Einstellungen, Sozialräume und Wandlungsprozesse

Chancen für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung

Das Paradigma der sozialen Determinanten der Gesundheit [2] führt eine Diskussion fort, die Soziologen schon seit geraumer Zeit bemühen. In den 1980er Jahren hat Bourdieu [1] sehr eindrucksvoll gezeigt, dass das Aufwachsen in Lebensbedingungen bestimmter sozialer Klassen automatisch und unbewusst Denk-, Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata im Alltagsverhalten entstehen lässt. Dieser „Habitus“ äußert sich auch in klassenspezifischen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie Sport oder Ernährung – ein Befund, der seither von Sozial-epidemiologen vielfach repliziert wurde. Zu einer ähnlichen Zeit hat die Weltgesundheitsorganisation entsprechend postuliert, dass zur Gesundheitsförderung nicht nur gehört, persönliche Kompetenzen zu entwickeln, sondern auch, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen [3].

Der Anspruch, die Lebenswelten und Sozialräume der Menschen in Prävention und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen, ist in der Praxis angekommen. Dies äußert sich in Aktivitäten wie dem bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>), der die Bedeutung von zielgruppensensiblen und settingbasierten Interventionen als Kriterium guter Prävention und Gesundheitsförderung unterstreicht.

Dennoch gibt es viele offene Punkte. Es muss weiterhin gefragt werden, welche *Einstellungen* in spezifischen Bevölkerungsgruppen zu ausgewählten Gesundheitsthemen bestehen, wie Interventionen

zu Gunsten besonderer *Zielgruppen* und in den verschiedenen *Settings* effektiv sein können und wie sich der *soziale Wandel* auf diese Aspekte auswirkt. Auf einige dieser Fragen geben die Beiträge der vorliegenden Ausgabe eine Antwort.

Einstellungen in Bevölkerungsgruppen

Vor dem Hintergrund des Anstiegs sexuell übertragbarer Infektionen bei Jugendlichen stellen *Saskia Pöttgen* und *Florence Samkange-Zeeb* den diesbezüglichen Kenntnisstand von Schülerinnen und Schülern dar, wobei sie insbesondere den Einfluss des Migrationshintergrunds berücksichtigen.

Welche Einstellungen zu Gesundheit und Wohlbefinden in jugendlichen Lebenswelten bestehen überhaupt und wie können diese Einstellungen an Entscheidungsträger herangetragen werden? Dieser Frage nähern sich *Benjamin Marent* und *Johannes Marent* mittels eines partizipativen Forschungsansatzes.

Im Zusammenhang mit sozialen Ungleichheiten des Ernährungsverhaltens untersuchen *Simone Weyers et al.* anhand einer Bevölkerungsstudie, ob ausgewählte Ernährungseinstellungen bei Männern und Frauen sozial ungleich verteilt sind und ob sie soziale Ungleichheiten des Ernährungsverhaltens erklären.

Interventionen zu Gunsten Bevölkerungsgruppen und in Settings

Guidrun Pötting und *Günter Eissing* überprüfen, ob Unterrichtskonzepte, die an Grundschulen im Rahmen der Ernährungsbildung eingesetzt werden, effektiv im Sinne einer Veränderung des kindlichen Ernährungsverhaltens sein können, und sie diskutieren die Bedeutung von Verhaltensmodellen in diesem Zusammenhang.

Welche limitierenden Einflüsse können bzgl. der Wirksamkeit schulischer Programme zur Tabakprävention identifiziert werden? Dieser Frage gehen *Peter-Michael Sack et al.* im Rahmen einer Beobachtung von Gymnasiasten und Real- bzw. Gesamtschülern nach.

Am Beispiel eines Streetdance-Projekts zeigt *Andrea Zumbrunn*, welche besonderen Merkmale Nutzerinnen außerschulischer und niederschwelliger Bewegungsförderungsprojekte haben und welche zusätzlichen gesundheitsförderlichen Wirkungen diese Projekte bei ihnen entfalten können.

Klaus Hurrelmann et al. stellen anhand von drei exemplarischen Elternbildungsprogrammen in Settings und mittels einer Befragung von Eltern und Programmverantwortlichen dar, welche Programmstrukturen und -komponenten sozial benachteiligte und bildungsferne Mütter und Väter ansprechen und erreichen.

Der Beitrag von *Katrin Ahlers et al.* zeigt, inwiefern fachärztlich angeleitete Informationsveranstaltungen am Arbeits-

platz Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Inanspruchnahme des Hautkrebs-screenings und zur Verhaltensänderung gegenüber bekannten Risikofaktoren motivieren.

Wie sich das 2008 eingeführte Rauchverbot in der Gastronomie hinsichtlich des Besuchs von Restaurants und Kneipen auswirkt und welche Konsequenzen aus der Verfügbarkeit von Raucherkneipen erwachsen, stellt *Karl-Heinz-Reuband* anhand einer repräsentativ angelegten Umfrage dar.

Sozialer Wandel

Angeichts der demographischen Alterung, der Verlängerung der Lebensarbeitszeit und der Dominanz von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei beruflichen Fehlzeiten stellt sich die Frage, welche Rolle die körperliche Leistungsfähigkeit bei der subjektiven Gesundheit älterer Beschäftigter spielt. Dies untersucht *Filip Mess* in einem Betrieb der Metallindustrie.

Sandro Hänseroth et al. evaluieren, inwiefern medizinische Laien für gegebene Schulterschmerzsymptome eine genauere Diagnose stellen können, wenn sie bei der Internetrecherche durch ein prototypisches Expertensystem unterstützt werden.

Martin Hafen diskutiert schließlich, welche ethischen Fragen sich nicht nur für aktuell heftig diskutierte Themen stellen wie etwa Gendiagnostik zur Verhinderung von Krankheiten, sondern auch für „alltägliche“ Präventionsmaßnahmen wie der Einführung von Gesetzen zur Einschränkung des Rauchens oder Bewerbung von Alkoholika.

Dass sich Wissenschaftlerinnen in Berlin und Zittau, in Hamburg und Bremen, im Rheinland und im Ruhrgebiet, in Vorarlberg und der Schweiz ähnliche Fragen stellen, verweist abermals auf die ubiquitäre Relevanz der sozialen Determinanten der Gesundheit und folglich der Prävention und Gesundheitsförderung.

Dr. Simone Weyers

S. Weyers

Korrespondenzadresse

Dr. phil. S. Weyers

Institut für Medizinische
Soziologie, Heinrich-
Heine-Universität
Universitätsstraße 1
40225 Düsseldorf
weyerss@uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Bourdieu P (1982) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt am Main
2. Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm
3. Weltgesundheitsorganisation (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Genf