer verlässlich erforschte Weise mit Gesundheit und Wohlbefinden in Wechselbeziehung stehen.

Zugleich haben Fragen der Alterung und der Gesundheit im Alter heute eine große politische Brisanz. Einerseits sind die vielen Älteren als kaufkräftige Konsumentinnen und Konsumenten eine umworbene Zielgruppe, die von älteren Models in durchweg positiven Altersbildern als lebensfroh und anhaltend aktiv dargestellt werden. Sie gelten außerdem als die Altersgruppe schlechthin, die mit freiwilligem Engagement für den Zusammenhalt der Zivilgesellschaft sorgen soll – und dies zu rund einem Drittel auch tut (BMFSFJ 2011, S. 8). Andererseits dient die wachsende Zahl Hochaltriger, die bei der Alltagsbewältigung zunehmend auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, als Drohkulisse: Ungeheure Belastungen für öffentliche Kassen und pflegende Familien dienen als Szenarien zur Durchsetzung politischer Interessen beispielsweise der Versicherungs- oder Immobilienwirtschaft. Auch wenn beide Darstellungen nicht gänzlich falsch sind – die Älteren von heute sind im Vergleich der Altersgruppen ökonomisch am besten gestellt, und die Zahl der pflegebedürftigen Alten wird bis zum Jahr 2050 zweifellos steigen – verdeckt die so polarisierte Wahrnehmung die unterschiedlichen Lebenssituationen älterer Menschen mit ihren spezifischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen.

Der Blick auf die Entwicklung der Gesundheit im Alter[1] lenkt die Aufmerksamkeit zunächst auf durchaus positive und gesellschaftlich sowie politisch gewünschte Befunde. Der bis heute anhaltende Anstieg der Lebenserwartung ist, nachdem

1 Die folgenden Ausführungen zur Gesundheit im Alter stützen sich wesentlich auf die für die drei Expertisen über Junge Alte, Alte und Hochaltrige recherchierten Informationen, die im Auftrag der BZgA von J. Heusinger, B. Wolter, K. Kammerer, L. Amrhein u. a. verfasst wurden (BzGA 2011; 2013; 2015).

Alterstypische Multimorbidität



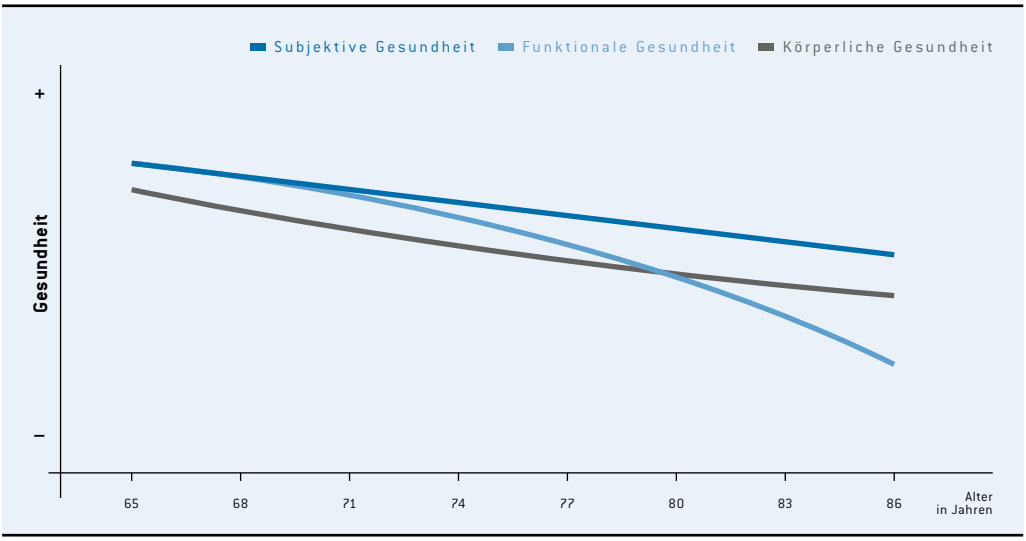
» Abb. 1: : Anzahl berichteter Erkrankungen in den Jahren 1996, 2002 und 2008 (BMFSFJ 2009, S. 22)

die Säuglings- und Kindersterblichkeit erfolgreich zurückgedrängt wurde, seit einigen Jahrzehnten vor allem auf den Rückgang der Sterblichkeit im höheren und hohen Alter durch bessere Prävention, Therapie und Rehabilitation von chronischen Erkrankungen zurückzuführen (Doblhammer und Kreft 2011, S. 907; Scholz 2013, S. 26 f.). Durchschnittlich sind die heutigen Älteren gesünder als frühere Kohorten. Die alterstypische Multimorbidität, also das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen, hat sich, wie Abbildung 1 zeigt, nach hinten verschoben.

Viele Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler sind der begründeten Ansicht, dass die langfristige Zunahme der Lebenserwartung und die Verschiebung der Sterblichkeit in das ganz hohe Alter nicht zu einer Ausdehnung der in Krankheit verbrachten Lebensjahre geführt haben. Die heute Älteren und Alten fühlen sich zumindest bis zur Schwelle der Hochaltrigkeit gesünder als frühere Kohorten (BMFSFJ 2009, S. 22). Auch die gesundheitsökonomischen Belastungen, die als Folge der demografischen Alterung und der Zunahme an hochaltrigen Menschen befürchtet werden, sind möglicherweise unbegründet. Es gibt gute Argumente dafür, dass nicht das hohe Alter die Krankheitskosten in die Höhe treibt, sondern dass unabhängig vom Alter die Behandlungskosten, die in den letzten Monaten vor dem Tod anfallen, sehr kostspielig sind (vgl. BZgA 2015).

Bei alten Menschen hat sich die subjektiv wahrgenommene Gesundheit als ein besserer Prädiktor für die Sterblichkeit erwiesen als der diagnostizierte objektive Gesundheitszustand (Menning 2006, S. 13). Sie verschlechtert sich mit zunehmendem Alter, ist bei den älteren Frauen durchgehend etwas schlechter als bei den Männern und erreicht die schlechtesten Werte bei den über 80-jährigen

Körperliche, funktionale und subjektive Gesundheit mit steigendem Alter

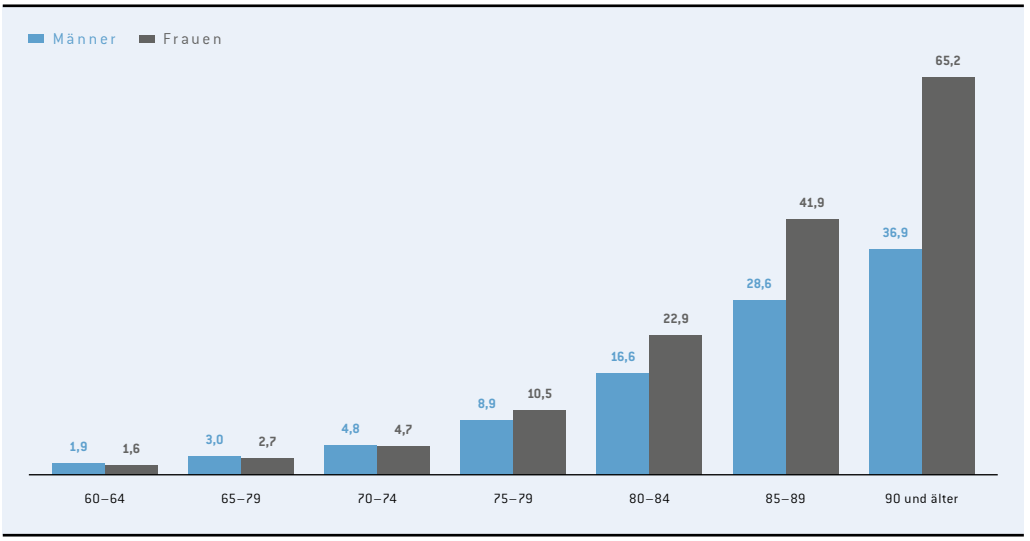


» Abb. 2: : Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter, Deutscher Alterssurvey 1996–2011 (BMFSFJ 2013, S. 31)

Männern mit 68 %, bei den gleichaltrigen Frauen mit 76 %, die ihren Gesundheitszustand als nur mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen (Menning 2006, S. 15). Zugleich zeigt sich bei der Erhebung der subjektiven Gesundheit der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bis ins hohe Alter: Von den befragten 65–85-Jährigen mit einem hohen soziökonomischen Status gaben 43 % an, bei guter oder sehr guter Gesundheit zu sein, bei denjenigen mit niedrigem sozioökonomischem Status traf dies nur auf 28 % zu. Ein Viertel der Befragten aus letzterer Gruppe bezeichnete seinen Gesundheitszustand als nicht besonders oder schlecht, während dies nur bei 15 % der Befragten mit hohem sozioökonomischem Status der Fall war (Generali Zukunftsfonds und Institut für Demoskopie Allensbach 2012, S. 258). Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zudem zu bedenken, dass die Lebenserwartung derjenigen mit schlechtem sozioökonomischem Status niedriger ist, so dass einige in dieser Altersgruppe bereits nicht mehr am Leben sind.

Mit dem Übergang in die Hochaltrigkeit (ab ca. 85 Jahre) verliert der Bildungsstand jedoch für die körperliche Gesundheit etwas und für die subjektive Gesundheit stark seine vorher große Bedeutung (BMFSFJ 2013, S. 32–35). Als Gründe dafür werden sowohl eine Angleichung der Lebensbedingungen nach Eintritt in den Ruhestand, als auch das selektive Überleben der besser gebildeten und somit gesünderen Menschen diskutiert (vgl. Mayer u. a. 1996, S. 606; Lampert 2009, S. 131). Die Chancen darauf, im Alter trotz Krankheit nicht unter funktionalen Einschränkungen zu leiden, bleiben jedoch über das ganze Alter hinweg sozial ungleich verteilt: Höhergebildete weisen auch im hohen Alter ein durchschnittlich höheres Niveau an Mobilität und Selbständigkeit auf als Personen mit

Pflegequoten 2011 nach Alter und Geschlecht in %



» Abb. 3: : Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe 2011 nach Alter und Geschlecht in %, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013, S. 9)

einer geringeren Bildung (BMFSFJ 2013, S. 32–35). Dieser Unterschied kann damit erklärt werden, dass eine höhere Bildung mit besseren sozialen und finanziellen Ressourcen, einem gesünderen Lebensstil und einem kompetenteren Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden ist (ebd.). Auch bei sozial benachteiligten Hochaltrigen sind somit noch Spielräume zur Verbesserung der funktionalen Gesundheit gegeben, wenn diese entsprechende soziale und finanzielle Unterstützungsangebote erhalten.

Wie Abbildung 2 veranschaulicht, nehmen die subjektive und die körperliche Gesundheit mit zunehmendem Alter recht kontinuierlich ab, während sich die funktionale Gesundheit ab einem Alter von rund 70 Jahren beschleunigt verschlechtert. Ab einem Alter von circa 80 Jahren können viele Menschen offenbar die Folgen von Multimorbidität immer schlechter kompensieren und müssen mit Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit, oft besonders der Mobilität zurechtkommen. Der Blick auf die Pflegequoten, also den Anteil derjenigen alten Menschen, die eine Pflegestufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) haben, zeigt, dass dennoch die Mehrheit bis zum Alter von 89 Jahren noch weitgehend selbständig leben kann (Abbildung 3).

Eine detaillierte Betrachtung auch nur der wichtigsten Krankheiten, die mit dem Alter an Bedeutung gewinnen, würde den Rahmen dieses Beitrages bei weitem sprengen; daher folgt an dieser Stelle nur ein grober Überblick. Bei den jungen Alten zwischen 55 und 65 Jahren werden Herz-Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems am häufigsten diagnostiziert und behandelt. Sie sind auch häufigste Ursache für Reha-Maßnahmen bzw. Frühverrentung. Wesentlich seltener diagnostiziert – aber aufgrund

Verteilung von Armut und Reichtum in %

	West			Ost			Bundesgebiet		
	m	w	Gesant	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt
	55–69 Jahre								
Arm	6,1	8,8	7,4	20,1	17,8	18,9	9,0	10,8	9,9
Reich	13,6	11,6	12,6	2,7	3,4	3,1	11,4	9,8	10,6
	70–85 Jahre								
Arm	10,1	13,1	11,8	7,2	13,6	11,0	9,5	13,2	11,7
Reich	10,1	5,9	7,8	0,6	0,0	0,3	8,2	4,6	6,2

» Tab. 1: : Verteilung von Armut (weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens, d. h. weniger als 772 Euro) und Reichtum (mehr als 200 % des arithmetischen Mittels, d. h. 2.922 Euro und mehr) in % (Motel-Klingebiel u. a. 2010, Tabellenanhang A3-3, A3-4, Daten auf SOEP-Basis)

der hohen Letalitätsrate Haupttodesursache in der Altersgruppe – sind Tumore. In dieser Altersgruppe ist außerdem eine Zunahme der psychischen Beeinträchtigungen festzustellen, die zu Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung beiträgt. Demenzerkrankungen nehmen mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern fast exponentiell zu, dagegen erkranken sehr alte Menschen nicht häufiger an schweren Depressionen als jüngere Menschen. Adipositas und Diabetes mellitus nehmen unter alten Menschen seit Jahren zu. Sturzbedingte Brüche (insbesondere des Oberschenkelknochens) sind bei Hochaltrigen häufige Anlässe für Krankenhausaufenthalte und Reha-Behandlungen.

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten gibt es große Unterschiede zwischen jungen Alten und Hochaltrigen. Je älter, desto weniger sind die Alten körperlich und sportlich aktiv, desto seltener gehen sie zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder zum Zahnarzt. Außerdem werden sie immer anfälliger für die Einnahme von Medikamenten, die für sie ungeeignet sind. Dagegen leben die Hochaltrigen in vielerlei Hinsicht gesünder als relativ jüngere Menschen: Sie rauchen viel weniger und trinken viel weniger Alkohol, sie essen häufiger Obst und Gemüse und sind weniger übergewichtig, und sie lassen sich von allen Altersgruppen am häufigsten vor der Wintersaison gegen Grippe impfen. Unter den jüngeren Alten ist dagegen beispielsweise riskanter Alkoholkonsum recht verbreitet, immerhin 12,3 % der Patientinnen und Patienten in der Suchthilfe sind zwischen 55 und 64 Jahre alt (Steppan u. a. 2010, S. 20 f.).

Wenn soziale Benachteiligung bis ins hohe Alter die Gesundheit beeinflusst, bleibt die Bekämpfung von Armut, Bildungsferne und den daraus resultierenden Beschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention auch für ältere Menschen. Tabelle 1 gibt einen Überblick und verweist zugleich auf die Armutsrisikogruppen der kommenden Jahre: Von den so genannten jungen Alten in den neuen Bundesländern, ganz besonders den Männer unter ihnen, lebt fast jeder fünfte schon heute in

Armut. Nur wenigen dürfte es gelingen, daran bis zum Rentenalter noch Wesentliches zu ändern. Besonders von Armut und zugleich von einer größeren Krankheitslast betroffen sind alte Menschen mit Migrationserfahrung, die einen wachsenden Anteil an der älteren Bevölkerung stellen.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Einpersonenhaushalte, auch die sozialen Netzwerke der meisten Älteren verkleinern sich. Besonders Frauen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren erleben häufig den Tod ihres Partners, nicht selten nachdem sie ihn längere Zeit unterstützt und gepflegt haben. Auch wenn es nicht richtig ist, Alter mit Einsamkeit gleichzusetzen, geben doch zwischen einem Viertel und einem Fünftel der 55–85-Jährigen eine mittlere bis eher hoch empfundene Einsamkeit an. Dabei geben die 70–85-Jährigen Frauen mit gut 2,1 % häufiger hohes Einsamkeitserleben an als die gleichaltrigen Männer mit 1,2 %, während von den Männern im Alter von 55–68 Jahren rund jeder vierte eine mittlere Einsamkeit erlebt, was bei den gleichaltrigen Frauen nicht einmal jede fünfte so beschreibt (DEAS 2008). Ähnliche Werte ergab die Frage nach der erlebten sozialen Unterstützung, die für die Bewältigung psychosozialer Belastungen sehr wichtig ist (RKI 2011). Nicht zuletzt benötigen Menschen mit funktionalen Einschränkungen, die mit dem Alter zunehmen, häufig Unterstützung, sodass sich die Folgen von körperlichen Beeinträchtigungen und verkleinerten sozialen Netzwerken gegenseitig verstärken können.

» Älter werden und alt sein als biografische Herausforderung

Älter werden ist die tägliche Arbeit des Lebens und das Alt-Sein irgendwann die logische Folge. Von der Wiege bis zur Bahre durch alle gelebten Jahre hindurch erfindet und inszeniert das Leben einen biografischen Prozess und sucht auf Wegen und Umwegen, mit Hürdenläufen und Zickzackkursen in rasendem Tempo und manchmal wie im Stillstand nach einer »Behausung«, die dem Menschen zur Existenzgrundlage für Körper, Geist und Seele werden soll. Was immer das Ergebnis ist, ob mehr oder weniger gelungen, ob wir Anerkennung oder Ablehnung für das erhalten, was wir geworden sind: Jedes Leben ist eine Lebensleistung und basiert auf der jeweiligen Arbeitsleistung eines Menschen. Leben ist also eine Herausforderung, die im Geschenk der nackten Geburt steckt. Immerhin gibt es das Leben selbst umsonst. Dazu gibt es eine Art »Werkstatt«, in und mit der der Mensch alles entwickeln kann und muss, was er zum Leben braucht und was im Ergebnis Generation für Generation zum demografischen Reichtum wird: Ein Herz, das schlägt, das Feuer und Flamme für etwas entwickeln, das Mitgefühl praktizieren und Kummer ertragen kann; Augen, Ohren, Nase und einen Mund, der schmecken, sprechen, singen lernen kann; Sinne, die dem Leben Sinnlichkeit und Sinn verleihen können; Füße, auf denen man stehen und mit denen man laufen und weglaufen kann; ein Gehirn, mit dem man denken, mitdenken und Bewusstsein entwickeln kann, wenn man sich dazu entschließt, ein Mensch im aufrechten Gang zu werden, und mit dem man in Kontakt zu anderen gehen und die Fragen aufnehmen kann, die das Leben stellt. Leben will leben, möglichst auf eigenen Füßen stehen, Solidarität und Mitgefühl erfahren, gewürdigt werden. Leben ist immer ein Leben in Koexistenz. Ohne die anderen Menschen und die reale Welt, die uns umgibt, können wir nicht leben, was immer das mit sich bringt.

Älter werden ist die Grundstruktur allen Lebens, ein biografischer Prozess, dem sich der Mensch – solange er lebt – nicht für eine Sekunde entziehen kann. Unbekannt ist der Zeitrahmen, der zur

Verfügung steht, und unbekannt sind auch die konkreten Herausforderungen und Aufgaben, die jeder für sich zusammen mit anderen Menschen in jeder Lebensphase unter spezifischen historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen zu bewältigen hat. Mitten durch gelebtes, ungelebtes und erhofftes Leben entsteht auf diese Weise durch Gestaltung, Erfindungsreichtum, Erfahrungen, Erlebtes, durch Mut und Selbstverantwortung, aber auch in den Tälern von Krankheit, sozialer Ungleichheit und Verzweiflung, durch Verluste und Abschiede, Rückzug und Resignation eine einzigartige wie spezifische Biografie. Bis ins hohe Alter und bis zuletzt ist Leben bei aller Wiederholung eine tägliche Uraufführung, die die »statistische Durchschnittserwartung« an den Haken nimmt und den demografischen Wandel konkret macht.

Älterwerden findet nicht irgendwo, sondern auf den Bühnen und Brettern statt, die für den Einzelnen seine besondere Welt bedeuten. Wie sicher und festgelegt sich die jeweiligen Lebenspläne und biografischen Lebensabschnitte auch darstellen mögen, in der Kreuzungslinie zwischen Vergangenheit und Zukunft hat die Gegenwart des Lebens letztlich nur Augenblickscharakter. Wandel und Veränderung sind die rhythmische Gangart des Lebens, so sehr wir auch auf die Habenseite des Lebens schauen und der Vergänglichkeit zu entrinnen versuchen.

Älter und letztlich alt werden bedeutet immer neu werden. Die Kunst, die Taschen zu füllen, Erkenntnisse zu sammeln, Erfahrungen zu machen und Herausforderungen anzunehmen, bedarf lebenslang und besonders im Alter der anderen Kunst, die Taschen zu leeren, Ballast abzuwerfen, sich zu verändern und Körper, Geist und Seele neu verstehen und anders füllen zu lernen. Die Kunst, in guter Gesundheit ein erfülltes Leben zu gestalten, braucht unabdingbar die andere Seite der Lebenskunst: Krank sein zu können und sich in Würde den Zumutungen des Lebens zu stellen.

Der demografische Wandel hat unzählige biografische Gesichter. Diese lachen und weinen uns als »demografischer Reichtum« in jedem alten Menschen entgegen, der sein Leben zu leben gewagt hat und wagt. Von einem solchen Wagnis und der dazu entwickelten Lebenskompetenz berichtet die folgende Geschichte.

Eine kleine »Festschrift« über den Dialog zwischen Gesundheit und Krankheit, über veränderte Lebenslagen, über Alltagsbewältigung, Lebensregeln und die Freude, noch älter werden zu wollen. »Liegen lernen« lautet der Titel einer Reportage über eine 93 Jahre alte Frau, die fünf Jahre Bettlägerigkeit gemeistert hat und immer noch bei Lebenslaune und Lebenskraft ihren 100. Geburtstag in einem Altersheim anvisiert. Dem Reporter gelingt durch Empathie, interessierte Neugier und genaue Beobachtung ein »praxisnaher, biografischer Forschungsbericht (mit kleinen Änderungen übernommen aus Mucke 2014)

Heidi residiert. Auf zwei Quadratmetern Pflegebett. Das Fenster steht offen, die Sonne scheint durch die Bäume hindurch auf die Biedermeierkommode aus dunklem Nussholz. Der Ton des Flachbildfernsehers ist schon von weit draußen auf dem Flur des Seniorenheims zu hören. Heidis Ohren haben nachgelassen. Sonst aber funktioniert der Kopf tadellos. Soweit man das im Alter von 93 Jahren verlangen kann.

»Ich liege in weiße Linnen gehüllt, bekomme Essen ans Bett und ich werde morgens geduscht. Es ist paradiesisch«, sagt sie während sie mit ihren Händen in einer großen Geste auf ihre kleine Welt deutet. Dort liegt neben ihrer Bettdecke ein alter Gehstock. Ist ihr zu kalt, stößt sie damit das offene Fenster links von ihr zu. Vor ihr ragt das Tablett eines Beistelltisches über die Bettkante. Neben den Schnabeltassen, aus denen Heidi Tee, Saft und Kaffee trinkt, stehen die wichtigsten Utensilien, die sie für ihr Leben braucht:

Die Fernbedienung des Fernsehers, ein kleines Messerchen zum Öffnen von Briefen, eine kleine Lupe als Lesehilfe. Taschentücher, Feuchtigkeitscreme und eine kleine Flasche Eierlikör. Ein paar Zettel, ein Stift und Postkarten von den Enkeln. Sie denkt sich auf deren Reisen, in die Welt, die sie schon so lange kennt. Auf dem Tisch neben Heidi stehen frische Blumen, ihr verstorbener Ehemann schaut ihr aus zwei Bildern entgegen. Über ihr ragt ein Galgen ins Bett hinein, an dem sie sich festhalten kann. Mit ihren steifen Händen fällt ihr das schwer, aber es reicht, um das elektrische Bett mit der Fernbedienung auf und abwärts zu fahren … Die Fernbedienung ist zwar nur ein kleines Detail, aber eines, das ihr Leben selbstbestimmter sein lässt.

Die Kaufmannstochter wird in Cuxhaven groß, damals eine weltoffene Stadt, in deren Hafen Dampfer aus Amerika anlegen, sportlich und gut aussehende Marinesoldaten kommen und gehen. Heidi ist kein Kind von Traurigkeit. Nach dem Krieg heiratet sie einen jungen Arzt. Es ist die zweite Ehe nach der dritten Verlobung, und dass der Pfarrer sie nach einer Scheidung nicht ein weiteres Mal trauen wollte, findet sie verbohrt und kleinkariert. Der Mann tut ihr leid. »Leben und leben lassen«, das Sprichwort gefällt ihr und sie handelt danach. *»Leider denken zu viele, alles drehe sich nur um sie. Man darf sich selbst nicht zu wichtig nehmen.«* Als junge Frau arbeitet Heidi in einem Lazarett in Hamburg. Sie ist 18 Jahre alt, da beginnt der Zweite Weltkrieg. Schwer verwundete Soldaten zu pflegen, sich ihnen zu nähern und ihnen ein Gefühl von Aufgehobenheit zu vermitteln, das funktioniert für Heide mit Charme und Witz.

»Mir ist nichts fremd. Nackte Männer, nackte Frauen. Bei all den Nackedeis darfst du nicht verklemmt sein.« Mit hoher Wahrscheinlichkeit profitiert ihr derzeitiger Pfleger Lars, Mitte Dreißig, von Heidis Lebenshaltung. Als sie gelagert werden muss, wird sie angehoben und Lars zählt von drei runter: *»3, 2, 1 und Hopp!« »Oh, ich werde abgeschleppt«, ruft Heidi heiter. »Wenigstens mal eine, die sich abschleppen lässt«, sagt Lars.* Helfen und sich helfen lassen können, eine der wichtigen Lektionen im Prozess des Älterwerdens, wenn Hilfe nötig wird. *»Siehst du, Lars, wir zwei passen zusammen«*, entgegnet Heidi und beide fühlen: So liegen sie in ihrem Miteinander trotz vieler »Druckstellen« richtig.

Ein Badezimmersturz mit seinen Folgen hat ihren Lebensraum auf das Pflegebett begrenzt, in dem sie nun ihre Tage und Nächte verbringt. Aus dem bisschen Gemeinschaft vor ihrer Zimmertür ist sie raus. Dort auf den Fluren gehen viele betagte Damen mit Rollatoren mehr oder weniger beschwingt oder träge auf ihre kleinen täglichen Reiserouten. In Heidis Wohnung kommen nur die Pfleger und die Angehörigen. Nachbarinnen kommen selten vorbei, allenfalls wenn sie sich über die Lautstärke des Fernsehers beschweren wollen. Heidi hat viel Selbständigkeit abgeben müssen. Sie muss sich waschen lassen, zur Toilette kann sie nicht mehr gehen. Am Bettrand hängt versteckt der Beutel eines Katheters. Das Fenster steht auch deshalb offen, um gute Luft ins Zimmer zu lassen. Wegen ihres Dekubitus muss sie regelmäßig gelagert werden. Auch Heidi musste sich an all das gewöhnen, was das Leben von ihr verlangte und über sich ergehen lassen, was sie eigentlich nicht wollte. Aber: *»Nach dem Wollen geht es ja nicht«, sagt Heidi. Wer hadere, sei selbst schuld. »Wir leben doch alle nur einmal. Da muss man einfach das Gute herauskitzeln.«*

Heidi will ihr »Altsein« nicht nur aushalten, sie will weiter älter werden! Auch dank des Morphiums. *»Ich habe keine Schmerzen, was soll ich mehr wollen?«*

»Sei was Du bist, gib was Du hast.« Heidi versucht wie bisher in ihrem Leben auch nach dem

Sturz im Badezimmer, der ihr viel an Selbständigkeit nahm, herauszufinden, wer sie ist und zu geben, was sie hat. Um das aber zu finden, muss sie »neu« werden. Im Leben als junge Krankenschwester, als Ehefrau, mit heilen Knochen und ohne Schmerzen unterwegs, ist anderes verlangt als am Lebensort »Pflegebett« in irgendeinem Altenheim. Alles eine Frage der Einstellung, sagt Heidi, und trifft einen der berühmten Nägel auf den Kopf. Das Leben stellt die Fragen! Wer bist Du und was bleibt von Dir, wenn Dir im Badezimmer im Sturz der Boden unter den Füßen weggezogen wird und du im Pflegebett landest? Wer warst und wer bist Du, wenn ein geliebter Mensch stirbt oder sich trennt und Du erkennst, was Du eigentlich schon wusstest: Nichts bleibt wie es ist, selbst wenn es lange geblieben ist? Wer bist und wer bleibst du, wenn Körper und Seele sich verändern, streiken, wenn sie andere, höchst eigenwillige Wege gehen und in der Altersdemenz die Wegweiser nicht mehr zur Kenntnis nehmen, die deinem Leben Sicherheit, Anerkennung und Erfolg garantierten?

Sei was Du bist, gib was Du hast. Was so mächtig klingt und so rätselhaft erscheint, wird manchmal ganz einfach eine Frage der Einstellung, wie uns Heidi J. klar gemacht hat. Angehörige erzählen von den Versuchen, den Rückzug und die Vereinsamung ihrer demenziell erkrankten Partner aufzuhalten, die oft verzweifelt, aber auch mit Alltagswitz auf der Suche nach einer Antwort auf die Frage sind, wer sie im Lauf der Jahre geworden sind und was sie der Umwelt noch zu geben haben. Zwischen Verbergen und Offenlegen, Scham und Bekennermut geht es Schritt um Schritt um die Klarstellung und Aufdeckung dessen, was es heißt: Älter werden und älter sein. Das Ergebnis ist immer offen. Eine Angehörige erzählt:

»Mein Mann wollte im Garten einige Geräte wegräumen. Ich sah, dass er öfter stehen blieb und wohl überlegte, was jetzt dran kommt. Es fiel ihm wohl doch nicht so leicht, und ich war kurz davor, es ihm abzunehmen, doch ich wartete noch ab. Dann schaffte er es doch noch, und ich war froh, nicht so schnell eingegriffen zu haben. Mein Mann war so stolz, als er das hinbekommen hatte. Er strahlte mich an, als wenn er sagen wollte: ›Ich bin doch noch zu etwas gut.‹ Da mussten wir beide weinen.« (Baer und Schotte-Lange 2013, S. 61)

»Der Baum zu spät hängt voller Knospen«, dieser Satz von Hugo Kükelhaus trifft den Punkt, um den es geht. Welche Knospen trägt das Älterwerden? Was ist im Leben zur Blüte gekommen und was verdurstet? Welche Herausforderungen haben Entwicklungen ermöglicht, welche haben überfordert und Rückzug eingeleitet? Ungefragt zur Welt gekommen, in einer Familie, einer Zeitgeschichte und in einem Land gelandet, das er sich nicht aussuchen konnte, ist der Mensch suchend, liebend, hoffnungsvoll, verzweifelt oder neugierig unterwegs, um aus sich und seinem Leben etwas zu machen, was Sinn macht. Es gibt keine Gebrauchsanweisung, wie im Älterwerden gutes Leben gelingen kann und wie Etappe für Etappe das Älter-Geworden-Sein sich anfühlen wird. Wann endlich fühlen wir uns alt genug, um auch an das Sterben denken zu können? Es gibt noch viel zu fühlen, zu denken, zu beachten und zu forschen, was Älterwerden und alt zu sein, bedeuten.

» Fazit

Der demografische Wandel wird im Text als »demografischer Reichtum« dargestellt, der den Dialog zwischen den konkreten Herausforderungen und den individuellen Kompetenzen sowie den gesellschaftlich-strukturellen Möglichkeiten erfordert.

Älter werden bedeutet Veränderungen zu erleben, zuzulassen und damit umzugehen. Da die Gruppe der älteren und hochaltrigen Menschen äußerst heterogen ist, unterscheiden sich die individuellen Voraussetzungen und Biografien, ebenso die damit einhergehenden Herausforderungen, Chancen und Risiken für Gesundheit. Die unterschiedlichen Lebenswelten, Voraussetzungen, Lebensphasen und Vulnerabilitäten sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen und individuellen Stärken wirken sich auf die persönlichen Gesundheitschancen und damit letztlich auch auf die Lebensqualität im höheren Alter aus.

Um gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen zu fördern, die in hohem Maße vom Gesundheitszustand und der Mobilität abhängen, bedarf es nicht nur einer lebensbegleitenden zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung, sondern auch einer spezifischen Gesundheitsförderung im Alter. Jedoch wirken sich auch Präventionsangebote, die erst im Alter einsetzen, noch positiv auf die physische und psychische Gesundheit und die Selbstständigkeit aus. Allerdings sollten neben dem Blick auf das Alter gleichzeitig auch weitere differenzierende Zielgruppenspezifika wie z. B. Geschlecht, Bildung, familiärer Hintergrund, soziale Lage, kultureller Hintergrund in die Betrachtung einfließen, um Zielgruppen mit möglichst alltagsnahen Angeboten, die zu ihren Lebenswelten und ihrer Lebensrealität passen, gegenübertreten zu können. Dieses kann nur gelingen, wenn die Zielgruppe selbst ernstgenommen wird, wenn die älteren und hochaltrigen Männer und Frauen, als Expertinnen und Experten in eigener Sache mit ihren Interessen und Wünschen in die Gestaltung von Angeboten einbezogen werden.

Das weite Spektrum der Lebenswirklichkeiten, die über die Darstellung persönlicher Beispiele, individueller biografischer Herausforderungen und besonderer Belastungen und Umbrüche im Leben eindrucksvoll zu belegen sind, muss in die Konzeptionierung und Umsetzung von Maßnahmen und Programmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen eingehen. Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die adäquate Förderung von Mobilität und sozialen Kontakten, um Isolation und Vereinsamung entgegen zu wirken.

» Literatur

Baer, U.; Schotte-Lange, G. (2013): Das Herz wird nicht dement. Weinheim.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009): Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2011): Monitor Engagement. Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Berlin.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013): Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) – Eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. Kurzfassung. Berlin.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2015): Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von über 80-jährigen Menschen. Verfasst von Heusinger, J.; Wolter, B.; Amrhein, L.; Ottovay, K. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 47. Köln.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2013): Die Älteren. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Verfasst von Heusinger, J.; Wolter, B.; Kammerer, K. unter Mitarbeit von Ottovay, K. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 44. Köln.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2011): Die Jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Verfasst von Heusinger, J.; Wolter, B. unter Mitarbeit von Hoffmann, J. und Ottovay, K. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 38. Köln.

DEAS – Deutscher Alterssurvey (2008): www.gerostat.de [Zugriff 03.04.2012].

Doblhammer, G., Kreft, D. (2011): Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 54, Heft 8, S. 907–914.

Generali Zukunftsfonds (Hg.); Institut für Demoskopie Allensbach (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Autoren: Köcher, R., Bruttell, O. Frankfurt a. M.

Lampert, T. (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin, S. 121–133.

Mayer, K. U. u. a. (1996): Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 599–634.

Menning, S. (2006): Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. GeroStat Report Altersdaten 02/2006. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.

Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart.

Mucke, K. (2014): Liegen lernen. In: Weserkurier vom 01.06.2014. Online verfügbar unter www.weser-kurier.de/startseite_artikel,-Liegen-lernen-_arid,862244.html [Zugriff am 26.11.2014].

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Berlin.

Scholz, R. (2013): Demografischer Wandel: Sterblichkeit und Hochaltrigkeit. In: Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) (Hg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, S. 26–33.

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung nach Altersgruppen Deutschland. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen_/lrbev01.html [Zugriff am 24.10.2014].

Steppan, M.; Hildebrand, A.; Wegmann, L.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2010): Jahresstatistik 2008 der professionellen Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Herausgegeben von Institut für Therapieforschung. München.

Sportverbände und -vereine als Partner und Leistungserbringer in der Gesundheitsförderung und Prävention

Gudrun Doll-Tepper und Mischa Kläber

Einleitung

Bewegung und Sport sind neben einer gesunden Ernährung wesentliche Grundlagen für einen stabilen Gesundheitszustand über die gesamte Lebensspanne. In der Kindheit ermöglicht körperliche Aktivität – hier im Sinne von ausreichend Bewegung und Sport – die Entwicklung grundlegender motorischer und kognitiver Fähigkeiten, fördert die Lernbereitschaft und das psychosoziale Wohlbefinden. Für Erwachsene ist sportliche Aktivität ein wichtiger körperlicher und psychischer Ausgleich zu den vorwiegend sitzenden oder stehenden Arbeitstätigkeiten und oft sehr einseitigen Bewegungsabläufen. Im Alter dienen Bewegung und Sport der Erhaltung grundlegender Funktionen und persönlicher Unabhängigkeit (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2007).

Auswirkungen auf die physische Gesundheit: Studien der letzten Jahrzehnte belegen eindeutig, dass regelmäßige körperliche Aktivität im weiter gefassten Sinne einen hohen individuellen Gesundheitsgewinn hat. Sie trägt entscheidend zur Stärkung persönlicher, körperlicher, seelischer und sozialer Ressourcen für mehr Wohlbefinden und Gesundheit bei (vgl. Naidoo und Wills 2010). Auch sportliche Aktivität hat das Potential, bestimmten Krankheiten vorzubeugen, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, gewisse Krebsarten, Adipositas, Bluthochdruck, Osteoporose und Arthrose (vgl. Brehm u. a. 2006).

Auswirkungen auf die psycho-soziale Gesundheit: Auch das psychische Wohlbefinden, die soziale Lebensqualität und die Persönlichkeitsentwicklung werden durch Bewegung und Sport positiv beeinflusst. Durch Sport nimmt man die eigenen körperlichen und psychischen Fähigkeiten sowie Grenzen bewusster wahr. Dies trägt zu einem positiveren Körper- und Selbstkonzept bei, welches Selbstwertgefühl und persönliche Zufriedenheit verbessern; gegen Stress und Alltagsbelastungen ist man resistenter (vgl. Quante 2004). Die Freisetzung von Endorphinen während sportlicher Aktivitäten führt zur Stimmungsaufhellung und einer positiveren Bewertung der gegenwärtigen Befindlichkeit. Bestehende Spannungen, Depressionen und Ängste werden abgebaut. Auch soziale Einbindung und Unterstützung beeinflussen das Wohlbefinden nachhaltig positiv.

Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) und seine Mitgliedsorganisationen übernehmen im oben genannten Sinne mit ihren vielfältigen Angeboten seit Jahren einen wichtigen Part im deutschen

Gesundheitssystem. Mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) pflegt der DOSB eine nachhaltige und überaus fruchtbare Zusammenarbeit, so in den Arbeitskreisen »Frauengesundheit«, »Männergesundheit«, »Gesund und aktiv älter werden« sowie im Wissenschaftlichen Beirat der BZgA. Bei der Initiative »Alkohol? Kenn dein Limit.« sind wir ein wichtiger Partner, ebenso im Programm »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung« (KNP). Auch die Deutsche Sportjugend (dsj) hat ihre jahrelange gute Zusammenarbeit mit der BZgA kontinuierlich ausgebaut. Schwerpunkte bilden hier die Programme »Kinder stark machen!« und »Alkoholfrei Sport genießen!«. Seit September 2012 wurden rund 5.000 Aktionspakete »Alkoholfrei Sport genießen« an teilnehmende Vereine verschickt. Die Aktionspakete enthalten Materialien und Anregungen für einen Aktionstag unter dem gleichnamigen Motto.

Der DOSB bringt sich darüber hinaus in vielen verschiedenen Kontexten als wichtiger, kompetenter und zuverlässiger Partner im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ein. Dieser Artikel, der inhaltlich auf einer Publikation aus der DOSB-Schriftenreihe Sportentwicklung basiert (Kläber 2014), vermittelt dazu einen prägnanten Überblick zum Handlungsfeld Sport und Gesundheit.

» Bewegung und Sport als Handlungsfeld der Sportverbände und -vereine

Es gilt inzwischen als wissenschaftlich unumstritten, dass ein ausgewogenes Maß an Bewegung und Sport sowohl der physischen als auch der psychosozialen Gesundheit zuträglich sind (vgl. Simon 2012). Wie eingangs bereits dargestellt, belegt eine Vielzahl an Studien, dass sich sportliche Aktivität auf Gesundheitsparameter wie beispielsweise Herzkreislauf- und Muskel-Skelettsystem oder Befindlichkeit und Zufriedenheit positiv auswirken. Daher implementieren deutsche Sportvereine in zunehmendem Maße gesundheitsorientierte Sportprogramme in ihr immer pluralistischer werdendes Angebotsspektrum. Die zuständigen Sportverbände – insbesondere der DOSB als Dachorganisation des organisierten Sports samt seiner Mitgliedsorganisationen (den Spitzenverbänden, den Landessportbünden und den Verbänden mit besonderen Aufgaben) – setzen dazu auf Bundes- und Landesebene entsprechende Anreize und stellen für den organisierten Sport optimale Rahmenbedingungen sicher. Unter dem Dach des DOSB sind derzeit rund 27,8 Millionen Mitgliedschaften in über 91.000 Turn- und Sportvereinen organisiert.

24 % der Vereinsmitglieder entstammen der Altersgruppe der unter 18-Jährigen – dies angesichts eines Anteils von lediglich 15,3 % in der Gesamtbevölkerung. Das zeigt sehr deutlich, dass entgegen so manch kritischer Stimme Vereine nach wie vor ein überaus attraktives Angebotsspektrum für Kinder und Jugendliche vorhalten und zugleich ein hohes Potential in Bezug auf Minderjährige aufweisen, die es noch gilt, für nachhaltige Formen von Bewegung und Sport zu begeistern. Die Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 19 und 26 Jahren ist dagegen schwerer dauerhaft als Vereinsmitglieder zu binden. Hier sind vermutlich berufliche und private Biografieentwicklungen oder die Dominanz anderer Interessen für die Unterrepräsentanz verantwortlich (vgl. DOSB 2014, S. 13; Breuer und Feiler 2013).

Den größten Mitgliedereinbruch verzeichnen die Turn- und Sportvereine in der Altersgruppe zwischen 27 und 40 Jahren. Durch berufliche und familiäre Verpflichtungen ist hier eine Vereinsmit-

gliedschaft für viele Frauen und Männer nur schwer vereinbar. Insbesondere die Veränderungen in der Arbeitswelt mit hoher Flexibilität, ständiger Erreichbarkeit und vermehrter Schichtarbeit macht den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Vereine zu einem wichtigen Zukunftsthema. Diese schwer erreichbare Altersgruppe gilt es entsprechend zielgruppenspezifisch anzusprechen (ebd.). Dazu liegen bereits einige erfolgreiche Ansätze in den DOSB-Mitgliedsorganisationen vor:

- Das »3-Stufen-Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung« des Landessportbundes Brandenburg,
- der »Pausenexpress« des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbands,
- das Projekt »gesund leben – gesund arbeiten« des Landessportbundes NRW und
- das Konzept »G.U.T. im Beruf – Das Modellprojekt« des Württembergischen Landessportbunds.

Im Gegensatz zu den Altersgruppen der jungen Erwachsenen und der 27- bis 40-jährigen finden immer mehr Seniorinnen und Senioren die altersgerechten und facettenreichen Vereinsangebote attraktiv. Inzwischen sind laut des statistischen Bundesamts 27 % der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt; knapp 19 % von ihnen sind in Turn- und Sportvereinen aktiv – Tendenz deutlich steigend (DOSB 2014, S. 14). Daher halten die Vereine zunehmend mehr Angebote für Ältere vor (z. B. die DTB-Programme »Fit bis ins hohe Alter«, »Standfest und stabil« oder die Kampagne des Landessportbund NRW »Bewegt älter werden in NRW«).

Dass der DOSB seit vielen Jahren ein wichtiger Partner im Gesundheitssystem ist und mit seinen Maßnahmen, Kampagnen und Aktivitäten einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung leistet, ist allgemein unumstritten. Aber wie drückt sich dies in konkreten Zahlen aus? Rund 32 % der Sportvereine halten laut Sportentwicklungsbericht (2011/12) Kurse und Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation vor (vgl. Breuer und Feiler 2013). Insgesamt 11,8 % der Sportvereinsangebote haben inzwischen einen überdurchschnittlichen Gesundheitsbezug und genügen klar definierten und strikt kontrollierten Qualitätsstandards.

Zudem sind aktuell knapp 40.000 gültige Ausbildungslizenzen Übungsleiter B »Sport in der Prävention« und über 41.000 Lizenzen Übungsleiter B »Sport in der Rehabilitation« im Umlauf. Beide Lizenzen setzen Ausbildungsumfänge von mindestens 180 Lerneinheiten sowie eine informelle Lerntätigkeit im fachpraktischen Sportvereinskontext voraus. Die beiden DOSB-Lizenzausbildungen entsprechen zudem dem Kompetenzniveau Stufe 5 des Deutschen Qualifikationsrahmens (DOSB 2013).

Der organisierte Sport hat eine Infrastruktur für den Gesundheitssektor zu bieten, die Ihresgleichen sucht: Es existieren keine anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen, die im vergleichbaren Umfang flächendeckend und zudem sozialverträglich Präventions- und Gesundheitsangebote vorweisen können. Der Anteil der Turn- und Sportvereine im deutschen Gesundheitssektor wird im Bereich der Rehabilitations- und Präventionsangebote aktuell auf über 20 % beziffert (vgl. Breuer und Feiler 2013). Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das Zusammenwirken von (Gesundheits-)Sport, Gesundheitswesen und Politik dargestellt, bevor darauf aufbauend das Engagement des DOSB im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention genauer skizziert wird.

Verortung des Sports neben Gesundheitswesen und Politik

Das Themenfeld Sport, Gesundheitswesen und Politik ist in seiner hohen Komplexität nur nachvollziehbar, wenn zunächst auf die aktuellen gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozesse (bzw. die demographische Entwicklung) hingewiesen wird. Seit nunmehr über 40 Jahren hat Deutschland eine der niedrigsten, wenn nicht sogar die niedrigste Geburtenrate der Welt – das zugleich gekoppelt an eine steigende Lebenserwartung. Der Anteil an älteren Personen wird bis in das Jahr 2050 in Deutschland drastisch zunehmen. Die Alterskohorte der unter 20-jährigen sinkt dabei auf ca. 10 %, die der über 65-Jährigen steigt auf über 21 % an.

Im Vergleich zu den letzten Jahrzehnten haben wir in weiten Teilen noch immer sinkende Arbeitszeiten und damit mehr Freizeit zur Verfügung. Zugleich gibt es eine Tendenz zu vermehrter Schichtarbeit, was wiederum dazu führt, dass viele Menschen die häufig fixen Trainingszeiten in Sportvereinen nicht mehr problemlos wahrnehmen können (vgl. Breuer und Feiler 2013). Zudem haben wir einen steigenden Wohlstand trotz zunehmender Altersarmut und ansteigende Zahlen derer, die pflegebedürftig sind.

Diese demographischen Entwicklungen gehen auch mit zum Teil gravierenden Veränderungen für das Sportsystem einher. Der organisierte Sport ist angehalten, sich den wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen.

Auch werden sich die Sportbedürfnisse der Menschen in naher Zukunft noch stärker wandeln als bisher: zunehmend flexiblere Trainingszeiten, umfassenderes Angebotsspektrum, geschlechtsspezifische und altersgerechte Programmstrukturen etc. (vgl. Rittner 1986; Heinemann 1993). Erste Vorboten davon werden durch wissenschaftliche Studien transparent. Die Ergebnisse aus der »Kolibri-Studie« (Robert Koch-Institut 2011), die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben und vom Robert Koch-Institut durchgeführt wurde, zeigen die Motive für sportliche Betätigung; sie differenzieren dabei zwischen (1) Formen des informellen Sporttreibens (z. B. selbstorganisiertes Joggen), (2) Aktivitäten im klassischen Sportverein (z. B. Wirbelsäulengymnastik unter Anweisung eines Übungsleiters) und (3) Betätigung im Fitness-Studio (primär Kräftigungstraining an Maschinen) – letztere im Sinne kommerzieller Sportanbieter. Auffallend an den Ergebnissen ist, dass das bei allen jeweils mit Abstand wichtigste Antriebsmotiv für Sporttreiben die »Verbesserung der Gesundheit und Fitness« darstellt. Dominantes Motiv speziell in Sportvereinen ist zudem der Spaßfaktor – und damit die Geselligkeit. Doch ist für immer mehr Sporttreibende die »Modellierung der Körperoptik« im Sinne eines gezielten Figur-Tunings nicht weniger wichtig (vgl. Kläber 2013a).

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass das Handlungsfeld Sport und Gesundheit bereits ein wichtiges Themenfeld ist und aufgrund des demographischen Wandels insbesondere der Bereich »Sport der Älteren« in Zukunft noch weiter an Relevanz gewinnen wird.

Jede körperliche Leistung (bzw. Bewegung) muss zunächst sowohl vor dem Hintergrund des Sportsystems als auch des Gesundheitssystems moderner Gesellschaften analytisch verortet werden, damit der Mehrwert des Gesundheitssports für Gesundheitswesen und Politik erkennbar wird. Leider stehen einem klaren Begriffsverständnis die unterschiedlichen Definitionen von Bewegung innerhalb des Sportsystems, des Gesundheitswesens und der Politik entgegen.

Prinzipiell orientiert sich die zu erbringende Leistung im Sport – zumindest in wettkampf- und

leistungssportlichen Bereichen – an der Sieg-/Niederlage-Codierung (vgl. Bette 1999). Eine Leistung ist dementsprechend nur etwas wert, wenn sie zum Erfolg im Sinne eines Sieges führt. Doch gibt es in diesem Zusammenhang auch Abstufungen und Minderungen dieser strikten Leistungsorientierung, wie sie u. a. von Cachay und Thiel (2000) mit dem Leisten-/Nicht-Leisten-Code formuliert wurde. Dagegen orientiert sich das moderne Gesundheitssystem (bzw. das Medizinsystem) in seinen systeminternen Handlungen primär an der Gesund-/Krank-Codierung oder aber – wie es Bauch (1996) herausgearbeitet hat – am Lebensförderlich/Lebenshinderlich-Code. Hier wird die körperliche Leistung vor dem Hintergrund der Stärkung eigener Gesundheitsressourcen gesehen; Sieg/Niederlage-Logik und reine Leistungsorientierung spielen dabei keine Rolle.

Codierung bezeichnet den positiven und negativen Wert der jeweiligen internen Handlungslogik eines Gesellschaftsbereiches. Ausschließlich danach richtet sich das gesamte Kommunikationsspektrum der einzelnen Subsysteme aus (vgl. Luhmann 1987) – hier: Sport-, Gesundheit- und Politiksystem. Bereits bei diesem frühen Kategorisierungsschritt bahnen sich erste Verständnisschwierigkeiten an. Denn im Sport geht es primär um körperliche Eigenleistung im Hinblick auf einen intendierten »Sieg«, oder allgemeiner formuliert: um sportspezifische Leistungssteigerung (vgl. Becker 1987).

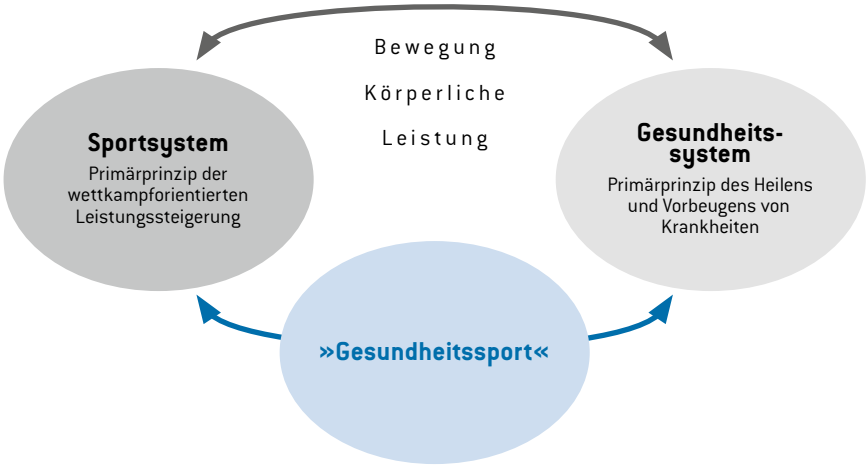
Dagegen geht es im Gesundheitssystem um körperliche Leistung zur Wiederherstellung oder Begünstigung der Gesundheit – beispielsweise im Rahmen von medizinischen Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahmen. Somit fällt ein Bewegungsprogramm wie ein sanftes Krafttraining in einem Rehabilitationszentrum als Maßnahme ins Gesundheitssystem – sofern es mit der Intention einer Wiederherstellung der Gesundheit betrieben wird (vgl. Weiher 2012). Ein klassisches Fitness-Training hingegen, das u. a. eine stetige Verbesserung bestimmter Ausdauerwerte oder der Körperoptik beabsichtigt, fällt zweifelsohne ins Sportsystem, da sich die Handlungen der Fitness-Sportler eher an der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit orientieren denn an der Überwindung von Krankheiten oder der aktiven Stabilisierung des Gesundheitszustandes.

Rein systemtheoretisch betrachtet muss ergänzend erörtert werden, dass es sich beim Sportsystem wie auch beim Gesundheitssystem und der Politik zum einen um gesellschaftliche Funktionssysteme handelt, die eine bestimmte Aufgabe für die Gesamtgesellschaft übernehmen, und zum anderen um jeweils spezifische Kommunikationszusammenhänge (vgl. Luhmann 1987). Das heißt für diesen Beitrag, dass er sich mit der spezifischen Kommunikation rund um das Handlungsfeld Sport und Gesundheit auseinandersetzt – und dies primär aus der Perspektive des organisierten Sports (bzw. des Sportsystems).

Generell sind alle Personen und Organisationen aus dem Gesundheitssystem per se immer Umwelt des Sportsystems, denn sie folgen einer anderen systeminternen Logik. Gesundheitssystem und Politik haben folglich einen anderen Blick auf Gesundheitssport. Analog dazu verhält es sich mit dem Gesundheits- bzw. dem Medizinsystem (vgl. Bauch 1996; Luhmann 2009). Das Gesundheitssystem folgt der Logik der Gesundheitswiederherstellung oder -optimierung und nicht etwa den Belangen des organisierten Sports.

Grundsätzlich stellt sich bei einer differenzierteren Betrachtung die Frage, worin sich die Bewegungsprogramme des Gesundheitssystems (etwa rehabilitative Funktionsgymnastik im Krankenhaus) von den gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten in Sportvereinen unterscheiden? Zugegeben: Es gibt eine gemeinsame Schnittmenge; dennoch erscheint es angebracht,

Beziehungsgeflecht Sport, Gesundheitssystem und Politik



» Abb. 1: Beziehungsgeflecht Sport, Gesundheitssystem und Politik

stets auf die jeweilige Perspektive (Sport, Medizin oder Politik) zu achten, wenn man im Handlungsfeld Sport und Gesundheit aktiv werden möchte. Der Sportbezug macht sich an körperlicher Leistungssteigerung und Wettbewerb fest – vielleicht auch als »Wettbewerb« gegen sich selbst. Abbildung 1 veranschaulicht den Zusammenhang von Sport, Gesundheitssystem und Politik und identifiziert dabei den Gesundheitssport als »sozialen Hybrid« (vgl. Dresen und Kläber 2014).

Gesundheitssport versteht sich aus dem Blickwinkel des Sportsystems als optimales Einsteiger- oder Wiedereinstiegsprogramm für Sportinteressierte. Damit stellt der Gesundheitssport u. a. eine Art »Tor« zum regelmäßigen – im besten Falle lebenslangen – Sporttreiben und somit zu mehr Bewegen dar (vgl. Brehm u. a. 2013). Die nächste Stufe der individuellen Verhaltensänderung wäre dann etwa das Betreiben eines regelmäßigen Fitness-Trainings oder einer bestimmten Sportart im regulären Wettkampfbetrieb. Das schließt jedoch nicht aus, dass bereits aktive Sportler, die etwa unter Rückenschmerzen leiden, im Rahmen eines gesundheitsorientierten Sportangebots Wirbelsäulenprogramme oder Ähnliches besuchen. Unabhängig davon verweilen viele der über 60-Jährigen dauerhaft im abwechslungsreichen gesundheitsspezifischen Angebotsspektrum der Turn- und Sportvereine und stellen so in geselliger Atmosphäre ein angemessenes Maß an Bewegung in ihrer Wochenplanung sicher.

Nun gilt es im Rahmen dieses Beitrags speziell das politische System und damit die Gesundheitspolitik bezüglich seiner Anschlussmöglichkeiten für den Gesundheitssport näher zu beleuchten. Die Politik – hier speziell in Gestalt der Gesundheits- und Präventionspolitik – erzeugt als Gesetzgebungsinstanz kollektiv bindende Entscheidungen (vgl. Luhmann 2008), welche die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention definieren. Folglich ist die Politik zwar ebenfalls ein autonomes Subsystem wie das Sport- und Gesundheitssystem

auch, allerdings stehen diese drei Funktionssystemtypen in Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention in einem wichtigen Beziehungs- und Austauschverhältnis zueinander. Aber was hat das Sportsystem für das Gesundheits- und Politiksystem konkret zu bieten?

» Leistungen des Sports für Gesundheitswesen und Politik

Im Handlungsfeld Sport und Gesundheit beschäftigt sich der DOSB u. a. mit der Etablierung und Weiterentwicklung der beiden Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT (www.sport-progesundheit.de) und SPORT PRO FITNESS sowie mit der bundesweiten Umsetzung des »Rezepts für Bewegung«. Diese Instrumente werden auf den folgenden Seiten ausführlicher vorgestellt. In einer Aufklärungsoffensive zum Medikamentenmissbrauch wird die Öffentlichkeit zudem für besagte Problematik sensibilisiert. Mit entsprechenden Materialien werden Einblicke in Entstehungsprozesse, Entwicklungsverläufe und Vermeidungstaktiken von Medikamentenmissbrauch im Sport – speziell in (kommerzielle) Fitness-Studios – gegeben. Dem DOSB ist darüber hinaus besonders daran gelegen, die Vernetzung der beiden Bereiche »Sportverein« und »Betrieb« vor dem Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auszubauen und zu optimieren.

Der organisierte Sport verfügt diesbezüglich bereits über bewährte Konzepte, die aufzeigen, wie Sportverbände und -vereine mit Betrieben kooperieren können und welche Voraussetzungen dabei zu beachten sind. Zwischenfazit: Die Turn- und Sportvereine können in Deutschland in einzigartiger Weise einen Beitrag zum Gelingen von nationalen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten (vgl. Brehm u. a. 2013). Denn sie

- stehen für Leistung, Gesundheit, Lebensfreude und Wertevermittlung,
- leisten mit flächendeckend vorhandenen Angeboten – und das zu sozial verträglichen Gebühren – einen immens wichtigen Beitrag für eine sozial gerechte Gesundheitspolitik in unserem Land,
- sprechen im Sinne von Diversity-Management und Vielfältigkeit eine Vielzahl von speziellen Zielgruppen – von Frauen und Männern über Menschen mit Behinderung bis hin zu sozial Benachteiligten – an und
- sind bereits seit vielen Jahren ein wichtiger Partner im Gesundheitssystem und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung.

Immer mehr Vereine entwickeln sich zu gesundheitsfördernden Lebenswelten im umfassenderen Sinne, indem sie Gesundheit zur Leitidee ihrer Vereinskultur machen.

SPORT PRO GESUNDHEIT

Besonders hervorzuheben ist das im Jahr 2000 gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) entwickelte Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT (im Folgenden kurz: SPG), zu welchem auch die Siegel PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB vom DeutschenTurner-Bund (DTB) und »Gesund und fit im Wasser« des Deutschen Schwimm-Verbandes (DSV) gehören. Das Siegel steht für Transparenz und Qualität und besitzt klar definierte Ziele und Kriterien. Mit ihm werden nachweislich gesundheitsorientierte Sportangebote in Vereinen zertifiziert, die besonders strengen, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien genügen. Derzeit sind bundesweit über 20.000 Angebote in mehr als 8.000 Sportvereinen mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnet. Die

Anzahl der zertifizierten Angebote steigt jährlich an. Aufgrund der hohen Qualität ist das Siegel explizit im Leitfaden zum § 20 SGB V erwähnt, sodass die Krankenkassen die Teilnahme an diesen speziellen Vereinsangeboten finanziell mit bis zu 80 % der anfallenden Kurskosten bezuschussen können.

Die Kursangebote sind vielfältig und orientieren sich an spezifischen Inhalten zum Herz-Kreislauf-System, Muskel-Skelett-System, Entspannung und Stressbewältigung sowie dem allgemeinen Präventionssport. Auf der DOSB-Homepage (www.sportprogesundheit.de) steht eine bundesweite Datenbank zur Verfügung, mit deren Hilfe alle Interessenten via Postleitzahl-Eingabe schnell und einfach ein passendes Angebot ausfindig machen können (vgl. Lang 2011).

Der organisierte Sport bekennt sich zu einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit und hat sich dazu verpflichtet, die im Sport bestehenden Möglichkeiten für diese gesellschaftliche Aufgabe bestmöglich zu nutzen und kontinuierlich auszubauen. Sporttreiben im Verein ist durch seine sozialintegrativen, kostengünstigen und flächendeckenden Eigenschaften in besonderer Weise dazu geeignet, dem Qualitätsanspruch einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung gerecht zu werden.

Daneben zeichnen sich die SPG-Angebote durch Wohnortnähe und Zugangsoffenheit aus und richten sich an alle Altersklassen (von Angeboten speziell für Kinder und Jugendliche, über Kurse für Erwachsene bis hin zu Angeboten für Ältere). Alle dem SPG-Siegel zugrundeliegenden Qualitätskriterien ermöglichen speziell Neu- und Wiedereinsteigern einen leichten Zugang zu Sportangeboten (vgl. DOSB 2010).

Seit April 2013 ist die Antragsstellung auf Erteilung des SPG-Siegels mittels einer onlinebasierten Datenbank möglich. Alle SPG-Angebote der Mitgliedsorganisationen wurden in diese Datenbank eingespeist, welche mittels einer Schnittstelle zur Datenbank der »Zentralen Prüfstelle Prävention« der Krankenkassen gekoppelt ist. Mit diesem Weg wird die mögliche Bezuschussung über die Krankenkassen deutlich vereinfacht.

SPORT PRO FITNESS

Neben SPG besteht seit 2008 zusätzlich das Qualitätssiegel SPORT PRO FITNESS (SPF), das an vereinseigene Fitness-Studios vergeben wird. Zur Erlangung des Siegels müssen diese Fitness-Studios eine klare Gesundheitsorientierung und besonders hohe Qualitätsstandards aufweisen, welche von geschulten Prüferinnen und Prüfern anhand festgelegter Qualitätskriterien kontrolliert werden. Bewertet werden unter anderem die Qualifikation des Leitungs- und Betreuungspersonals sowie die sportfachliche Betreuung, die Geräteausstattung, die räumlichen Bedingungen, Service und Umweltkriterien.

Zusätzlich sind zertifizierte SPF-Studios durch die Unterzeichnung einer Erklärung verpflichtet, gegen Medikamentenmissbrauch und Doping präventiv vorzugehen und entsprechend geschultes Personal sowie einen explizit benannten Missbrauchsbeauftragten vorzuweisen (vgl. Kläber 2013b).

Nach erfolgreicher Prüfung wird das SPF-Siegel zunächst für zwei Jahre vergeben und kann durch eine erneute Prüfung um zwei weitere Jahre verlängert werden. Mit dem Qualitätssiegel SPF können sich Vereine qualitativ profilieren und sich im Gesundheitsmarkt nachhaltig positionieren. Darüber hinaus profitieren die Mitglieder eines mit SPF zertifizierten Fitness-Studios von den jahrzehntelang gewachsenen Strukturen eines Sportvereins, die neben Geselligkeit und sozialer Vernetzung die besten Voraussetzungen für eine nachhaltige Bindung an das vereinseigene Fitness-Studio sowie den Verein in seiner Gesamtheit gewährleisten.

Das »Rezept für Bewegung«

Mit dem »Rezept für Bewegung« versucht der DOSB die Zielgruppe der Menschen zu erreichen, die sich nicht oder unregelmäßig bewegen und die in erster Linie durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ansprechbar sind. Nach Modellversuchen in einzelnen Bundesländern wurde 2011 ein bundesweit einheitliches »Rezept für Bewegung« gemeinsam von DOSB, der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) entwickelt. So funktioniert es: Mediziner »verordnen« im Rahmen ihrer ärztlichen Beratung das »Rezept für Bewegung«, auf dem sie auf ein SPG-Angebot mit einem ausgewiesenen gesundheitsförderlichen Schwerpunkt wie z. B. Herz-Kreislauf oder Muskel-Skelett-System verweisen. Weiterhin haben sie die Möglichkeit auf dem rezeptähnlichen Formular wichtige Hinweise an die Kursleitung zu vermerken. Die Ausstellung des Rezeptes ist eine freiwillige Leistung der Mediziner (vgl. Lang 2011). Mit dem Rezept für Bewegung kann die Ärzteschaft die allgemeine Empfehlung – »mehr Bewegung ist gut für Ihre Gesundheit« – mit einem konkreten Angebot unterlegen.

Diesbezüglich konnte auch die auf dem Sportärztekongress 2014 in Frankfurt erstmals präsentierte Studie von Gubisch u. a. (2014), welche die Wirksamkeit des »Rezepts für Bewegung« aus Patientensicht evaluiert, aufzeigen, dass die ärztliche Beratung im Sinne des »Rezepts für Bewegung« als effektives Instrument zur Sensibilisierung für das Thema Bewegung und Gesundheit beitragen kann. Über die Hälfte der befragten Patienten (55 %) besuchte nach eigenen Angaben im Anschluss der Beratung ein Bewegungsangebot im Sportverein. Die Rezeptverschreibung kann folglich zu einer entsprechenden Steigerung der körperlichen Aktivität im Sportverein und überdies zur Erhöhung der Alltagsaktivität beisteuern.

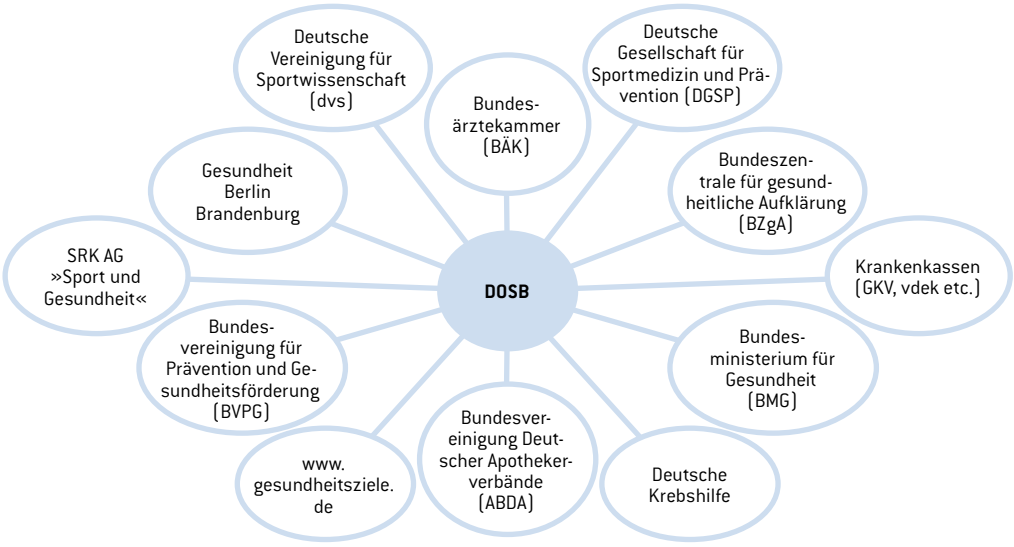
Die Ausstellung des Rezeptes ist derzeit ein freiwilliges Engagement der Ärzte und nicht zur Abrechnung vorgesehen. Das Rezept ist keine Leistung des deutschen Gesundheitswesens, verfolgt keine kommerziellen Interessen und ist somit mit herkömmlichen Rezepten nicht vergleichbar. Es besteht keine Verbindlichkeit für Ärzte, Patienten oder Krankenkasse. Durch die enge Zusammenarbeit des DOSB mit der Ärzteschaft wird im Rahmen des »Rezepts für Bewegung« das Thema »Prävention durch Bewegung« intensiver in die Ärzteschaft kommuniziert und diese als Multiplikator verstärkt eingebunden (vgl. Kläber und Koch 2013).

Trotz all dieser gemeinsamen Anstrengungen und Aktivitäten von Ärzteschaft und DOSB bleibt es wünschenswert, dass das »Rezept für Bewegung« künftig in dem Leistungskatalog der Ärzteschaft aufgenommen wird. In diesem Zusammenhang ist es begrüßenswert, dass das »Rezept für Bewegung« Eingang in den Begründungsteil des »Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« (Referentenentwurf, Stand 20. Oktober 2014) gefunden hat.

» Kooperationspartner des DOSB im Handlungsfeld Sport und Gesundheit

Grundsätzlich hat der DOSB folgende Aufgaben, Zielsetzungen und Schwerpunkte für seine Aktivitäten im Handlungsfeld Sport und Gesundheit zu beachten: Als eine besonders wichtige Aufgabe ist das politische und gesamtgesellschaftliche Umfeld des organisierten Sports stets aufmerksam zu beobachten und bezüglich neuer Entwicklungspro-

Kooperationspartner des DOSB



» Abb. 2: Kooperationspartner des DOSB

zesse zu analysieren (vgl. Simon 2012). In diesem Sinne gilt es, Chancen zu nutzen und zu verstärken und angemessen danach zu handeln. Als eine sich daraus ableitende Aufgabe geht es um eine systematisch-planvolle Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten von Sportvereinen und -verbänden, die wiederum bestimmte Schwerpunkte für die Arbeit des DOSB voraussetzen.

Abbildung 2 zeigt die vielfältigen Vernetzungen des DOSB-Ressorts für Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement, um damit ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie umfassend und bisweilen auch überkomplex sich das Handlungsfeld Sport und Gesundheit auf der Bundesebene gestaltet.

» Schlussbetrachtung

Prävention ohne Bewegung und Sport? Kaum vorstellbar. Deshalb hat der Vereinssport in jeglichen Gesetzesinitiativen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention adäquat Berücksichtigung zu finden. Die präventiven Bewegungskurse, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet werden, sind fachlich geprüft und unterliegen einem sorgfältig durchdachten Qualitätsmanagement. Die fachlich eigens dafür ausgebildeten Kursleiter und Kursleiterinnen garantieren dabei den hohen Qualitätsstandard. Die Angebote und Programme der Sportvereine sind zudem kostengünstig und ermöglichen so die Teilnahme für Menschen aller Bevölkerungsgruppen. Gemäß des Mottos »Sport für alle« heißt es dann auch

»Gesundheit für alle«. Gesundheitsförderung und Prävention sind für den DOSB – nicht zuletzt auch angesichts des demographischen Wandels – ein Zukunftsthema von essentieller Bedeutung.

Um als organisierter Sport in diesem Zusammenhang noch effektiver mit der Politik zusammenarbeiten zu können, bedarf es eines deutlich verbesserten Beobachtungsmanagements. Die Verantwortung tragenden Gesundheitsakteure aus den relevanten Gesellschaftsbereichen Sport, Gesundheitssystem, Politik etc. brauchen eine höhere System-Empathiefähigkeit als bisher. Das bedeutet: Sie müssen die Kompetenz erwerben, die Beobachter der jeweiligen Subsysteme beim Beobachten der Akteure aus anderen Subsystemen zu beobachten, um deren jeweilige Handlungslogiken – samt Begriffsverständnisse, Systemzwänge etc. – in ihrem eigenen Handeln berücksichtigen zu können (vgl. Simon 2012). Nur auf dieser Basis ist eine nachhaltige Kooperation mit durchschlagender Wirkung möglich. Gelingt dies nicht – oder auch nur unzureichend – sind absorbierende Missverständnisse, divergierende Begriffsverständnisse, generelles Nicht-Verstehen-Können des Anderen und wechselseitiges Ignorieren auch weiterhin kooperationsbremsend oder -verhindernd.

Die Themenvielfalt und das vielseitige Engagement des DOSB, seiner Mitgliedsorganisationen und nicht zuletzt der Turn- und Sportvereine vor Ort veranschaulichen, dass der organisierte Sport sowohl für das Gesundheitswesen, als auch für die Politik ein wichtiger, professioneller und verlässlicher Partner ist. Mit seinen umfassenden Strukturen bietet der organisierte Sport die besten Voraussetzungen für gezielte und vor allen Dingen sozial gerechte Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Doch das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch der organisierte Sport gefordert ist, sich den gesellschaftlichen Entwicklungen und Herausforderungen stetig anzupassen. In diesem Sinne bedankt sich der DOSB für die jahrelange vertrauensvolle, produktive wie auch kollegiale Zusammenarbeit bei der BZgA, die als tragende Institution innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention stets auch ein offenes Ohr für die Belange des Sports hat.

» Literatur

Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. München, S. 51–76.

Becker, P. (Hg.) (1987): Steigerung und Knappheit. Zur Kontingenzformel des Sportsystems und ihren Folgen. Sport und Höchstleistung. Reinbeck bei Hamburg, S. 17–37.

Bette, K. H. (1999): Systemtheorie und Sport. Frankfurt am Main.

Brehm, W.; Janke, A.; Sygusch, R.; Wagner, P. (2006): Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen. Weinheim.

Brehm, W. u. a. (2013): Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Eine Expertise. Bundesgesundheitsblatt. Heidelberg und Berlin.

Breuer, C.; Feiler, S. (2013): Demographische Entwicklung. In: Breuer, C. (Hg.): Sportentwicklungsbericht 2011/2012. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. Köln, S. 72–97.

Cachay, K.; Thiel, A. (2000): Soziologie des Sports. Zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports in der modernen Gesellschaft. Weinheim und München.

DOSB (2010): SPORT PRO GESUNDHEIT. 10 Jahre Qualitätssiegel. Frankfurt am Main.

DOSB (2013): Die Rahmenrichtlinien für Qualifizierung des Deutschen Olympischen Sportbundes. Frankfurt am Main.

DOSB (2014): Situation und Zukunft der Sportvereine. Frankfurt am Main.

Dresen, A.; Kläber, M. (2014): Sport und Gesundheit in funktional differenzierten Gesellschaften. In: Becker, S. (Hg.): Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit. Wiesbaden, S. 49–67.

Gubisch, R.; Hoppe, I.; Vogt u. a. (2014): Wirksamkeit des Rezepts für Bewegung aus Patientensicht: ärztliche Beratung und Handlungskonsequenzen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin Jahrgang 65, Nr. 7–8, S. 206.

Hafen, M. (2005): Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Heidelberg.

Heinemann, K. (1993): Veränderungen des Sports im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen. In: Hubert, Ch. E.; Weiß, O. (Hg.): Sport – zwischen Disziplinierung und neuen sozialen Bewegungen. Kulturstudien, Band 23. Köln und Wien, S. 85–101.

Kläber, M. (2014): Gesundheit für alle!? Zur politischen Relevanz von Sport und Bewegung. In: Siegel, C.; Kuhlmann, D. (Hg.): Sport gestaltet Gesellschaft. Schriftenreihe Sportentwicklung des DOSB, Band 2. Hamburg, S. 137–150.

Kläber, M. (2013a): Moderner Muskelkult. Zur Sozialgeschichte des Bodybuildings. Bielefeld.

Kläber, M. (2013b): DOSB-Expertise. Zum Medikamentenmissbrauch im Breiten- und Freizeitsport. Entstehung – Entwicklung – Prävention. Schwerpunkt: Fitness-Studios. Frankfurt am Main.

Kläber, M.; Koch, A. (2013): Das Rezept für Bewegung – ein Instrument zur Bewegungsförderung im Alltag. In: impu!se für Gesundheitsförderung 78/2013, 3. Quartal 2013, S. 21–22.

Lang, K. (2011): Kriterien und Planung präventiver Vereinssportangebote. In: Vogt, L.; Töpper, A. (Hg.): Sport in der Prävention. Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer. Köln, S. 243–264.

Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main.

Luhmann, N. (2008): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt am Main.

Luhmann, N. (2009): Der medizinische Code. In: Luhmann, N. (Hg.): Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven (4. Auflage). Wiesbaden, S. 176–188.

Naidoo, J.; Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Köln (BZgA).

Quante, S. (2004): Ich bin ich – Und das ist gut so! Spielerische Bewegungsangebote zur Selbstkonzeptentwicklung. In: Niedersächsischer Turner-Bund e.V., Fachbereich Gesundheitssport (Hg): Kongressbericht – Dritte Lehrtagung Gesundheitssport »Gesund und Mobil«: Wolfsburg, 1. bis 3. Oktober 2004. Butzbach/Griedel, S. 12–21.

Rittner, V. (1986): Sportvereine und gewandelte Bedürfnisse. In: Pilz, G. A. (Hg.): Sport und Verein. Schorndorf, S. 43–55.

Robert Koch-Institut (2011): KOLIBRI. Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. Berlin.

Simon, F. B. (2012): Die andere Seite der »Gesundheit«. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2007): Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas: Bericht über die Konferenz 2006. (Onlinepublikation: ISBN 978 92 890 7286 1).

Weiher, S. (2012): Der Körper als Letztfundierung. Gesundheit und Wohlbefinden systemtheoretisch beobachtet. Heidelberg.

06

Anhang

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Birgit Babitsch
Universität Osnabrück
Fachgebiet New Public Health
Albrechtstraße 28
D-49076 Osnabrück

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Engelbergerstraße 41
D-79085 Freiburg

Prof. Dr. Heinz Bonfadelli
Universität Zürich
Institut für Publizistikwissenschaft und
Medienforschung – Abteilung Medienrealität
und Medienwirkung
Andreasstrasse 15
CH-8050 Zürich

Dr. Anneke Bühler
IFT – Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München

Prof. Dr. Gerhard Bühringer
Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Chemnitzer Straße 46
D-01187 Dresden

Prof. Dr. Manfred Cierpka
Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Psychosomatische
Kooperationsforschung und Familientherapie
Bergheimer Straße 54
D-69115 Heidelberg

Eva Cruel
Universität Osnabrück
Fachgebiet New Public Health
Albrechtstraße 28
D-49076 Osnabrück

Prof. Dr. Gudrun Doll-Tepper
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft
und Psychologie
Fabeckstraße 69
D-14195 Berlin

Dr. Maren Dreier
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Ute Fillinger
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Dr. Minou Friele
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik
Mary-Somerville-Straße 5
D-28359 Bremen

Prof. Dr. Cornelia Helfferich
Evangelische Hochschule Freiburg
Fachbereich Soziale Arbeit
Bugginger Straße 38
D-79114 Freiburg

Prof. Dr. Josefine Heusinger
Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen
Breitscheidstraße 2
D-39114 Magdeburg

Prof. Dr. Annelie Keil (em.)
Universität Bremen
Gesundheitswissenschaften/Biografie-
und Lebensweltforschung/Palliative Care
Schenkendorfstraße 41
D-28211 Bremen

Dr. Mischa Kläber
Deutscher Olympischer Sportbund
Ressort Präventionspolitik
und Gesundheitsmanagement
Otto-Fleck-Schneise 12
D-60528 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Thomas Kliche
Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften
Osterburger Straße 25
D-39576 Stendal

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Dekanat der Medizinischen Fakultät
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse
Ruprecht-Karls Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie
Bergheimer Straße 20
D-69115 Heidelberg

Dr. Gunta Lazdane
WHO-Regionalbüro für Europa
Marmorvej 51
DK-2100 Kopenhagen

Dr. Frank Lehmann
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Harald Lehmann
An der Fliehburg 29
51109 Köln

Julian Mack
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Engelbergerstraße 41
D-79085 Freiburg

Dr. Eveline Maslon
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Franka Metzner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Dr. Andreas Mielck
Helmholtz Zentrum München
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen
Postfach 1129
D-85758 Neuherberg

Dr. Dr. Wolfgang Müller
Graf-Gessler-Straße 4
D-50679 Köln

Dr. Guido Nöcker
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Dr. Silke Pawils
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Dr. Martina Plaumann
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Stefan Pospiech
Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
Friedrichstraße 231
D-10969 Berlin

Thomas Quast
com.X Institut
Ehrenfeldstraße 34
D-44789 Bochum

Helene Reemann
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Der Paritätische Gesamtverband
Oranienburger Straße 13–14
D-10178 Berlin

Dr. Ursula von Rüden
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Prof. Dr. Ute Thyen
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Sozialpädiatrisches Zentrum
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck

Jürgen Töppich
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Dr. Peter Tossmann
delphi-Gesellschaft für Forschung,
Beratung und Projektentwicklung mbH
Kaiserdamm 8
D-14057 Berlin

Prof. Dr. Ulla Walter
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Matthias Wentzlaff-Eggebert
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Dr. Simone Weyers
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsstraße 1
D-40204 Düsseldorf

Dr. Christine Winkelmann
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Olga Wlodarczyk
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Das Sonderheft gibt anlässlich des Ausscheidens von Frau Professorin Dr. Elisabeth Pott einen exemplarischen Überblick über zentrale Grundlagen, Konzepte und Strategien der Schwerpunkte und Programme der BZgA, zeigt wesentliche Meilensteine der letzten 30 Jahre auf und stellt wichtige lebensphasenbezogene Maßnahmen und Handlungsfelder in der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Dabei werden nicht nur Entwicklungslinien nachgezeichnet, sondern auch Herausforderungen angesprochen, denen sich die BZgA aktuell zu stellen hat. Die Interventionen orientieren sich am Konzept der Lebensweisen und zielen darauf, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Besonders wichtige Anliegen sind die Einbindung der Perspektive der Betroffenen wie auch des jeweils relevanten Gemeinwesens. Die nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch fundierte Planung und Durchführung der Programme sind ebenso selbstverständlich wie ihre begleitende Qualitätssicherung und ergebnisorientierte Evaluation.

Das vorliegende Sonderheft verdeutlicht die erforderliche Komplexität und Vielfalt der Ansätze und Maßnahmen für die Entwicklung eines empiriegestützten, nutzerorientierten präventiven und gesundheitsförderlichen Angebots. Die BZgA unter der Federführung von Frau Professorin Dr. Pott hat in den vergangenen 30 Jahren wichtige Voraussetzungen für eine bevölkerungsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung hierfür geschaffen. Auf dieser Substanz können zukunftsweisende Entwicklungen im Sinne einer evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Prävention und Gesundheitsförderung aufbauen.

ISBN 978-3-942816-60-1