

Ergebnisse aus den Round Tables und abschließende Bewertung

- **Prof. Dr. Toni Faltermaier**
 - **Dr. Claudia Lampert** (RT Kinder und Jugendliche)
 - **Thomas Altgeld & Prof. Dr. Klaus Hurrelmann** (RT Männer)
 - **Eva Baumann & Dr. Bettina Fromm** (RT Patienten)
 - **Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel** (RT sozial Benachteiligte)
 - **Dr. Stephanie Lücke** (RT Ältere Menschen)
 - **Constanze Rossmann & Tanja Kust** (Qualität und Evaluation)

Round Table *Kinder und Jugendliche* – Fazit (1)

Wo besteht Kommunikations- und Handlungsbedarf?

- Verhältnisprävention
- Angebote für Heranwachsende aus sozial benachteiligten Kontexten
- Angebote für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund
=> Präventionsbotschaften im Ernährungs- und Bewegungsbereich
kommen dort noch nicht an!
- Geschlechtsspezifisch Botschaften umsetzen
- Heranwachsende an das Erwachsenwerden heranführen, z.B. an
Berufsschulen (Leider politische Entwicklung im Moment gegenteilig)
- Elternkommunikation: Eltern frühzeitig ins Boot holen,
„Elternschulungen“, „Elternschule“

Round Table *Kinder und Jugendliche* - Fazit (2)

Welche kommunikativen Ziele stehen im Hinblick auf Kinder und Jugendliche im Vordergrund?

- **Empowerment:** Weg von Vermittlung von Wissen, hin zu individueller Ansprache: „mich und meinen Körper stark machen“
- Das macht SPASS!
- Hands on Science!

Round Table *Kinder und Jugendliche* – Fazit (3)

Auf welchen Wegen können Kinder und Jugendliche mit gesundheitsfördernden Botschaften erreicht werden?

- Stärkere Altersdifferenzierung
- Bündelung von Aktivitäten
- Berücksichtigung unterschiedlicher Kommunikationskanäle (TV, Unterrichtsmaterialien, Kinospot) sowie
- Berücksichtigung neuer Medien
- Peer to peer, peer education
- Opinion Leader einsetzen, auch in neuen medialen Kontexten (web 2.0)
- „Power Break“: Kochkurse von Berufsschülern für Schüler, Peer Group Education
- Stärkere Einbindung der Zielgruppen
- Aktive Medienarbeit: Kinder+Jugendliche haben eigene „Bilder“ im Kopf, können medienpädagogisch umgesetzt werden, „Kreativwerkstatt“, v.a. für Jugendliche aus sozial benachteiligten Kontexten
- Einbeziehung anderer Sozialisationsinstanzen

Round Table *Kinder und Jugendliche* - Fazit (4)

Wo sind Grenzen?

- Verhaltensänderung extrem schwierig!
- Wichtiger: Aufmerksamkeit erzeugen, Einstellungen verändern
- Schnelle Erfolge sind unrealistisch, Finanzierungen häufig ungesichert oder zeitlich stark begrenzt
- Politische Rahmenbedingungen konterkarieren häufig Gesundheitsmaßnahmen (Sportunterricht!), Föderalismus
- Zu viel Material, Informationsüberflutung – Auswahl an Informationen zu treffen ist schwer
- Detailinformationen schwer zu vermitteln, Informationen eher in die Breite als in die Tiefe gehend
- zu wenig Evaluation, was Sinn macht und womit die besten Erfahrungen gemacht wurden

Round Table *Männer* - Fazit (1)

- ...indem man nicht von Männern als homogener Gruppe ausgeht, sondern bestimmte Gruppen von Männern anspricht (Internetuser, Berufstätig, Ältere Männer, junge Männer.....)
- ...indem klar ist, was man an den Mann bringen will (geht's um Gesundheit, geht's um Früherkennungsleistungen, um Verhaltensänderungen in bestimmten Bereichen....)
- ... indem man sich klar darüber wird, dass verschiedene Medien verschiedene Männergruppen erreichen und mobilisieren (Beratung im Internet versus Face-to-Face-Beratung....)
- ... indem Fürsorglichkeit und Gesundheitsbewusstsein in das Selbstverständnis von Männern integriert wird. Das ist eine Aufgabe für ein lebenslanges Lernen.

Round Table *Männer* - Fazit (2)

- ... indem positive, maskuline Termini benutzt werden
- ... indem man symbolische „Stellvertreter“ wie z.B. „Kraft im Alltag“ (statt Gewichtsreduzierung) oder „Gesundheitsmanagement“ (statt Herzkreislaufprävention) verwendet
- ... indem die Gesundheitsbotschaften an mänderspezifische Schlüsselbegriffe (z. B. →“Men´s Health“, Männer-Medizin) gekoppelt werden
- ... indem Klischees (z. B. starker = gesunder Mann) spielerisch eingesetzt werden ? !
- ... indem man besonders den Nutzen von Gesundheit für Männer herausstellt

Round Table *Patienten* – Fazit (1)

Patientenbild: Welche Zielgruppe(n) hat die Patientenkommunikation?

- Patientenbegriff teilweise negativ konnotiert (passive Rolle)
- heterogene Zielgruppe
 - soziodemografische und sozioökonomische Gruppen
 - unterschiedliche Bedarfs- und Bedürfnishaltungen
 - unterschiedliche Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten
 - unterschiedliche Aktivität bei der Suche nach Informationen
 - individuelles Mediennutzungsverhalten
 - Prävention vs. akut vs. chronisch Kranke
 - Erkrankte – Versicherte – Rezipienten
- Problem der „Beratungsresistenten“ (→ soziales Dilemma der Gesundheitspolitik und -kommunikation): soziale Benachteiligte, am häufigsten krank, aber am schwierigsten zu erreichen
- Pflicht zur Eigenverantwortung vs. Recht auf Nicht-Information

Round Table *Patienten* – Fazit (2)

Problemfelder der Patientenkommunikation

- Informationsflut: verschiedene Medien, Neue Medien, Diversifizierung der gesundheitsbezogenen Inhalte
- Qualität von Informationen (unklare Evidenzen, Interessengeleitete Informationen, Emotionalisierung und Skandalisierung vs. Journalistische Qualität)
- Durchdringung journalistischer Gesundheitsangebote durch PR & Werbefinanzierung
 - Qualitätsstandards & Kompetenz der Patienten notwendig, um Inhalte differenzieren zu können (Erkennen interessengeleiteter Gesundheitskommunikation)
- Verhalten durch kommunikative Maßnahmen nur begrenzt veränderbar
 - Betrachten, wie und unter welchen Rahmenbedingungen bestimmte Verhaltensweisen entstehen
 - Ansetzen, bevor sich Verhaltensweisen manifestieren (Prävention, z.B. in der Kindheit)
- Finanzierbarkeit adäquater Kommunikationsmaßnahmen
- Wer trägt Verantwortung für Information? (Ärzte? Krankenhäuser? Etc.?)
- Empowerment → Eigenverantwortung → Eigenfinanzierung?
- Fehlannahme der rein rational handelnden Menschen / Patienten / Rezipienten

Round Table *Patienten* – Fazit (3)

Potenziale erfolgreicher Patientenkommunikation

- Wen?
 - zielgruppenspezifische Ansprache und Angebote
 - insbesondere Problemzielgruppe erreichen
- Wie?
 - Qualitätssicherung von Informationsangeboten / evidenzbasierte Information
 - ganzzeitliches Vorgehen: kognitive und emotionale Überzeugung, interaktive Wege
 - niedrigschwellige Medieninhalte, Furchtappelle, Prominente, Laien
 - health literacy schaffen (z.B. auch in Schulen)
 - Gesundheitskommunikation + strukturelle Veränderungen (politische, ökonomische, rechtliche Rahmenbedingungen verbessern)
 - innovative Konzepte, die interpersonale und mediale Angebote auf Individual-, Setting- und Bevölkerungsebene integrieren: Multiplikatoren (z.B. Laienhelfer/Lotsen), Patienteninformationszentren, Internetangebote, Call Center (bestenfalls Kombination zentral und unabhängig organisiert)
 - Evaluation schon während der Umsetzung zur Prozessoptimierung
 - Gesundheit fördern heißt (auch): Bildung fördern

Round Table *Evaluation...* – Fazit (1)

Definition von Qualität

- Qualität(sanspruch) immer eine normative Setzung
- Qualität aus Rezipientenperspektive: Übereinstimmung zwischen Erwartungen und der Erfüllung der Erwartungen aus Rezipientensicht
- Unterschiedliche Qualitätsansprüche der Beurteilenden:
Gesundheitsexperten | Gesunde | Patienten | Angehörige |
Phase & Art der Betroffenheit

Round Table *Evaluation...* – Fazit (2)

Messung von Qualität / Evaluation (1)

Problemfelder/Stand der Dinge

- Vergleichbarkeit unterschiedlicher (Kampagnen-)Evaluationen
- Wenig Erkenntnisgewinn durch reine Ergebnisevaluation (→ Forschungs routinen und ihre Aussagekraft zu hinterfragen)
- Viele Mikrostudien/Einzelbefunde, fehlende Zusammenführung
- Finanzierungsproblematik
- Evaluation am Präventionsziel orientieren (prozessbegleitend): salutogenetische vs. pathogenetische Kriterien, erwünschte vs. unerwünschte Effekte; Einstellungs- vs. Verhaltensindikatoren; kurz- vs. langfristig

Round Table *Evaluation...* – Fazit (3)

Messung von Qualität / Evaluation (2)

Optimierungsstrategien der Qualitätsmessung

- Panel-Studien
- Bestandsaufnahmen, Meta-Analysen (Entscheidungshilfe für neue Konzepte)
- Kooperationen mit vorhandenen Gesundheitssurveys; Integration von Kommunikationsaspekten
- Optimierung der Ressourcenverwendung durch Rückkopplung mit Experten
- Transparenz aller (auch negativer!) Evaluationsbefunde

Round Table *Evaluation...* – Fazit (4)

Maßnahmen der Qualitätssicherung

Materialien, z.B.

- Multiplikatoren-Leitfaden
- Curriculum für Präventionsmanager
- Datenbanken
- Gütesiegel
- Aktionen mit Interaktions-/ Wettbewerbscharakter

Strategien der Qualitätssicherung

- Strategische Netzwerkkommunikation (Vernetzung, Transparenz, Vertrauen)
- Partizipative Forschung (Evaluationsansatz durch Akteure in den etablierten Settings, Forscherperspektive: Bottom-Up)
- Je nach Zielgruppe qualitativ geeignete Strategie wählen: massenmedial, interpersonal, settingbezogen, etc.

Round Table *Ältere Menschen* – Fazit (1)

Welche Typen älterer Menschen kann man unterscheiden?

Je nach Blickwinkel gibt es verschiedene Typen, die u.a. nach folgenden Kriterien unterschieden werden:

- Alter (z.B. junge Alte versus Hochaltrige), aber keine allgemein definierte Alterseingrenzung
- Ressourcen (Bildung und Schicht/ finanzielle Mittel)
- Geschlecht
- Gesundheitsstand (gesunde versus kranke Alte)
- Gesundheitsinteressen

Round Table *Ältere Menschen* – Fazit (2)

Welche Typen älterer Menschen erreicht man mit welchen medialen Mitteln?

- Mobile Ältere können gut mit interpersonalen Angeboten erreicht werden (Seniorentreff, Informationsveranstaltung, Beratungsstelle) – in geeigneten (von dieser Zielgruppe genutzten) Medien auf diese Angebote hinweisen
- Immobile Ältere erreicht man (fast) nur noch mit medialen Angeboten
➔ hier Angebote schaffen, wie Beratungsangebote zu den Älteren kommen (Bsp. Dänemark: „Präventive Hausbesuche“ mit 65)

Round Table *Ältere Menschen* – Fazit (3)

Best Practise I: Wie sollte die Ansprache idealerweise aussehen?

- Nicht nur die Älteren selbst, sondern ihr soziales Umfeld einbeziehen:
 - bei Jüngeren Kinder, Enkel, Peer Group (besser informierte Meinungsführer)
 - bei Älteren v.a. ÄRZTE, Pflegepersonal
- Beispiel: junges Image für „Seniorenprodukte“ schaffen (Rollenkoffer hat sich erst durchgesetzt, als Jüngere sie nutzten)
- Image von Älterwerden verbessern: Ältere, attraktive bekannte Persönlichkeiten („Stars“) MIT ihren Gesundheitsproblemen im Alltag zeigen
- Begriffe positiver besetzen: z.B. pro-age statt anti-age, reif statt senior,
- nicht defizitorientiert kommunizieren und stigmatisieren – gut leben MIT Erkrankungen statt ANGST VOR Erkrankungen machen

Round Table *Ältere Menschen* – Fazit (4)

Best Practise II: Wie sollte die Ansprache idealerweise aussehen?

- Kombination von medialer und interpersonaler Kommunikation:
- Der Quelle VERTRAUEN → schafft ÜBERBLICK → bietet ORIENTIERUNG
- Settings berücksichtigen: Gemeinde, Kirche als Treffpunkt berücksichtigen
- Zielgruppe hat ein hohes Informationsbedürfnis, wenn sie einmal erkrankt ist! Vorher – wie andere Altersgruppen auch – wenig konkretes Interesse

Round Table *Menschen aus sozial benachteiligten Kontexten* - Fazit (1)

- Flexibilisierung von Programmen, Veränderung der Programmorientierung
- Veränderung der Helferrolle
- mehr Klientenorientierung (Bedürfnislage berücksichtigen)
- Ressourcenorientierung (Positives belohnen statt Abweichendes zu bestrafen)
- die Menschen in ihrer Lebenswelt ansprechen
- positive Psychologie („gnadenlos positiv denken“)
- die Frage bleibt nur, wie das finanziert werden soll