



Qualitätssicherung
in der Abteilung „Sexual-
aufklärung, Verhütung und
Familienplanung“ der
Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung
Ilona Renner

Qualitätssicherung
in der Gesundheitsförderung
und Prävention
*Harald Lehmann,
Jürgen Töppich*

Qualität gemeinsam gestalten
– Qualitätszirkel in der
ambulanten Versorgung
Ottomar Bahrs

Wirkungsqualität
einer Website
„Usability Inspection“ von
www.loveline.de, der Jugend-
Homepage der BZgA zur
Sexualaufklärung
Boris Weinrich

„Mona, Lisa und Herr
Hahnentritt“
Eine „KundInnenbefragung“
mit Kindern zu sexualpädago-
gischen Medien
Andrea Hilgers

Evaluation der Broschüren
„Körper, Liebe, Doktorspiele“
„Wie geht's – wie steht's?“
Wilfried Höveler

Evaluation eines Faltblatts
der BZgA zum Thema
„Pränataldiagnostik“
Petra Schöneberger

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Gesundheitsprävention – das sind vor allem wissenschaftlich fundierte Strategieplanungen, die Evaluation von Medien und Maßnahmen und die Überprüfung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Kampagnen. Bei den öffentlich finanzierten, bundesweiten Aufklärungsmaßnahmen der BZgA sind hohe Qualitätsstandards für Erfolg und Akzeptanz unerlässlich.

Qualitätssicherung und Evaluation in der Sexualaufklärung und Familienplanung war auch eines von drei Themen beim diesjährigen, dritten Statusseminar der BZgA in Freiburg im Breisgau. Über sämtliche aktuellen Evaluationsstudien, die dort vorgestellt und diskutiert wurden, aber auch über weitere relevante Aspekte der Qualitätssicherung, berichtet diese neue Ausgabe des FORUM.

Einleitend stellt Ilona Renner die Aktivitäten der BZgA im Bereich Qualitätssicherung anhand einiger Beispiele vor und zeigt, wie in allen Stadien der Maßnahmenentwicklung, von der Konzeption bis zum Transfer in die Öffentlichkeit, Wirkung und Erfolg überprüft werden.

Harald Lehmann und Jürgen Töppich zeigen, dass hohe Qualitätsstandards immer mehr zu einem entscheidenden Faktor zur Legitimation für Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung werden. Sie diskutieren Effizienz und Effektivität in diesen Bereichen und stellen die Aids-Aufklärung als Beispiel für die Initiierung eines erfolgreichen gesellschaftlichen Lernprozesses vor.

Um ärztliche Qualitätszirkel geht es Ottomar Bahrs in seinem Beitrag. Er referiert über ein Verfahren, bei dem sich ÄrztInnen aus eigener Initiative zusammenschließen, um die alltägliche Arbeit mit Hilfe eines Moderators/einer Moderatorin bezüglich ihrer Qualität zu bewerten und gegebenenfalls gezielt zu verbessern. Außerdem stellt der Autor das Modellprojekt „Interdisziplinäre Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ vor.

Wie man Websites auf ihre Wirksamkeit hin untersucht und was hinter den in der Internet-Forschung verbreiteten Anglizismen wie „Usability Inspection“ oder „Emoticons“ steckt, zeigt Boris Weinrich am Beispiel der Jugend-Homepage „www.loveline.de“ der BZgA.

Andrea Hilgers stellt Evaluationsergebnisse zur Aufklärungsbroschüre „Mona, Lisa und Herr Hahnentritt“ vor. Sie plädiert dafür, auch Kinder als glaubwürdige und kompetente „KundInnen“ ernst zu nehmen und ihnen Artikulationsmöglichkeiten bei der Bewertung der an sie adressierten Medien zu öffnen.

Wilfried Höveler berichtet über zwei Evaluationsprojekte der BZgA: Im ersten Beitrag stellt er die Ergebnisse einer Auswertung der Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“ zur frühkindlichen Sexualentwicklung vor, die sich in erster Linie an Eltern richtet. Der zweite Beitrag schildert die Befragungsergebnisse der Broschüre „Wie geht's – wie steht's?“, ein Medium für junge Männer über den männlichen Körper und die männliche Sexualität. Er stellt dabei die angewandte Methode der psychologischen Wirkungsanalyse sowie jeweils alle wichtigen Ergebnisse im Überblick vor.

Schließlich berichtet Petra Schöneberger über die Evaluation eines Faltblatts zum Thema „Pränataldiagnostik“, die dessen Akzeptanz bei der Zielgruppe der schwangeren Frauen und darüber hinaus bei den GynäkologInnen, die in diesem Fall die wichtigsten MultiplikatorInnen sind, ausführlich untersucht.

Animiert der erste Eindruck einer Broschüre zum Weiterlesen? Werden geweckte Erwartungen erfüllt? Stimmt der Inhalt mit den Erwartungen und Interessen der Zielgruppe überein? Wie intensiv wird darin gelesen und wo zeigen sich eventuell Barrieren für eine vollständige Akzeptanz?

Wie detailreich und aufwändig hier gefragt werden muss und welche psychologischen Wirkmechanismen zu beachten sind, um die Medien schließlich zu optimieren und zielgruppengerecht einzusetzen, hiervon können sich unsere LeserInnen nach der Lektüre dieses FORUM ein genaueres Bild machen.

Ihre Redaktion

Qualitätssicherung in der Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Aufgaben der Abteilung

Zu den zentralen Aufgaben der BZgA gehört seit 1992 – vom Gesetzgeber übertragen – die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Konzepten für eine ganzheitliche Sexualaufklärung und Familienplanung im Sinne von Lebensplanung. Dies geschieht unter Einbeziehung von Ansätzen, in deren Mittelpunkt die Förderung der kommunikativen Fähigkeiten durch Information, Motivation und Kompetenzstärkung steht.¹ Um diese Aufgaben zu bewältigen, werden sowohl eigene Konzepte, Medien, Modellprojekte und Interventionsstrategien entwickelt als auch Maßnahmen anderer Institutionen gefördert.²

Strategien zur Qualitätssicherung

Die Entwicklung von Maßnahmen im Arbeitsbereich Sexualaufklärung und Familienplanung wird von unterschiedlichen Verfahren der Qualitätssicherung begleitet. Mit diesen Verfahren zur Bestimmung qualitativer Unterschiede zwischen verschiedenen Konzepten, Medien, Modellprojekten und Interventionsstrategien wird überprüft, inwieweit die jeweiligen Maßnahmen die angestrebten Ziele in der Sexualaufklärung und Familienplanung bei möglichst niedrigen Kosten erreichen können.³

In der BZgA wird eine Vielzahl von Strategien zur Qualitätssicherung angewandt. Die qualitätssichernden Vorgehensweisen kommen dabei insbesondere in drei verschiedenen Stadien der Maßnahmenentwicklung zur Anwendung: bei der Planung und Konzeption neuer Maßnahmen, bei der Kontrolle ihres Erfolgs und bei der Veröffentlichung der Arbeitsergebnisse.

Qualitätssicherung bei der Konzeption neuer Maßnahmen

Dem Entwurf von Konzepten, der Planung neuer Medien oder der Entwicklung von Modellprojekten liegen verschiedene Verfahren zur gezielten Suche nach Informationen zugrunde, zum Beispiel ExpertInnenworkshops, Marktübersichten oder Studien.

¹ Einen ausführlichen Hinweis auf die gesetzliche Grundlage der Arbeit im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung sowie eine detaillierte Darstellung der Aufgaben und Ziele enthält das Rahmenkonzept Sexualaufklärung.

² In diesem Text werden zahlreiche Materialien, wissenschaftliche Veröffentlichungen und Dokumentationen als Beispiele genannt. Sie können über die BZgA-Homepage (www.bzga.de oder www.sexualaufklaerung.de) oder die Materialliste bestellt werden.

³ Siehe den Artikel von Lehmann und Töppich in diesem Heft.

Mit diesen Verfahren werden insbesondere drei Ziele verfolgt: Erstens ermöglichen die Informationen, die so gewonnen werden, eine realistische Einschätzung des Bedarfs an Materialien zu einem bestimmten Thema. Zweitens tragen sie dazu bei, dass das Thema entsprechend dem gegenwärtigen Wissensstand bearbeitet wird, und drittens ergeben sich Hinweise auf Institutionen oder Personen, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Thema als potenzielle AuftragnehmerInnen und MultiplikatorInnen für das Projekt in Frage kommen.

Bei den verschiedenen Instrumenten zur planungsrelevanten Informationssuche kann zwischen eher unsystematischen Verfahren (ExpertInnenbefragungen) und wissenschaftlichen Vorgehensweisen (Expertisen, Sekundäranalysen und eigenen Studien) unterschieden werden. Da ExpertInnenbefragungen in der Regel weniger aufwändig sind als die systematischen Verfahren zur Informationssuche, werden sie insbesondere zu Beginn der Planungsphase durchgeführt.

ExpertInnenbefragungen

Um von den Erfahrungen der Fachleute auf einem bestimmten thematischen Gebiet zu profitieren, werden im Vorfeld des Entwurfs von Konzepten oder der Planung neuer Medien und Maßnahmen ExpertInnen zum geplanten Projekt befragt. Diese zum Teil auch informellen Gespräche können hinsichtlich der Erfassung des Bedarfs dazu beitragen, Problemlagen zu erkennen und Doppelungen zu vermeiden. Sie ermöglichen erste Einschätzungen des Standes der Diskussion um eine bestimmte Thematik, der Perspektiven, aus der ein Thema bisher behandelt wurde, und zeigen möglicherweise Lücken auf, die ein neues Produkt füllen könnte.

Die Meinung von Fachleuten wird über drei Wege eingeholt: über erste Ansprachen, über die Teilnahme an Fachtagungen und über die Durchführung von eigenen Workshops oder Tagungen. So organisierte die BZgA im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung Workshops zu einigen zentralen Themenbereichen, zum Beispiel Pränataldiagnostik, Sexualaufklärung im Kindergarten oder reproduktive Biografien von Frauen. Diese ExpertInnenrunden erweisen sich als besonders fruchtbares Instrument zur Qualitätssicherung: In der Diskussion werden auch widerstreitende ExpertInnenmeinungen berücksichtigt, und neue Ideen und Konsense können sich aus den verschiedenen Beiträgen entwickeln.

Systematische Verfahren zur Informationssuche

Nachdem erste Einschätzungen durch die Befragung von Fachleuten gewonnen wurden, und die Realisierung eines Projekts aufgrund der Ergebnisse weiterhin geplant ist, kann eine systematischere Erfassung des Bedarfs und des Diskussionsstandes erfolgen. Dazu bieten sich insbesondere Ex-

Qualitätssicherung in der Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“			
Stadium der Maßnahmenentwicklung	Konzeption neuer Maßnahmen	Erfolgskontrolle	Transfer in die Fachöffentlichkeit
Verfahren zur Qualitätssicherung	<p>ExpertInnenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • informelle Rücksprache • Teilnahme an Tagungen und Workshops <p>Expertisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Literatur- und Projektrecherchen • Marktübersichten <p>Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> • eigene Studien • Sekundäranalysen 	<p>Pretest</p> <p>Evaluation von Einzelmaßnahmen</p> <p>wissenschaftliche Begleitung von Modellprojekten</p>	<p>schriftliche Veröffentlichungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachhefte • FORUM • Beiträge in Zeitschriften und Sammelbänden • Dokumentationen von Fachtagungen <p>Internet</p> <ul style="list-style-type: none"> • BZgA-Homepage • Spezialseiten <p>Fachtagungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbst organisiert • gefördert

ptisen, Sekundäranalysen bereits durchgeführter Studien sowie eigene Untersuchungen an.

Expertisen (Literatur- und Projektrecherchen sowie Marktübersichten) vermitteln einen umfassenden und weitgehend vollständigen Überblick über die Forschung (Literatur- und Projektlisten) beziehungsweise die Medien und Maßnahmen (Marktübersichten), die bereits vorhanden sind. Im Vorfeld der Entwicklung von Medien zur Pränataldiagnostik wurde zum Beispiel eine ausführlich kommentierte Liste aller laufenden Forschungsvorhaben deutschsprachiger Regionen im Bereich Pränataldiagnostik zusammengestellt. Neben dieser Liste, die sich ausschließlich auf die Forschung bezieht, ermöglichte der Einsatz eines von der BZgA entwickelten Instrumentes zur systematischen Marktbeobachtung und -analyse einen Überblick über die bereits vorhandenen Aufklärungsmaterialien.⁴ Anhand der durch diese Verfahren gewonnenen Informationen wurden sowohl die Schwerpunkte der Diskussion um Pränataldiagnostik unmittelbar sichtbar als auch bestimmte unbeantwortete Fragestellungen in der Forschung und Lücken in der thematischen Bandbreite, die durch die Aufklärungsmaterialien abgedeckt werden.

Eigene Studien und Sekundäranalysen

Die empirische Forschung bildet die wissenschaftlich abgesicherte Grundlage der Arbeit im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung. Das gilt insbesondere auch für die im Sinne eines „Monitoring Instruments“ eingesetzten Wiederholungsbefragungen. So werden zum Beispiel seit 1980 – zunächst als Projekt des BMJFFG, dann im Auftrag der BZgA – regelmäßig repräsentative Daten zur Jugendsexualität erhoben, die wertvolle Informationen über das sexuelle Verhalten Jugendlicher liefern, über Einstellungen, über

Präferenzen bei der Informationssuche, über den Bedarf an Aufklärungsmaterialien und viele weitere Aspekte. Der Zeitvergleich – inzwischen überblicken wir einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren – ermöglicht, dass Trends, zum Beispiel im Hinblick auf das Verhütungsverhalten beim „ersten Mal“, frühzeitig identifiziert und in der Maßnahmenentwicklung berücksichtigt werden können.

Wenn zu einem Thema bereits von anderen Institutionen Daten erhoben wurden, die spezifischen Fragestellungen der BZgA jedoch nicht hinreichend geklärt sind, bietet sich eine Sekundäranalyse an. Mitte der 90er Jahre förderte die BZgA etwa die Sekundärauswertung von Daten einer Umfrage zum Thema „Infertilität“. Die Ergebnisse der Sekundärauswertung, dokumentiert in dem Fachheft „Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine“, wurden in einem Medienpaket zur ungewollten Kinderlosigkeit, bestehend aus vier deutsch- und türkischsprachigen Videofilmen und dazugehörigen Broschüren, umgesetzt.

Qualitätssicherung im Bereich Erfolgskontrolle

Ein zentrales Element des Qualitätsmanagements in der Sexualaufklärung und Familienplanung ist die Erfolgskontrolle von Maßnahmen. Mit der wissenschaftlichen Evaluation der Konzepte, Medien, Modellprojekte und Interventionsstrategien werden insbesondere zwei Ziele verfolgt: Erstens können einzelne Aspekte einer Maßnahme, die nicht gut genug bewertet wurden, im Sinne der Evaluation opti-

⁴ Das Verfahren wird in der Broschüre „Marktbeobachtung, Marktanalyse“ am Beispiel der Kindergesundheit genauer beschrieben.

miert werden. Zweitens unterstützen die Informationen, die durch die Bewertung der bereits vorhandenen Maßnahmen gewonnen werden, die Planung und Umsetzung zukünftiger Projekte. Beides, sowohl die Möglichkeit einer direkten Optimierung einzelner Maßnahmen als auch der Nutzen für künftige Vorhaben, weisen der Evaluation einen zentralen Stellenwert in der Qualitätssicherung zu.

Um möglichst aussagekräftige Informationen über die Qualität von Maßnahmen zu erhalten, erfüllen die Evaluationen eine Reihe von Anforderungen:

1. Sie basieren auf klaren, vorab festgelegten Kriterien zur Bewertung der Maßnahmen.
2. Sie werden – zur Sicherung der Objektivität der Bewertung – von externen ExpertInnen durchgeführt.
3. Verfahren und Ergebnisse werden sorgfältig dokumentiert, um Transparenz zu ermöglichen.
4. Es werden Standards in der Durchführung von Evaluationen entwickelt, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Projekte zu ermöglichen.

Je nach Art der Maßnahme und Erkenntnisinteresse kommen in der BZgA ganz unterschiedliche Verfahren der Evaluation zur Anwendung: der Pretest, die Produktevaluation und die wissenschaftliche Begleitung.

Pretest

Insbesondere bei Unsicherheiten hinsichtlich der Wirkung alternativer Gestaltungsmerkmale von Aufklärungsmaterialien bietet sich die Durchführung eines Pretests an. Der Pretest trägt dazu bei, dass die Effektivität eines Mediums schon während des eigentlichen Entwicklungsprozesses kostengünstig und mehrschrittig optimiert werden kann.

Getestet wurden beispielsweise einzelne Gestaltungsmerkmale eines T-Shirts, das als „give-away“ an Jugendliche für den Internetauftritt „loveline.de“ wirbt. Die Reaktionen der Jugendlichen, die im Pretest zu ihren Präferenzen befragt wurden, zeigten deutlich den besonders hohen Stellenwert, den bestimmte modische und expressive Gestaltungsmerkmale in der Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen einnehmen. Der Pretest ermöglichte, dies zu berücksichtigen und so die beabsichtigte Wirkung des „give-away“ durch die Auswahl geeigneter Gestaltungselemente zu verstärken. Anhand der Ergebnisse konnten abgesicherte Entscheidungen über die Farbe getroffen werden, über das Logo, den Bildaufdruck und den Text.

Evaluation von Einzelmaßnahmen

Bei der Evaluation von Einzelmaßnahmen (Produktevaluation) wird das Ergebnis eines abgeschlossenen Projekts bewertet, zum Beispiel einer fertig gestellten Broschüre, einer Anzeige, eines Internetauftritts oder eines Films. Jede einzelne dieser Maßnahmen in der Sexualaufklärung und Familienplanung richtet sich an ausgewählte Gruppen von EndadressatInnen oder MultiplikatorInnen und verfolgt zuvor definierte, jeweils unterschiedliche Ziele wie die Vermittlung von Wissen, die Förderung von Kompetenz oder die Motivation zum Handeln. Mit der Evaluation wird überprüft, inwieweit die jeweilige Maßnahme diese Ziele erreicht.

Aufgrund der Evaluationsergebnisse können fundierte Entscheidungen über weitere konkrete Ansprachestrategien getroffen werden. Zum Beispiel hat die kritische Bewertung einer Anzeigenkampagne zum Thema „Übergang in die Elternschaft“ dazu geführt, dass die Anmutung der Anzeigen stark verändert wurde. Getestet wurde eine Version, die die

schwierigen Aspekte der jungen Elternschaft – etwa finanzielle Belastungen oder Erschöpfung – durch eine monochrome Farbgebung besonders hervorhob. Die Evaluation hat gezeigt, dass diese Ansprachestrategie gerade nicht die beabsichtigte Wirkung hatte, nämlich junge Eltern zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit eventuell auftretenden Schwierigkeiten anzuregen, sondern im Gegenteil dazu führte, dass sie sehr stark ablehnend auf die angesprochenen problemlastigen Aspekte junger Elternschaft reagierten. Mit der freundlicheren, bunten Farbgebung, die daraufhin für die Anzeigen gewählt wurde – eine Farbgebung, die der Vorstellung einer harmonischen Eltern-Kind-Beziehung trotz möglicher Anfangsschwierigkeiten eher gerecht wird –, konnten junge Eltern deutlich effektiver angesprochen und dazu bewegt werden, sich mit der Thematik auseinander zu setzen, indem sie beispielsweise die Broschüre „Eltern sein“ bestellten.

Einige weitere Beispiele für Evaluationsprojekte, die Evaluationen der Broschüren „Körper, Liebe, Doktorspiele“, „Wie geht’s – wie steht’s?“, „Mona, Lisa & Herr Hahnentritt“, des Internetauftritts „loveline.de“ und eines Faltblatts zum Thema „Pränataldiagnostik“ sind in diesem FORUM ausführlich dargestellt.

Wissenschaftliche Begleitung

Modellprojekte werden – in der Regel durch eine Prozessevaluation – wissenschaftlich begleitet. Indem die einzelnen Schritte bei der Entwicklung und Durchführung eines Modellprojekts durchgehend beobachtet und kontrolliert werden, können eventuell auftretende Schwierigkeiten noch im laufenden Arbeitsprozess identifiziert und behoben werden. Die regelmäßige Bewertung der einzelnen Arbeitsschritte durch die Evaluatoren ermöglicht die sukzessive Optimierung des Gesamtergebnisses von Modellprojekten. Zudem enthält der Evaluationsbericht wertvolle Ergebnisse zu geeigneten Strategien der Implementierung.

Die wissenschaftliche Begleitung ist zentraler Bestandteil der Modellprojekte im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung, wie zum Beispiel bei dem Projekt zur Vermittlung erziehungsrelevanter Bildungsinhalte für Eltern „Familienfreizeit für Eltern mit kleinen Kindern“, dem Projekt „Love-Talks“ zu einer innovativen – Jugendliche, Eltern und Lehrer gleichermaßen einbindenden – Strategie der Sexualaufklärung an Schulen oder dem laufenden MultiplikatorInnenprojekt „Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“, das ebenfalls in dieser Ausgabe des FORUM ausführlicher dargestellt wird.

Abgeschlossene Modellprojekte wurden bereits in mehreren Publikationen vorgestellt: So sind einige Modellprojekte sowie die entsprechenden qualitätssichernden Maßnahmen in dem Fachheft „Forschungs- und Modellprojekte der BZgA“ dokumentiert. Eine Darstellung von Modellprojekten, die sich speziell auf die schulische Sexualaufklärung und die Jungenarbeit beziehen, findet sich in FORUM 3–1998. Projekte im Bereich der Aus- und Fortbildung bzw. Curricula-Entwicklung sind im Fachheft „Sexualpädagogische Kompetenz“ zusammengefasst.

Qualitätssicherung durch Transfer in die Fachöffentlichkeit

Die Publikation von Arbeitsergebnissen ist ein effektives Instrument der Qualitätssicherung im Arbeitsbereich Sexualaufklärung und Familienplanung. Da einer breiten (Fach-)

Öffentlichkeit Informationen über wissenschaftliche Ergebnisse, Modellprojekte oder Konzepte, die im Auftrag der BZgA erarbeitet werden, aufgrund der Veröffentlichungspraxis gut zugänglich sind, können konstruktive Diskussionen über zentrale Themen der Sexualaufklärung und Familienplanung angeregt werden. Deren Ergebnisse fließen wiederum in die Arbeit der BZgA ein, wobei wir gerade auch von kritischen Anmerkungen profitieren.

Neben den schriftlichen Publikationen – Fachheften, FORUM und Beiträgen in Zeitschriften – und der Veröffentlichung von Arbeitsergebnissen auf Fachtagungen wie das regelmäßig durchgeführte Statusseminar, gewinnt die Darstellung der Aufgaben und Arbeitsergebnisse im Internet zunehmend an Bedeutung.

Schriftliche Veröffentlichungen

Seit 1995 werden regelmäßig Studien und Expertisen, Materialien für die Praxis und Dokumentationen in der Schriftenreihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ veröffentlicht. Diese Fachhefte bieten eine Plattform für die ausführliche und detaillierte Diskussion aktueller Themen aus den Arbeitsbereichen der BZgA, beispielsweise Peereducation in der Sexualaufklärung Jugendlicher, partnerschaftliches Handeln in Betrieben und Mädchenarbeit.

In den Heften der Reihe „FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung“, die in der Regel vierteljährlich erscheinen, werden zu jeweils einem aktuellen Thema Beiträge unterschiedlicher AutorInnen veröffentlicht. Diese Publikationsform ermöglicht auch spontane Reaktionen auf aktuelle Diskurse. So konnte zum Beispiel Anfang 2000 kurzfristig eine Ausgabe zum Thema „Reproduktionsmedizin und Gentechnik“ erscheinen oder Ende 2001 ein Heft zum Thema „Gender Mainstreaming“.

Neben den beiden eigenen Publikationsreihen fördert die BZgA auch die Veröffentlichung von Beiträgen in Fachzeitschriften oder in Sammelbänden anderer Institutionen. Dort informieren MitarbeiterInnen der BZgA über Schwerpunkte und Ziele ihrer Arbeit oder AuftragnehmerInnen über Ergebnisse der von ihnen durchgeführten Untersuchungen.

Veröffentlichungen im Internet

Durch die zunehmende Verbreitung von Anschlüssen erhält das Internet als Informationsmedium – gerade unter Jugendlichen – einen immer höheren Stellenwert. Während die schriftliche Veröffentlichung dem Leser/der Leserin ermöglichen soll, sich mit einem Thema vertieft auseinander zu setzen, zielt die Publikation im Internet in erster Linie darauf ab, die NutzerInnen auf weitere, umfassendere Informationen hinzuweisen. Die BZgA-Homepage (www.bzga.de oder www.sexualaufklaerung.de) bietet nicht nur einen Einblick in die Aufgaben und Ziele der BZgA, sondern informiert auch darüber, welche Materialien erstellt wurden, und wie sie beschafft werden können.

Eine der Spezialseiten der BZgA im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung entstand im Anschluss an eine Tagung zum Thema „Mädchenarbeit“: „meineSache.de“ versteht sich als Plattform zur wechselseitigen Information und Vernetzung von Fachfrauen in der Mädchenarbeit.

Durchführung und Förderung von Tagungen

Die Durchführung und Förderung von Fachtagungen ist ganz besonders dazu geeignet, fruchtbare Diskussionen zu aktuellen Themen anzuregen. Anlässlich der Tagungen

können sich Fachleute unterschiedlicher Richtungen direkt und persönlich austauschen. Besonders relevant für die Arbeit der BZgA sind dabei die Ergebnisse der Diskussionen zwischen WissenschaftlerInnen verschiedener Fachrichtungen und insbesondere auch zwischen WissenschaftlerInnen, PraktikerInnen und politischen EntscheidungsträgerInnen. Häufig überdauern die auf den Tagungen geknüpften Kommunikationsnetzwerke und ermöglichen durch regelmäßigen Wissensaustausch wechselseitig eine weitere Optimierung der Facharbeit.⁵

Das regelmäßig durchgeführte, von der BZgA organisierte „Statusseminar“ ist ein Beispiel für eine inzwischen etablierte Tagung, auf der wissenschaftliche Fragestellungen aus dem aktuellen Arbeitsbereich der Sexualaufklärung und Familienplanung diskutiert werden. Dabei profitieren die TeilnehmerInnen aus Wissenschaft und Praxis von den – je nach Aufgabengebiet und fachlicher Ausrichtung – unterschiedlichen Sichtweisen auf aktuelle Themen, zum Beispiel Teenagerschwangerschaften, Pränataldiagnostik, Qualitätssicherung oder reproduktive Biografien von Männern.⁶ Als Plattform, die auch kontroverse Diskussionen zulässt, fördert die Tagung eine wechselseitige Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven, und begünstigt die langfristige Vernetzung der Fachleute.

Neben den selbst durchgeführten Tagungen fördert die BZgA auch Konferenzen zu aktuellen Themen, die von anderen Institutionen organisiert werden. Ende 2001 erhielt unter anderem die Bundesarbeitsgemeinschaft „ReproKult“ eine finanzielle Unterstützung für eine Tagung zum Thema „Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik und Gentechnik“ mit TeilnehmerInnen aus Politik, Wissenschaft und Praxis.

Zukünftige Aufgaben der Qualitätssicherung

Um Effektivität und Effizienz bei der Entwicklung von Maßnahmen in der Sexualaufklärung und Familienplanung auch bei zukünftigen Projekten zu erzielen, werden die bewährten Qualitätssicherungsstrategien weiterhin angewandt und neue entworfen. Ein Beispiel für die Entwicklung eines im Kern neuartigen Instruments der Erfolgskontrolle ist die Evaluation der Sexualaufklärung via Internet. Die Zielgruppenansprache durch das neue Medium verlangt ein Instrumentarium zur Qualitätssicherung, das sich deutlich von herkömmlichen Methoden, wie sie etwa bei der Broschürenevaluation angewendet werden, unterscheidet. Auch in Zukunft wird die Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren flexibel auf die Entwicklung neuer Strategien bei der Zielgruppenansprache reagieren.

Ein weiteres Ziel ist die Fortführung der Standardisierung von verschiedenen Verfahren zur Qualitätssicherung: Die Standards ermöglichen, dass die Qualität ähnlicher Maßnahmen durch ähnliche Verfahren gesichert wird. Dadurch können zum einen die Ergebnisse der Verfahren besser mit-

⁵ Die einzelnen Beiträge auf den Fachtagungen werden als Dokumentationen oder auf der BZgA-Homepage veröffentlicht. Publiziert sind z.B. die Tagungsdokumentationen „learn to love“, „Der Mann im Kinde“ oder „meine Sache“

⁶ Nähere Informationen zu den Themen des Statusseminars 2002 sind unter www.bzga.de zu finden.

einander verglichen werden, zum anderen können die standardisierten Instrumente relativ schnell und problemlos auf neue Maßnahmen angewendet werden, ohne die Verfahren jedes Mal neu zu entwickeln. Um die Bewältigung dieser und weiterer Aufgaben zu unterstützen, wurde in der BZgA eine Arbeitsgruppe zur Qualitätssicherung eingerichtet, an der MitarbeiterInnen aus allen Fachbereichen teilnehmen. Die Qualitätssicherung im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung wird von dieser abteilungsübergreifenden Kooperation ganz besonders profitieren.

Ilona Renner

Ilona Renner ist Soziologin. Seit 1999 arbeitet sie in der Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“ der BZgA als Referentin für Forschung und Evaluation.

Ausgewählte Publikationen der BZgA:

- *Marktbeobachtung, Marktanalyse. Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Aufklärung*
Best.-Nr. 61 300 000
- *Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihrer Eltern. Ergebnisse der Repräsentationsbefragung aus 2001*
Best.-Nr. 13 316 000
- *Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine – Wünsche, Planung und Zufall im Lebenslauf. Dokumentation einer Expertentagung*
Best.-Nr. 13 300 006
- *Körper, Liebe, Doktorspiele. Ein Ratgeber für Eltern zur kindlichen Sexualentwicklung*
1.–3. Lebensjahr Best.-Nr. 13 660 100
4.–6. Lebensjahr Best.-Nr. 13 660 200
- *Wie geht's – wie steht's? Wissenswertes für Jungen und Männer*
Best.-Nr. 13 030 000
- *Pränataldiagnostik. Beratung, Methoden und Hilfen*
Best.-Nr. 13 625 100
- *Dokumentation „learn to love“. 1. Europäische Fachtagung zur Sexualaufklärung*
Best.-Nr. 13 301 000
- *Dokumentation „Der Mann im Kinde“. 1. Fachkongress zur sexualpädagogischen Jungenarbeit*
Best.-Nr. 13 303 000
- *Dokumentation „meineSache – Mädchen gehen ihren Weg“. Fachtagung zur sexualpädagogischen Mädchenarbeit*
Best.-Nr. 13 306 000

Kontakt:

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Ilona Renner
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
renner@bzga.de

Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention

Zur aktuellen Bedeutung von Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention

Viele europäische Gesellschaften stehen vor ähnlichen und ähnlich großen sozialen Problemen. Die sozialen Sicherungssysteme, insbesondere die Krankenversicherungssysteme, werden in vielen Staaten intensiv diskutiert und neu strukturiert. Die Finanzierung des Gesamtsystems, der Interessenausgleich zwischen den einzelnen Akteursgruppen sind nur die augenscheinlichsten Aspekte dieser gesellschaftlichen Diskussion. Mit den verschiedenen Reformanstrengungen reagieren Regierungen, Selbstverwaltungen und Administrationen auf ein gewandeltes Krankheitspanorama, das, selbst Resultat gesellschaftlicher Veränderung in den Lebensgrundlagen und den Lebensbedingungen, neue Herausforderungen stellt.

Das heutige Krankheitspanorama weist zunehmend Erkrankungen auf, die als Reaktionen auf soziale und auf Umweltbedingungen beschrieben werden können (z.B. Atemwegserkrankungen, Allergien). Viele der chronisch degenerativen Erkrankungen haben – mehr oder weniger stark ausgeprägt – eine Mitursache in den persönlichen Verhaltensweisen, in den eingeübten Lebensstilen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit den klassischen Risikofaktoren). Viele neue Erkrankungen sind im traditionellen Sinne nicht heilbar, und der lebenslange Umgang mit solchen Erkrankungen wird zum bestimmenden Aspekt.

Diesen Herausforderungen muss sich die Gesellschaft insgesamt stellen. Die Akteure in den Versorgungssystemen allein – wie auch der einzelne Betroffene – sind damit überfordert. Ein breit angelegter sozialer Wandel durch gesellschaftsweite soziale Lernprozesse könnte das Mittel der Wahl sein, diesen Herausforderungen zu begegnen. Unter dem Aspekt des sozialen Wandels ließen sich Gesundheitsförderung und Prävention als geplantes bzw. zielgerichtetes Zusammenwirken zwischen Staat, gesellschaftlichen Gruppen und den Bürgerinnen und Bürgern verstehen, dessen Ziel es ist, sowohl in der Bevölkerung und in den einzelnen Zielgruppen als auch bei Institutionen und in der Politik einen geänderten Umgang mit Gesundheitspotenzialen und Gesundheitsrisiken zu erreichen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 [1] Gesundheitsförderung und Prävention wie folgt definiert: „Prävention im Sinne einer generellen Vermeidung eines schlechteren Zustandes umfasst ... alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. ... Primärprävention bezeichnet die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen (darunter Risikofaktoren) bestimmter Erkrankungen oder ihre individuelle Erkennung und Beeinflussung. Sie setzt vor

Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung ein. Gesundheitspolitisches Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Inzidenzrate oder der Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum oder einer (Teil-)Population. ... Die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen wird als Gesundheitsförderung bezeichnet. ... Diese Bemühungen zielen zum einen auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an Selbstbestimmung) mit dem Ziel der Kompetenzsteigerung und zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen mit dem Ziel größerer Gleichheit in den Chancen der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen.“ Diese Definitionen des Sachverständigenrates werden im Folgenden als Standard verwendet.

Motor eines so verstandenen Prozesses der Prävention und Gesundheitsförderung könnten Sozialkampagnen im Sinne der Definition von KOTLER u. ROBERTO [2] sein. Sie verstehen darunter „ein von einer Gruppe (Mittler des Wandels) betriebenes systematisches Bemühen mit dem Ziel, andere (die Zielgruppe) zur Annahme, Änderung oder Aufgabe bestimmter Vorstellungen, Einstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen zu bewegen. Häufig kommt es dem Mittler des Wandels letztlich darauf an, das Verhalten der Zielgruppe zu ändern. Ein solcher Verhaltenswandel kann am Ende einer Reihe von Zwischenschritten stehen, wie z.B. einer Veränderung im Informationsstand, im Wissen und in den Einstellungen einer Bevölkerung.“

Mit solchen an die nationalen Bedingungen anzupassenden Kampagnen bzw. gesellschaftsweiten Interventionsprogrammen soll in spezifischen Themenfeldern ein (sozialer) Lernprozess ausgelöst werden, der einen problemadäquaten Informationsstand erzeugt, ein entsprechendes Bewusstsein in den relevanten Ziel- und Multiplikatorengruppen bewirkt und letztlich Kompetenzen fördert, problemgerecht, d.h. gesundheitsförderlich zu handeln. Eine wichtige Komponente des Erfolgs eines solchen Vorhabens ist allerdings ein Qualitätsmanagement, das dafür sorgt, dass der gewollte Wandel (Ziel) mit den bestmöglichen Mitteln (Instrumente, Methoden) zu vertretbaren Kosten (monetäre/nicht monetäre) erreicht wird. Ein solches Qualitätsmanagement muss auf Prozesse, Strukturen und auf Ergebnisse bezogen sein [3], die Akteure aller beteiligten Ebenen erfassen und im Sinne der Philosophie des Kaizen¹ [4] die Herstellung von Qualität als kontinuierlichen Verbesserungsprozess begreifen.

1 Aus Japan stammendes Unternehmensführungskonzept, das auf einer Philosophie der ewigen Veränderung beruht und als kontinuierlicher Verbesserungsprozess auch im Westen an Einfluss gewinnt.

„Mit dem neuen §20 SGB V wurde die Voraussetzung für eine Wiederbelebung der Prävention durch die Krankenkassen geschaffen.“

Dass die Voraussetzungen für eine effektive und effiziente Prävention in der Bundesrepublik Deutschland bisher nur bedingt geschaffen wurden, machen Studien deutlich, die sich mit den Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des „alten“ §20 SGB V befassen: Nicht nachgewiesene Wirksamkeit von geförderten Angeboten, eher geringe Nutzung der präventiven Angebote durch gesundheitlich belastete soziale Gruppen, selten vorfindbare Evaluation und Qualitätssicherung [5, 6] sind einige Kennzeichen der Situation Ende der 90er Jahre. Sie trugen auch zu der vorübergehenden deutlichen Einschränkung präventiver Angebote bei. Mit dem neuen §20 SGB V reagierte der Gesetzgeber auf die erkannten Probleme und schuf die Voraussetzungen für eine Wiederbelebung der Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen. Damit die dadurch zur Verfügung stehenden erheblichen finanziellen Mittel auch zu einem entsprechenden gesundheitlichen Nutzen führen, ist allerdings ein Qualitätsmanagement erforderlich. In ihrem Leitfaden zur Umsetzung des §20 SGB V haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, eine entsprechende Dokumentation und Erfolgskontrolle durchzuführen [7].

Im Folgenden werden zentrale Komponenten einer qualitätsgesicherten Prävention beschrieben.

Zum Verständnis von Qualität und Qualitätssicherung

Wenn wir über die Qualität und Qualitätssicherung von Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention sprechen, dann ist damit der Wunsch verbunden, Maßnahmen höherer Güte von Maßnahmen minderer Güte unterscheiden zu können. Gewünscht sind Kriterien, d.h. Merkmale, die eine Hilfe bei der Auswahl von Maßnahmen darstellen. Allerdings ist eine „objektive“, „neutrale“ und „allgemein gültige“ Bestimmung der Güte oder des Wertes von Handlungen und Produkten – und damit auch von Maßnahmen der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit – nicht ohne weiteres möglich.

Qualitätsmerkmale gesundheitsbezogener Maßnahmen (bzw. genereller: Vorstellungen über den Wert einer Sache) sind abhängige Größen. Ob Maßnahmen als gut oder schlecht, geeignet oder weniger geeignet bewertet werden, wird u.a. durch das Verständnis von Gesundheit/Krankheit sowie von Interessen und Verwendungszusammenhängen auf Seiten der Anbieter und Nutzer beeinflusst. Ein Qualitätsverständnis drückt deshalb wertehabhängige (Nutzen-) Erwartungen aus. Als derzeit dominierendes Orientierungsmuster oder „Leitbild“ der Bestimmung qualitativer Unterschiede von Maßnahmen lässt sich die Effektivität und Effizienz von (gesundheitsbezogenen) Maßnahmen ausmachen: Ein möglichst hoher Grad an Zielerreichung (gesundheitlicher Nutzen) bei möglichst niedrigen Kosten ist das, was eine Sache qualifiziert.

Wie kann also die bestmögliche Gesundheitsförderung und Prävention für die Bürger zu möglichst niedrigen Kosten, d.h., wie können Effektivität und Effizienz erreicht werden?

Effektivität

Um wirksam zu sein, sind Präventionsmaßnahmen und -programme am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten, und zwar sowohl im Hinblick auf die Erklärung eines zu beeinflussenden Verhaltens, d.h. bei der Identifizierung von Interventionsansatzpunkten, als auch bei Fragen der Auswahl und Implementation von Maßnahmen und Programmen und deren Evaluation. Wichtig ist es zudem, diesen aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand, den „State of the art“, kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Präventionsprogramme erfordern einen Interventionsplan auf der Grundlage eines Wirkungsmodells. Sie müssen verdeutlichen, welche (überprüfbaren) Ziele sie wie erreichen wollen.

„Effektivität ohne Reichweite bleibt ein stumpfes Schwert.“

Um wirksam in einem gesellschaftlich wahrnehmbaren Ausmaß zu werden, müssen die Bevölkerung bzw. die relevanten Zielgruppen mit den als effektiv identifizierten Maßnahmen und Programmen erreicht werden. Dafür sind ein arbeitsteiliges Vorgehen und Kooperation erforderlich. Nur wenn miteinander an gemeinsamen Zielen gearbeitet wird (wie z.B. im Feld der AIDS-Prävention), erhalten Prävention und Gesundheitsförderung die notwendige Reichweite, die es ermöglicht, Leid und unnötige Kosten in einem quantitativ relevanten, sozial gleich verteilten Ausmaß zu verhindern. Effektivität ohne Reichweite bleibt ein „stumpfes Schwert“. Die Planung und Auswahl der Zugangswege zu den jeweiligen Zielgruppen und die Überprüfung, ob diese auch tatsächlich mit den Maßnahmen erreicht wurden, ist ein (auch finanziell) wichtiges Element eines umfassenden Qualitätsmanagements.

Benötigt werden qualifizierte Kräfte, die Programme und Maßnahmen adäquat planen, umsetzen und evaluieren können. Die Auswahl und Qualifizierung von Programmmitarbeitern und Multiplikatoren erhält deshalb im Rahmen qualitätsgesicherter nationaler Präventionsprogramme einen hohen Stellenwert.

Des Weiteren bedarf es der Beteiligung und Akzeptanz der Zielgruppen. Nur wenn wir die Zustimmung und Mitarbeit der Bürger gewinnen und aufrechterhalten, können die durch Wissenschaft identifizierten, prinzipiell wirksamen Maßnahmen auch tatsächlich gewünschte Effekte erzielen und möglichst nachhaltige, sich selbst tragende Prozesse in Richtung eines gesundheitsbewussten Handelns entstehen. Hierfür sind Information, Motivation und Kompetenzentwicklung notwendig, denn nur der informierte, motivierte und aktionsfähige Bürger kann sich beteiligen und entsprechend handeln.

Eine weitere wichtige Bedingung für nachhaltig wirksames Handeln ist die kontinuierliche Evaluation des in Gang gesetzten Prozesses. Es ist zu prüfen, ob die gewünschten Wirkungen mit den eingesetzten Methoden auch tatsächlich erreicht werden oder ob es neuer, verbesserter Verfahren und Instrumente bedarf. Mithilfe von Evaluation und einer systematischen Rückkopplung der Evaluationsergebnisse an die in der Planung, Durchführung und Weiterentwicklung Beteiligten wird Gesundheitsförderung und Prävention zu einem sich ständig selbst informierenden (und korrigierenden) Lernprozess.

Konstitutive Voraussetzungen für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention sind demnach:

- wissenschaftliche Fundierung der Programme und der Maßnahmen,
- Erreichbarkeit der Zielgruppen (Reichweite),
- arbeitsteiliges Vorgehen und Kooperation,
- qualifizierte Multiplikatoren und kompetente Bürger,
- Akzeptanz und Partizipation der Zielgruppen,
- kontinuierliche Evaluation und Bereitschaft zur Innovation.

Effizienz

Neben der Effektivität sind aber auch die Kosten zu berücksichtigen, die immer im Verhältnis zu den gewünschten Wirkungen zu sehen sind. Das zentrale Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Verhütung von Morbidität und damit auch die Einsparung von Kosten für Behandlungen vermeidbarer Erkrankungen.

Es gibt eine Vielzahl von Belegen, dass sich leidvolle und teure Krankheiten (wie z.B. AIDS, Bronchialkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) wesentlich stärker eindämmen und dadurch Kosten für medizinische Behandlung und Rehabilitation sparen ließen, wenn der Prävention eine stärkere Bedeutung beigemessen würde. Der Sachverständigenrat [8] schätzt die theoretisch erzielbaren Einsparungspotenziale auf 25–30% der heutigen Gesundheitsausgaben.

Effizienz bezieht sich aber auch auf die Präventionsmaßnahmen selbst, d.h. auf die möglichst kostengünstige Erbringung von einzelnen wirksamen Interventionen. Wie lässt sich also das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis einzelner Maßnahmen und Programme günstiger gestalten? Eine Möglichkeit besteht in der vergleichenden Analyse von Effekten und Kosten einzelner Programme und Maßnahmen und der Auswahl der jeweils effizientesten. Kosten lassen sich aber auch beeinflussen, indem man Kräfte auf im Konsens festgelegte Ziele hin bündelt und die als effektiv und effizient identifizierten Programme und Maßnahmen arbeitsteilig anwendet. Eine effiziente Gesundheitsförderung und Prävention erfordert demnach:

- Kosten-Wirksamkeits-Untersuchungen,
- Herstellung von Transparenz über Anbieter, Angebote und ihre Qualitätsnachweise im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention,
- Koordinierung bei der Implementation und Durchführung von effektiven Maßnahmen und Programmen, u.a. zur Vermeidung von Doppelarbeit,
- Konzentration der Aktivitäten und Ressourcen auf zentrale Gesundheitsprobleme.

Die hier genannten Kriterien für wirksame und kostenbewusste Gesundheitsförderung und Prävention sind das Produkt vielfältiger nationaler und internationaler Erfahrungen. Mit dem Anspruch, Effektivität und Effizienz in der Gesundheitsförderung und Prävention zu steigern, wird ein an diesen Kriterien orientiertes Qualitätsmanagement zu einer zentralen Aufgabe, der sich alle Beteiligten stellen müssen.

Ansätze zur Qualitätsförderung durch die BZgA

Als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zwei große Aufgabenbereiche, in denen Maßnahmen der Qualitätssicherung eine bedeutende Rolle spielen. Sie führt zu einer Aufklärungsmaßnahme in Themenfeldern mit besonderer gesundheitspolitischer Priorität durch, darunter die längerfristigen bundesweiten Kampagnen zur AIDS- und Suchtprävention. Wissenschaftlich fundierte Strategieplanung und Maßnahmenentwicklung, Evaluation von Medien und Maßnahmen und Überprüfung von Kampagneneffekten sind wesentliche Bestandteile dieser Arbeit. Das zweite Aufgabengebiet umfasst Aktivitäten, die zu einer höheren Qualität in der Gesundheitsförderung in Deutschland beitragen sollen [9]. Ein wichtiges Anliegen der BZgA ist es dabei, Unterstützungsangebote für die Übernahme dieser Aufgabe zu erarbeiten. Die Maßnahmen zielen allgemein auf eine breite Förderung von Qualitätsdenken und Qualitätsbewusstsein und sollen insbesondere den in der Praxis Tätigen Möglichkeiten der Qualitätsförderung aufzeigen. Im Einzelnen werden Arbeitshilfen und Qualifizierungsmöglichkeiten entwickelt sowie Konzepte und Verfahren für die Qualitätssicherung.

Die BZgA hat mit der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover eine Bestandsaufnahme mit dem Titel: „Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen“ erstellt [10]. Er bietet erstmals einen Überblick über praxisnahe Ansätze des derzeitigen Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention im deutschsprachigen Raum und kann gleichzeitig als Handbuch und Nachschlagewerk für die Praxis genutzt werden. Neben den Erfahrungen in der Anwendung von Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements werden aus Expertensicht theoretische Einordnungen und Konzeptualisierungen vorgestellt.

Eine weitere wichtige Arbeitshilfe für die Praxis sind die Übersichten und Dokumentationen der BZgA. Mit dem Ziel, mehr Transparenz über Anbieter und Angebote herzustellen, wurden Übersichten über die im Feld der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen erarbeitet, wie z. B. der „Gesundheitswegweiser“ [11], und elektronische Datenbanken zu Medien und Maßnahmen für spezifische Themenfelder entwickelt [12]. Mit beiden Maßnahmen wird es in der Praxis leichter, Vergleiche anzustellen und eine bewusste Auswahl zu treffen.

Zur Einführung in den Themenkomplex Qualitätssicherung und -management werden seit 1998 Seminare für Praktiker in der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt, und sukzessiv werden mit ihrer Hilfe die Methoden und Verfahren an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Praxis angepasst [13]. Zur Zeit wird das Instrument der ärztlichen Qualitätszirkel unter der wissenschaftlichen Leitung der Arbeitsgruppe Qualitätsförderung an der Universität Göttingen [14] modellhaft für die Gesundheitsförderung erprobt. Beide Maßnahmen dienen der Qualifizierung von Entscheidern und Multiplikatoren, professioneller mit der Aufgabe der Qualitätssicherung umzugehen.

Gemeinsam mit der Abteilung für medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg arbeitet die BZgA daran, zu konkreten Konzepten und Verfahren der Qualitätssicherung in einzelnen Präventions-

Abb.1 **Phasenmodell Kampagnenwirkungen** (nach McGuire/Rogers)



feldern zu gelangen [15]. Dabei orientieren wir uns an einem Rahmenmodell, das die vier Ebenen benennt, auf denen Entscheidungen über die Qualität von Prävention fallen:

- die politische Ebene,
- die Ebene der (Präventions-)Institutionen,
- die Programmebene,
- die Maßnahmenebene.

Es geht um die Erarbeitung von konkreten Methoden und Instrumenten zur Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention auf den einzelnen Handlungsebenen (Maßnahmen, Programme, Institutionen, Politik), die miteinander in Beziehung und damit in wechselseitiger Abhängigkeit stehen. Auf allen Ebenen soll die Möglichkeit eröffnet werden, Effektivität und Effizienz der eingesetzten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu beeinflussen.

AIDS-Prävention als Beispiel für die Initiierung eines erfolgreichen gesellschaftlichen Lernprozesses

Am Beispiel AIDS lässt sich für die Bundesrepublik Deutschland konkret nachzeichnen, dass Prävention als gesellschaftlich initiiertes und organisiertes Lernen wirksam ist, wenn

die zuvor beschriebenen Voraussetzungen für Effektivität auf den verschiedenen Handlungsebenen gegeben sind.

In der Bundesrepublik Deutschland fiel relativ schnell die politische Entscheidung für eine Präventionsstrategie, die ihre Ziele (die Verhinderung von Neuinfektionen mit dem HI-Virus und eine soziale Integration infizierter und kranker Menschen) durch Information, Motivation und Kompetenzsteigerung, durch Arbeitsteilung und Kooperation und durch Einbezug von Betroffenen zu erreichen versucht. Es wurden die notwendigen infrastrukturellen Voraussetzungen für Prävention geschaffen und die für die Durchführung von multimedialen bundesweiten, regionalen und zielgruppenspezifischen Aufklärungskampagnen erforderlichen finanziellen Mittel für die beauftragten Institutionen bereitgestellt. Alle Kampagnen und Maßnahmen hatten die im Kern identischen Botschaften „informiere dich, schütze dich (durch Kondome), handle solidarisch“. Diese Botschaften wurden mit einer bis dahin nicht gekannten Häufigkeit über längere Zeiträume kontinuierlich kommuniziert, um hohe Reichweiten zu erzielen.

Von Beginn an erfolgte parallel zu den Interventionsaktivitäten eine summarische Evaluation der bundesweiten Aufklärungskampagne „Gib AIDS keine Chance“ durch eine kontinuierliche Messung von intendierten Kampagnenwirkungen mithilfe jährlich durchgeführter Monitoringunter-

suchungen. Zudem wurden Evaluationsstudien zu einzelnen Kampagnenelementen durchgeführt [16]. Die Grundlage für die Intervention und Evaluation bildet ein theoriegeleitetes Modell der Entstehung von Kampagnenwirkungen (Abb. 1; [17]). So kann geprüft werden, ob sich die intendierten Wirkungen zeigen, z. B. ob das für präventives Handeln notwendige Wissen vermittelt werden konnte, ob sich Schutzintentionen herausbilden und die Kondomnutzung zunimmt, wie sich die Einstellungen zu den von HIV und AIDS betroffenen Menschen entwickeln. Es wurde untersucht, ob diese Effekte in Abhängigkeit von der Nutzung von Aufklärungsangeboten der Kampagne variieren, und es wurden Hinweise auf Veränderungen gewonnen, aus denen sich Verbesserungsvorschläge für die weitere Kampagnendurchführung ableiten lassen. Durch dieses Vorgehen lässt sich Qualitätssicherung als kontinuierlicher Verbesserungsprozess realisieren: Handeln – Messen – Bewerten – Handeln etc. [18].

„Qualitätssicherung ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess.“

Auch wenn nicht alle wünschenswerten Evaluationen und sinnvollen qualitätssichernden Maßnahmen realisiert werden konnten, so lassen sich aus den vorliegenden Daten drei Schlüsse über die Effektivität der AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland ziehen: In einem relativ kurzen Zeitraum konnte ein sehr hoher Wissensstand über AIDS erreicht und gehalten werden. Innerhalb nur einiger Jahre konnte ein deutlicher Einstellungswandel gegenüber Menschen mit HIV/AIDS herbeigeführt werden. Es war möglich, einen stetigen signifikanten Anstieg der Schutzintentionen und des Schutzverhaltens in der Bevölkerung insgesamt und insbesondere in den relevanten Zielgruppen zu bewirken.

Das heißt, ein Lernprozess kann durch adäquat entwickelte Kampagnen und gesellschaftliche Mobilisierung eingeleitet und fortgesetzt werden. Dieser Lernprozess führte auch zu den gewünschten Gesundheitseffekten (Health-Outcomes). Die Zahl der HIV-Neuinfektionen ging zurück, und auch andere sexuell übertragbare Krankheiten (STDs) zeigten einen deutlichen Rückgang [19].

Die Qualität dieses gesellschaftlichen Lernprozesses, d.h. seine Effektivität und Effizienz, ist jedoch abhängig von weiteren Impulsen, denn mittlerweile zeigen die Ergebnisse der Evaluationsstudien – parallel zu sinkenden Präventionsaktivitäten, nachlassender Berichterstattung in den Medien und der damit einhergehenden rückläufigen öffentlichen Sichtbarkeit des Themas AIDS – eine Stagnation dieses Prozesses [20, 21].

Das Beispiel der AIDS-Aufklärungskampagne zeigt, was Prävention leisten kann, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind, und es verdeutlicht den Nutzen einer kontinuierlichen Qualitätssicherung. Die Frage ist allerdings, ob sich die im Rahmen der AIDS-Prävention gesammelten Erfahrungen auf andere gesellschaftlich relevante Gesundheitsprobleme übertragen lassen.

Dass es immer themenspezifische Unterschiede und Besonderheiten gibt, steht außer Frage. Gleichwohl muss daran erinnert werden, dass die eingangsbeschriebenen Voraussetzungen für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention (Qualitätsmerkmale) zu einem Großteil nicht aus AIDS-spezifischen Erfahrungen resultieren. Es handelt sich

überwiegend um Kenntnisse, die durch evaluierte (insbesondere US-amerikanische) Gesundheits- und Sozialkampagnen erworben wurden und die bereits vor Beginn der AIDS-Prävention als Lehrbuchwissen verfügbar waren. Diese Kenntnisse flossen bereits in die Entwicklung AIDS-spezifischer Präventionsstrategien ein. Neu war die Möglichkeit, dieses Wissen im Rahmen nationaler Präventionskampagnen mit einer bis dahin nicht gekannten Ausstattung für Interventionen und Evaluationen anzuwenden. Dadurch konnten auch in Deutschland vorliegende Erfahrungen systematisch angewendet und empirisch geprüft werden.

Zu erwähnen ist auch, dass der Vergleich von nationalen AIDS-Präventionskampagnen deutlich macht, dass ihr Erfolg in Abhängigkeit vom Vorhandensein der Wirksamkeitsvoraussetzungen variiert [22]. Das Thema an sich (bzw. die einem Thema durch seine Bedrohlichkeit zugeschriebene Motivationskraft) garantiert keinen Präventionserfolg. Es gibt folglich eine ganze Reihe von Anhaltspunkten dafür, dass eine relativ große, von einzelnen Themen unabhängige, Überschneidungsmenge bei den Wirksamkeitsvoraussetzungen für Prävention existiert.

Fazit

Qualitätsgesicherte nationale Präventionskampagnen können als wirksame Mittel angesehen werden, um die durch das Verhalten der Bevölkerung (mit) geprägten Krankheiten in einem relevanten Ausmaß zu vermeiden oder den Verlauf dieser Krankheiten günstig zu beeinflussen. Der gesundheitliche Nutzen der Prävention geht dabei mit ökonomischen Vorteilen einher: Je mehr Krankheit und persönliches Leid vermieden werden können, umso geringer werden die Ausgaben einer Gesellschaft für die Krankenbehandlung. Die für die Nutzung dieser Präventionspotenziale notwendigen Voraussetzungen sind bekannt. Es scheint deshalb an der Zeit, qualitätsgesicherten und sich auch kontinuierlich selbst überprüfenden präventiven Strategien einen größeren Stellenwert bei der Lösung gesellschaftlich relevanter Gesundheitsprobleme beizumessen.

Harald Lehmann, Jürgen Töppich

Harald Lehmann ist Verwaltungswissenschaftler, Leiter der Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“ und stellvertretender Direktor der BZgA.

Jürgen Töppich ist Dipl.-Soziologe und Leiter des Referates „Wissenschaftliche Untersuchungen, Erfolgskontrolle, Dokumentation“ der BZgA.

Der Beitrag erschien erstmals im Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe März 2002, Band 45, Volume 3. Wir veröffentlichen diesen Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlags.

Literatur

- [1] SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001): *Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. In: *Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660*, Ziff. 110., Kurzfassung unter [/gutacht/gutalt/sg00.htm](#)
- [2] KOTLER, P./ROBERTO, E. (1989): *Social marketing – strategies for changing*. Public Behavior, Free Press, New York, p. 18
- [3] DONABEDIAN, A. (1966): *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166–203
- [4] SIMON, W. (1996): *Die neue Qualität der Qualität – Grundlagen für TQM- und KAIZEN-Erfolg*. Gabal, Offenbach, S. 28
- [5] KIRSCHNER, W./RADOSCHESKI, M./KIRSCHNER, R. (1995): *§ 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen*. Asgard, St. Augustin
- [6] MATHISZIG, S./SCHULZ, H./KAWSKI, S./KOCH, U. (2000): *Evaluation der Einführung von Qualitätsrastern zur Verbesserung der Qualität des präventiven Angebotes der gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg*. Unveröffentlichter Abschlussbericht. BMBF
- [7] SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (2000): *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom Juni 2000*. Manuskript IKK, Bundesvorstand, Bergisch Gladbach, Juni 2000
- [8] SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001): a.a.O. Ziff. 115
- [9] BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (1998): *Aufgaben und Ziele – Neuorientierung der BZgA*. Eigenverlag, Köln
- [10] BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Eigenverlag, Köln
- [11] BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2000): *Gesundheitswegweiser: Fachinstitutionen, ihre Aufgaben und Angebote*. P. Sabo, Schwabenheim
- [12] MEYER-NÜRNBERGER, M. (2000): *Aufgaben der Qualitätssicherung auf dem Feld der Gesundheitsförderung/Prävention am Beispiel des Arbeitsbereiches Marktbeobachtung/Marktanalyse/Gesundheitsinformationssysteme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Z. Ärztl Fortbild Qualitätssich, 11: 188–194
- [13] LEHMANN, M. (1999): *Einführung in das Thema „Qualitätsförderung“*. Prävention 2: 50 Deutscher Bundesverlag, Bonn
- [14] BAHRS, O. (im Druck): *Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung*. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Eigenverlag, Köln
- [15] KOCH, U./KAWSKI, S./TÖPPICH, J. (im Druck): *Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention*. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001): *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Eigenverlag, Köln
- [16] TÖPPICH, J./CHRISTIANSEN, G./MÜLLER, W. (2000): *Konzept und Strategie der Qualitätssicherung in der AIDS-Prävention für die Allgemeinbevölkerung*. In: BROCKMEYER, N. H. et al. (2000): *HIV-Infekt*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, S. 188–194
- [17] SINGHAL, A./ROGERS, E. (1999): *Entertainment – education. A communication strategy for social change*. LEA Publishers, London
- [18] TÖPPICH, J./CHRISTIANSEN, G./MÜLLER, W. (2001): *Gib AIDS keine Chance – Public Health in Deutschland am Beispiel der AIDS-Prävention*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 44: 793
- [19] ROBERT KOCH INSTITUT (2001): *HIV/AIDS-Bericht II*. Epid Bull 8, Sonderausgabe A
- [20] BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001): *AIDS im öffentlichen Bewusstsein 2000*. Eigenverlag, Köln
- [21] CHRISTIANSEN, G./TÖPPICH, J. (2000): *AIDS – Wissen, Einstellungen und Verhalten 1987–1999. Ergebnisse der jährlichen Repräsentativerhebung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik“*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 43: 669–676
- [22] LAMPTEY, P. et al. (1993): *HIV-Prevention: Is it working?* Vortrag im Rahmen der IX. Internationalen AIDS-Konferenz in Berlin, Juni 1993

Qualität gemeinsam gestalten – Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung

Wer ein Auto kauft, erwartet, dass dieses nicht nur fährt, sondern auch verkehrstüchtig ist. Andernfalls muss der Verkäufer für die Mängel haften. Das bedeutet für beide Seiten eine Menge Ärger und kann teuer werden: im Interesse von Anbieter und Kunde gilt es also vorzubeugen – durch Qualitätssicherung.

Auch bei Dienstleistern wie beispielsweise PilotInnen unterstellen wir, dass sie sich routinemäßig den Checks unterziehen, die größtmögliche Gewähr dafür bieten, dass die versprochene Leistung auch tatsächlich erbracht werden kann. Und da Gesundheit im gesellschaftlichen Bewusstsein nach wie vor „unser höchstes Gut“ ist, liegt es nahe, auch für den Gesundheitsbereich die Einhaltung von Qualitätskriterien zu fordern. Der Gesetzgeber hat dies in mehreren Entwicklungsschritten seit 1988 im Sozialgesetzbuch (insbesondere in §§ 135–139 sowie § 20 SGB V) auch entsprechend kodifiziert.

Mit anderen Worten: Qualitätssicherung ist alltäglich und notwendig. Sie ist umso eindeutiger durchzuführen, je klarer die Qualitätskriterien sind. Und genau hier liegt ein wesentliches Problem der Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich: Einerseits ist Gesundheit ein flüchtiges Gut, das unter anderem von PatientInnen/KlientInnen und professionellen Dienstleistern gemeinsam „produziert“ wird und dessen Qualität daher keinem der Akteure einseitig zugeschrieben werden kann. Andererseits bringen die Beteiligten Qualitätsmaßstäbe ins Spiel, die sowohl konzeptuell wie interessengeleitet begründet unterschiedlich sind. Der „richtige“ Weg ist vor diesem Hintergrund nicht leicht zu finden:

Ungebrochen ist jedoch die Hoffnung, dass es dieses „Richtige“ gibt. Der zunehmende Entscheidungsdruck angesichts zwangsläufig unvollständiger Informationen und die daraus resultierende Angst etwas auszulassen, lässt Leitlinien als Sieb und als Rettungsanker wünschenswert erscheinen: als Sieb, insoweit sie rationale Entscheidungskriterien liefern, und als Rettungsanker, insoweit sie emotionale Entlastung ermöglichen.

Die Forderung nach Leitlinien und Standards wird nicht allein von ÄrztInnen und PatientInnen gestellt. Auch Versicherer, Selbstverwaltungsorgane (zum Beispiel Bundesärztekammer 1993, Kassenärztliche Bundesvereinigung 1993) und Fachgesellschaften zielen damit vordergründig auf die Überwindung von Willkür und die Senkung der Kosten im Gesundheitsbereich. Im Kern scheint die erhoffte neue Übersichtlichkeit jedoch auch auf kollektiver Ebene vor allem der Abwehr von Ängsten vor Kontrollverlust zu dienen. Diese Rationalisierung erfolgt hier durch Bürokratisierung und Standardisierung (vgl. ABHOLZ 2002). Qualität wird damit auf Seiten des Arztes/der Ärztin definiert und ist im Sinne der Profession eindeutiger.

Gerade für die ambulante Versorgung ist dies jedoch

wenig hilfreich, steht hier doch die Versorgung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen im Vordergrund. In der Dauerversorgung erweist sich die Macht von Arzt/Ärztin und PatientIn als begrenzt. Der/die PatientIn ist zwar vom Arzt/der Ärztin abhängig, wird aber zum/zur Mit-Behandlenden und fragt nach dem Sinn der medizinischen Behandlung für die Verbesserung seines Alltagslebens (HERZLICH u. PIERRET 1991). Dies gilt ganz analog für die zweite große „PatientInnengruppe“: Menschen mit noch „unorganisierter Krankheit“ (BALINT 1980), das heißt mit Gesundheitsbeziehungsweise Befindlichkeitsstörungen von noch ungeklärtem Krankheitswert. Dementsprechend steht in der ambulanten Versorgung die Aushandlung im Vordergrund.¹ Qualitätssicherung muss sich hier weniger auf Leitlinien und Standards beziehen als vielmehr auf Verfahren, die exemplarisch die kontextspezifische Angemessenheit des ärztlichen Handelns überprüfen. Da diese im Konsens mit den PatientInnen und auf den Anwendungsfall bezogen geklärt werden muss, ist die Qualitätssicherung auf ein Vorgehen angewiesen, das es ermöglicht, die Handlungsregeln der an der Versorgung Beteiligten nachvollziehbar zu (re-)konstruieren und der Mehrperspektivität des Geschehens Rechnung zu tragen. Ein Verfahren, das sich hierfür besonders gut eignet, ist die gemeinsame Erarbeitung und Überprüfung von Qualitätskriterien durch die im jeweiligen Feld professionell Tätigen in Qualitätszirkeln (BAHRS, GERLACH, SZECSENYI 1994).

Was sind ärztliche Qualitätszirkel?

Unter einem ärztlichen Qualitätszirkel wird der freiwillige Zusammenschluss einer Gruppe von ÄrztInnen – gleicher oder benachbarter Fachrichtungen – beziehungsweise von an der PatientInnenversorgung beteiligter Personen verstanden, der darauf zielt, die eigene Arbeit mit Unterstützung eines/einer Moderators/Moderatorin zu analysieren, sie bezüglich der Qualität zu bewerten und, falls erforderlich, gezielt zu verändern. Angestrebt wird eine Verbesserung der PatientInnenversorgung durch kontinuierliche Optimierung des eigenen Handelns sowie der Rahmenbedingungen, unter denen die Versorgung stattfindet. Mit diesem breiten Ansatz bietet der Qualitätszirkel die Chance, sowohl die Qualität der Versorgung der PatientInnen als auch die Arbeits- und Lebensqualität der TeilnehmerInnen zu fördern. Dies kann durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Beschreibung, Rekonstruktion und Bewusstmachung eigener Regeln für das Vorgehen in der täglichen Praxis und Besprechung dieser Regeln in der Gruppe;
- Auffrischen und Erwerb von Wissen;

¹ Dies gilt in besonderem Maße für die hausärztliche Tätigkeit.

- Schulung der Fähigkeit zur Selbstbeurteilung und Selbstbeobachtung über das im jeweiligen Qualitätszirkel gewählte Thema hinaus;
- exemplarisches Lernen am selbst gewählten Thema für ärztliches (beraterisches, pflegerisches etc.) Handeln generell;
- Entwicklung von kommunikativen Kompetenzen und Teamfähigkeit;
- Förderung der Kooperation der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten;
- verbesserte Arbeitsmotivation durch emotionale Entlastung.

Die Arbeitsweise im ärztlichen Qualitätszirkel

Die Qualitätszirkelarbeit ist charakterisiert durch die freiwillige Arbeit in einer festen Gruppe mit einem/einer ModeratorIn. Die ZirkelteilnehmerInnen bringen sich als gleichberechtigte ExpertInnen in die Diskussion ein, indem sie ihr Alltagshandeln dokumentieren und im Qualitätszirkel, in der Regel fallbezogen, systematisch zur Diskussion stellen (vgl. unten auch Abbildung 1).

Erfahrungen mit anderen teilen heißt: Erfahrungswissen nachvollziehbar machen und sich bewähren lassen. Die Konfrontation von Selbst- und Fremdbeurteilung auf der Grundlage von für jede(n) TeilnehmerIn nachvollziehbaren eigenen Behandlungsdaten kann so besonders lernintensiv wirken. Je konkreter der Vergleich in der Gruppendiskussion ausfällt, umso stärker ist der Anreiz zur Verhaltensänderung. Falldiskussionen spielen eine wichtige Rolle, weil sie exemplarisches Lernen ermöglichen, die Einübung von Problemlösungsverhalten fördern und dadurch für den Prozess der gemeinsamen Selbstaufklärung in der Gruppe besonders geeignet sind. Die Gruppe wählt sich ihre Themen selbst. Die Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit werden wiederum im Qualitätszirkel geprüft und bewertet.

Aufs Äußerste reduziert lässt sich der Qualitätszirkel durch fünf Elemente beschreiben: die Gruppe, das Thema, die Kontinuität, das Dokumentationsmedium und den/die ModeratorIn. Teilnehmerorientiertes, interaktives Lernen steht im Vordergrund, der Qualitätszirkel greift damit MICHAEL BALINTS ursprüngliches Konzept der Einheit von Fortbildungs- und Forschungsseminar auf (BALINT 1968).

Die Entstehung ärztlicher Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind als Verfahren der internen Qualitätssicherung in der Industrie entstanden, erstmalig in Japan eingesetzt worden und seit gut 40 Jahren erprobt (GERLACH/BAHRS 1994: 46ff., GERLACH 2001: 138ff.). Der Ansatz, das Erfahrungswissen der unmittelbaren ProduzentInnen zur Identifizierung und Lösung von am Arbeitsplatz auftretenden Problemen zu nutzen, zielt auf Partizipation und Effektivitätssteigerung zugleich. Die Umsetzung der Ergeb-

nisse liegt im betrieblichen Bereich außerhalb des Entscheidungsbereichs des Qualitätszirkels. Das Verfahren konnte sich so durchsetzen, dass rund 25% der ArbeiterInnen und Angestellten regelmäßig an Qualitätszirkeln teilnehmen (Schwerpunkt: Großbetriebe). Mittlere und leitende Angestellte sind im Qualitätszirkel kaum vertreten. Welche Effekte auf die Zirkelarbeit zurückzuführen sind, wird kontrovers diskutiert. Unumstritten ist, dass die Teilnahme am Qualitätszirkel mit einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit einhergeht (Überblick bei TAUSCH 2000, GERLACH 2001).

Im deutschen Gesundheitswesen verbreiteten sich Qualitätszirkel in den 80er Jahren zunächst in der stationären Versorgung. Sie stehen hier – ebenso wie in der Industrie – vor allem im Dienst der Organisationsentwicklung. Demgegenüber hat sich im ambulanten Bereich in den vergangenen zehn Jahren ein Konzept entwickelt, das einerseits Erfahrungen ärztlicher Gruppenarbeit aus Fortbildung und Supervision aufnimmt – zum Beispiel ÄrztInnen-Stammtische, Fallbesprechungsgruppen, Problemfallseminare, Balint-Gruppen – und sich andererseits an der Art kollegialer Selbsterprüfung im Peer-Review-Verfahren orientiert, wie sie sich insbesondere in Belgien, Großbritannien und den Niederlanden bewährt hat (Überblick bei BAHRS et al. 1994, GERLACH 2001). Ich konzentriere mich im Folgenden auf die ärztlichen Qualitätszirkel im ambulanten Bereich², deren Entstehung und Verbreitung vergleichsweise gut dokumentiert sind.

Pionierzirkel³

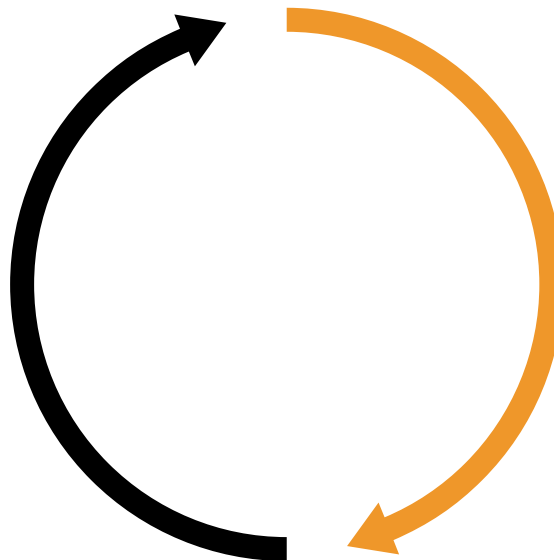
Etwa gleichzeitig mit der Diskussion über das 1988 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz entstanden unabhängig voneinander in Berlin (ABHOLZ et al. 1992), Göttingen (BAHRS/KÖHLE/SZECSENYI 1992), Hamburg (BRUCKS/WAHL 1992, 1994) und Düsseldorf (VON FERBER) erste Qualitätszirkel – teilweise im Kontext von Forschungsprojekten, teilweise in Eigenregie niedergelassener ÄrztInnen. In allen Fällen spielten HausärztInnen eine wesentliche Rolle. Ihre Vorreiterrolle ist nicht zufällig. Angesichts der noch wenig entwickelten wissenschaftlichen Allgemeinmedizin wurden (und werden) „die PraktikerInnen“ an Handlungsnormen der Krankenhausmedizin gemessen, deren begrenzte Übertragbarkeit sie in ihrem Alltag ständig erleben (vgl. dazu schon BALINT 1980: 148f.). Selbstbewusst die eigenen Handlungsleitlinien zu definieren, war daher ein wesentliches Motiv der Qualitätszirkel-Pioniere. Die damals gewählten Themen – psychosomatische Grundversorgung, Langzeitversorgung chronisch Kranker (Atemwegserkrankungen, Asthma) sowie Arzneimitteltherapie – stehen auch in der gegenwärtigen Diskussion wieder im Vordergrund.

Die Konzeptualisierung ärztlicher Qualitätszirkel

1992 wurden an der Medizinischen Hochschule Hannover und an der Universität Göttingen zwei Modellprojekte begonnen, die im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Bundesministeriums für Gesundheit ein für die Breitenumsetzung taugliches Konzept der Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel entwickelten. Die Erfahrungen der Pionierzirkel auswertend, ergab sich zunächst die folgende Arbeitsdefinition: Beim ärztlichen Qualitätszirkel handelt es sich um eine Form der Gruppenarbeit, die freiwillig,

² Qualitätszirkel erlangen zunehmend auch in der Rehabilitation, Pflege, Psychotherapie usw. an Bedeutung. Eine eingehendere Darstellung ist in diesem Rahmen schon aus Platzgründen nicht möglich. Vgl. IGES 1997; GÖRRES et al. 1997; BMG 1999; HÄRITTER et al.

³ Ausführliche Darstellung und Literaturnachweise bei BAHRS et al. 1994, 2001

Abb.1 **Qualitätskreislauf**⁴**Überprüfung möglicher Veränderungen***Was hat sich erwartungsgemäß verändert, was nicht?**Was begünstigt die intendierten Veränderungen, was behindert sie?**Welche ungeplanten Nebenwirkungen gibt es?***Themen(neu)wahl***Was wollen wir untersuchen?**Wo erleben wir Schwierigkeiten?***Problemdefinition***Worin sehen wir Probleme?**Wie wollen wir Qualität beurteilen?***Planung und Umsetzung von Veränderungen***Wie wollen wir zukünftig vorgehen?***Dokumentation des Alltagshandelns***Wie können wir Routinen bewusst machen?***Zielvorstellungen formulieren***Was soll erreicht werden?**Was können wir besser machen?***(Fallbezogene) Analyse der Arbeitsrealität***Wie sieht die tägliche Arbeitsroutine aus?**Welche Schwachstellen gibt es, was wird bereits gut gelöst?
Sind unsere handlungsleitenden Qualitätskriterien angemessen?*

themenzentriert, erfahrungsbezogen, kontinuierlich und zielorientiert ist.

Die Systematik orientiert sich in spezifischer Weise am Kreislauf der Qualitätssicherung (siehe Abbildung 1). Die in Hannover und Göttingen durchgeführten (insgesamt vier) hausärztlichen Qualitätszirkel zeigten schnell, dass Qualitätszirkel bei niedergelassenen ÄrztInnen als Form der „Fortbildung aus der Praxis für die Praxis“ auf hohe Akzeptanz stoßen (GERLACH/BAHRS 1994). Der Wunsch, in der Gruppe von KollegInnen mit gleichem Erfahrungshintergrund das Einzelkämpfertum zu überwinden, spielte dabei eine herausragende Rolle. Darüber hinaus erschien die „Qualitätssicherung von unten“ als Chance, sich gegen die Fremdbestimmung durch eine akademische (bzw. Klinik-) Medizin und bürokratische Bevormundungen durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen zur Wehr zu setzen.

Wie in den Pionierzirkeln erwiesen sich Diskrepanzerfahrungen, die durch die Konfrontation von Idealität und Realität des eigenen Verhaltens möglich wurden, als besonders lernintensiv. Das Alltagshandeln in einer für die ZirkelteilnehmerInnen nachvollziehbaren Weise durch objektivierte (Be-)Handlungsprotokolle aufzubereiten, ist demzufolge wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Qualitätszirkelarbeit (BAHRS et al. 1994). In den Modellprojekten war – wie auch in den meisten Pionierzirkeln – die dafür erforderliche Methodenkompetenz durch die wissenschaftliche Begleitung gewährleistet. Im Hinblick auf die

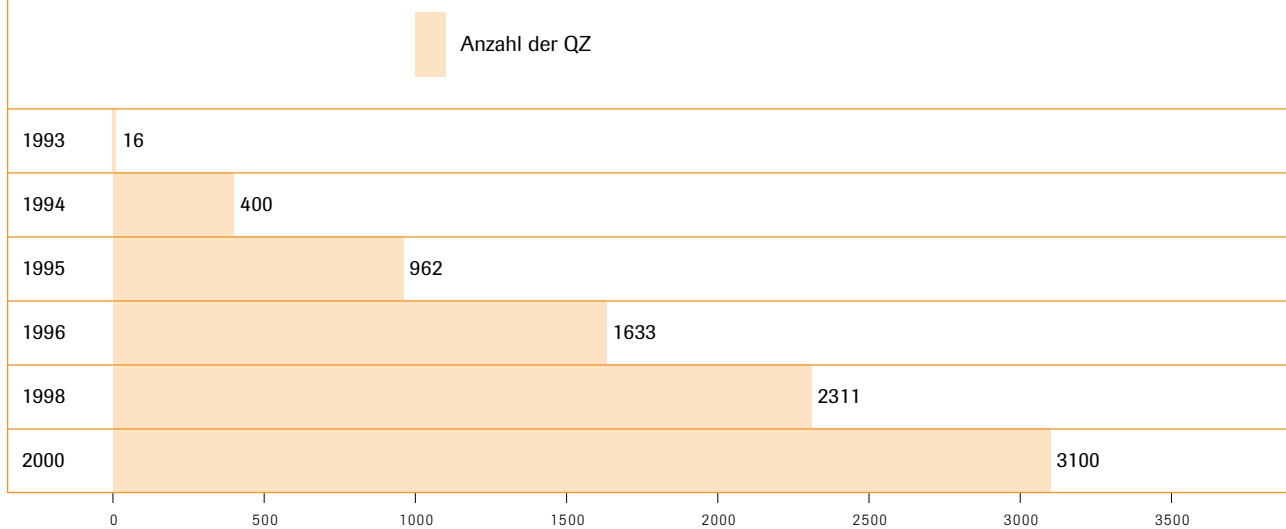
Breitenimplementation hingegen ist ausdrücklich auf die Notwendigkeit eines/einer die Diskussion strukturierenden Moderators/Moderatorin hinzuweisen. Diese(r) achtet darauf, dass die Gruppe den Zielbezug nicht aus den Augen verliert und macht gegebenenfalls auf Aspekte aufmerksam, die die TeilnehmerInnen in gemeinsamer Betriebsblindheit nicht wahrnehmen (BAHRS et al. 1994). Darüber hinaus hat er/sie die Aufgabe, den Gruppenzusammenhalt zu gewährleisten und die Gruppendynamik so zu beeinflussen, dass eine von Ängsten und Hierarchiekonflikten freie Auseinandersetzung möglich wird. Um die Rolle des *Primus inter Pares* ausfüllen zu können, bedarf der/die ModeratorIn nicht nur der Unterstützung durch die Gruppe, sondern auch spezifischer Erfahrungen und Kompetenzen.

Die Arbeitsdefinition war also zu ergänzen: Die Arbeit des Qualitätszirkels wird durch (geschulte) ModeratorInnen unterstützt, die als *Primus inter Pares* wirken, ohne leitende Positionen einzunehmen. Die TeilnehmerInnen eines Qualitätszirkels sind prinzipiell gleichrangig und wählen ihre Themen selbst.

Die Projektgruppen in Hannover und Göttingen entwickelten gemeinsam den Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ (BAHRS et al. 1994), der bereits im Vorfeld der Veröffentlichung die 1993 verabschiedeten Qualitätssicherungs-

4 Zur Konkretisierung am Beispiel des Hannoveraner Mittwochszirkels vgl. GERLACH (2001: 194ff.)

Abb. 2 **Entwicklung der ärztlichen Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung in Deutschland** (Gerlach 2001)⁶



richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer entscheidend beeinflusste. Der Leitfaden⁵ und das auf dessen Grundlage entwickelte Seminar-konzept für die Schulung von ModeratorInnen (SZECSENYI et al. 1995) bildeten die Grundlage der nun einsetzenden Etablierung der Qualitätszirkel. Viele HausärztInnen, die den Pionier- und Konzeptentwicklungszirkeln in der Rolle von TeilnehmerInnen angehört hatten, initiierten nun, gleichsam als „early adopters“ (vgl. GERLACH 2001: 226), eigenständige regionale Qualitätszirkel und wechselten in die Rolle von ModeratorInnen und SchulungsleiterInnen.

Die Implementierung ärztlicher Qualitätszirkel

Mit der Verabschiedung der Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde die Verbreitung des Qualitätszirkelkonzepts eingeleitet. Bereits im Sommer 1993 wurde das erste bundesweite Seminar für ModeratorInnen ärztlicher Qualitätszirkel durchgeführt. Es wurde von der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQua) organisiert, zu der sich die Projektgruppen aus Hannover und Göttingen zusammengeschlossen hatten. Rasch folgten weitere Seminare, und der Qualitätszirkelgedanke griff um sich. Nunmehr wurden auch zunächst noch zögernde ÄrztInnen („early majority“, GERLACH 2001: 226) erreicht.

Bis 2002 wurden in Deutschland mehr als 1500 ModeratorInnen für ärztliche und zahnärztliche Qualitätszirkel allein durch diese Arbeitsgruppe ausgebildet (SZECSENYI 2002, persönliche Mitteilung). An Qualitätszirkeln teilzunehmen wird mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit, so dass zunehmend auch die eher außergeleitete „late majority“ (GER-

LACH 2001: 226) einbezogen werden kann. Die rasante Entwicklung der folgenden Jahre veranschaulicht Abbildung 2.

Die Implementation wurde zum Teil im Rahmen von Modellprojekten unterstützt (vgl. GERLACH/BAHRS 1994, GERLACH 1998, GERLACH 2001, BEYER et al. 2002, TAUSCH/HÄRTER 1996, TAUSCH 2000). Die Implementation ärztlicher Qualitätszirkel kann als – vermutlich nicht so geplantes – Paradebeispiel für die von GERLACH vorgeschlagene zielgruppenorientierte Implementationsstrategie (GERLACH 2001: 227) angesehen werden. Denn faktisch haben bei der Ausbreitung der ärztlichen Qualitätszirkel in der öffentlichen Diskussion jeweils diejenigen Aspekte im Vordergrund gestanden, die für die neu zu motivierenden ÄrztInnen besonders wichtig waren.

Typen ärztlicher Qualitätszirkel

Bereits die Pionierzirkel setzten unterschiedliche Schwerpunkte⁷: Supervision (Berliner Ärzte, Videoseminar), Forschung (die Projekte in Hamburg, Hannover und Göttingen) und Fortbildung (die Düsseldorfer Projekte). Mit der Ausbreitung der Qualitätszirkel entstanden weitere Zirkeltypen, wobei zwei verschiedene Tendenzen zu beobachten sind: Viele Qualitätszirkel knüpfen an den Supervisionsgedanken an, organisieren sich selbst und zielen vornehmlich auf Erfahrungsaustausch und Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit ab. Diese Gruppen treten in der Regel nicht an die Öffentlichkeit, so dass ihre Arbeit nur ausnahmsweise (z.B. TRÄDER 1994, 1996) nachvollziehbar dokumentiert ist. Im Bestreben, die sektoren- und berufsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern, werden in neuerer Zeit auch VertreterInnen nichtärztlicher Berufsgruppen (SCHICK/DÖHNER 1996) sowie PatientInnen (BAHRS/NAVE-AHMAD 1999, BAHRS/HEIM/NAVE 2000, BAHRS/HEIM 2001, 2002 a–c) kontinuierlich in die Gruppenarbeit einbezogen. Die Tradition der Fortbildungszirkel aufnehmend, werden zum anderen im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Schulungsprogramme, zum Beispiel zur Verbesserung der Diabetes- (HARTMANN et al. 1995), Schmerz- oder Pharmakotherapie (SZECSENYI et al. 1996), zunehmend Qualitätszirkel parallel angeboten.

⁵ Zur Veranschaulichung wurde der gleichnamige Demonstrationsfilm (AQua 1993) entwickelt.

⁶ Der Wert für 2000 basiert auf einer Schätzung von GERLACH. Eine Hochrechnung auf der Basis der für den KV-Bereich Westfalen-Lippe vorliegenden Daten (BEYER et al. 2002) lässt vermuten, dass die Zahl der Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung mittlerweile auf weit über 4.000 angestiegen ist.

⁷ Für eine detailliertere Darstellung vgl. BAHRS et al. 2001.

Tab. 1 **Ebenen der Evaluation am Beispiel des Projekts Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung**⁸

Programmevaluation	Projektevaluation	Zirkevaluation	Evaluation der GF-Praxis	Evaluation des gesundheitlichen Handelns der Nutzer
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung geeigneter Instrumente für Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung; • Überprüfung von Praktikabilität und Wirksamkeit dieser Instrumente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichung der Zielgruppe; • Aufbau und Durchführung kontinuierlicher ModeratorInnenreffen; • Vermittlung des QZ-Konzepts an ProjektmoderatorInnen; • Analyse der Arbeitspraxis der Zirkel; • Analyse von Praktikabilität des Konzepts und Weiterentwicklung; • Vorbereitung der Implementation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Durchführung kontinuierlicher Zirkel; • Analyse der Arbeitsrealität; • Darstellung der impliziten Leitlinien (auf Ebene des Zirkels); • Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen; • Umsetzung und Überprüfung von Praktikabilität und Wirksamkeit der erarbeiteten Vorschläge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse der Arbeitsrealität; • Darstellung der impliziten Leitlinien (auf Ebene des Zirkelteilnehmers und seiner Institution); • Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen; • Umsetzung und Überprüfung von Praktikabilität und Wirksamkeit der erarbeiteten Vorschläge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse der gesundheitsrelevanten Parameter; • Darstellung der impliziten Leitlinien (auf Ebene des Nutzers und seines sozialen Systems); • Entwicklung von Handlungsalternativen; • Umsetzung von Handlungsalternativen und Überprüfung ihrer Konsequenzen.

Inwieweit Qualitätszirkel, die im Rahmen der in jüngerer Zeit in großer Zahl entstandenen vernetzten Strukturen arbeiten, die Tradition der in der heutigen Qualitätszirkellandschaft wenig repräsentierten Forschungszirkel (eine der Ausnahmen: NIEMANN und STEINKOHL 1995) aufnehmen, ist fraglich. Die Darstellung von SZECSENYI et al. (1999) zeigt aber am Beispiel der im so genannten Zweitmeinungsverfahren in Arbeitsgruppen begutachteten Krankenhaus-einweisungen, dass die Vernetzung ein beachtliches Potenzial für Erkenntnisgewinnung und Qualitätsförderung freisetzen kann.

Evaluation

Qualitätszirkel dienen der kontinuierlichen Selbstüberprüfung (Evaluation) des professionellen Handelns. Mit der wachsenden Zahl der Qualitätszirkel und der Pluralität der Anbieter von ModeratorInnenschulungen – von denen einige direkt oder indirekt im Auftrag pharmazeutischer Firmen arbeiten – wurde zunehmend die Forderung nach Evaluation der Qualitätszirkel gestellt. Darunter wird freilich durchaus Unterschiedliches verstanden: Naheliegenderweise gibt es auch bezogen auf die Qualitätszirkel unter anderem je nach Perspektive (BehandlerIn, PatientIn, Krankenkasse, Politik) und Berufsgruppenzugehörigkeit differierende Zielkriterien. Überdies wird in der Diskussion häufig nicht deutlich genug gemacht, was genau evaluiert werden soll: das konkrete ärztliche Handeln, die Arbeit eines Qualitätszirkels, ein wissenschaftliches Projekt, das Qualitätszirkelkonzept oder die Qualitätsförderungspolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise der Krankenkassen (vgl. Tabelle 1).

Auf den Qualitätszirkel bezogen gilt als wesentliches Zielkriterium, dass der Qualitätskreislauf bei der Bearbeitung eines Themas vollständig durchlaufen wird. Damit ergeben sich die folgenden Fragen:

- Ist ein Thema gewählt worden und ist dieses einvernehmlich erfolgt?

- Ist eine Liste der mit dem Thema verknüpften Probleme aufgestellt und ein Ziel für die Arbeit festgelegt worden?
- Sind Kriterien dafür definiert worden, was Qualität sein soll?
- Ist eine dem Problem adäquate Dokumentationsform gewählt worden? Ist dokumentiert worden?
- Ist auf der Basis der Dokumentationen die Analyse der Arbeitsrealität erfolgt und fallbezogen diskutiert worden?
- Sind Stärken und Schwachpunkte herausgearbeitet worden?
- Sind diese in Beziehung zu der ursprünglichen Frage gestellt worden?
- Ist die Angemessenheit der vorausgesetzten Qualitätskriterien überprüft worden?
- Sind aus der Analyse Vorschläge zur Verbesserung abgeleitet worden?
- Ist versucht worden, die Vorschläge umzusetzen?
- Ist eine vergleichende Analyse der Arbeitsrealität erfolgt, um die Wirksamkeit der Umsetzung zu überprüfen?
- Sind für den Vergleich geeignete Parameter gewählt worden?
- Sind vergleichbare Situationen/Fälle ausgewählt worden?
- Sind andere intervenierende Variablen einkalkuliert worden?

Tabelle 2 gibt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einen Überblick über formal abgrenzbare mögliche Dimensionen und Kriterien der Qualität der Zirkelarbeit und verweist auf Beispiele und vorliegende Evaluationsergebnisse.

Einige kritische Anmerkungen

Obleich geschätzt wird, dass mittlerweile 25 bis 30% der niedergelassenen ÄrztInnen an Qualitätszirkeln teilnehmen (GERLACH 2001), wird das vorhandene Potenzial zur Kooperations- und Qualitätsförderung bei weitem nicht ausge-

8 Der für die Begleitforschung selbst zugängliche Bereich ist farbig unterlegt.

Tab. 2 **Dimensionen und Kriterien der Qualität der Qualitätszirkelarbeit**

Dimension	Kriterien	Beispiele/Evaluationsergebnisse
Strukturqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit (räumlich, zeitlich) • Ausstattung des Tagungsraums 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztliche QZ Hannover (<i>Bahrs et al. 1994</i>)
	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation von ModeratorIn und TeilnehmerInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tausch/Härter</i> 1996
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaltlich: Durchlaufen des Qualitätskreislaufs 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztl. QZ Hannover (<i>Bahrs et al. 1994; Gerlach et al. 1995</i>) • QZ Lübeck (<i>Träder</i> 1994; 1996)
	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppendynamisch: Vertrauen und Vertrauensschutz; Gleichrangigkeit, Verbindlichkeit, Arbeitsteilung, Konsensfindung, Zulassen abweichender Meinungen • Kontinuität der Teilnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • QZ Lübeck (<i>Träder</i> 1994; 1996) • <i>Weisser et al. 2000; Bahrs u. Heim 2002 a–c</i> • <i>Tausch</i> (2000)
Ergebnisqualität	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ebene 1:</i> Entwicklung einer arbeitsfähigen Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • QZ Kassel: seit 1992; einige TeilnehmerInnen inzwischen ModeratorInnen (vgl. <i>Bahrs et al. 2001</i>)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ebene 2:</i> Erzeugung manifester Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsbogen zur Früherkennungsanamnese (<i>Brucks et al. 1997</i>) • Leitfaden Ärztliche QZ (<i>Bahrs et al. 1994</i>); Videofilm Ärztliche Qualitätszirkel (AQua 1993) • Konzept für ModeratorInnenschulung (<i>Szecsényi et al. 1995</i>)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ebene 3:</i> Einstellungs- und Verhaltensänderungen, Wissenszuwachs 	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenere, kompetentere, sicherere, belastbarere und ihre Grenzen besser einschätzende ÄrztInnen (diverse AutorInnen⁹; Überblick bei <i>Bahrs et al. 2001</i>) • In der Folge ausstrahlend auf TeamkollegInnen (<i>Träder</i> 1994) • Bessere Kooperation mit anderen Versorgern; Solidarisierung und Politisierung: vom vereinzelt Spielball zum/zur selbstorganisierten MitspielerIn (<i>Szecsényi et al. 1999</i>)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ebene 4:</i> Verbesserung der Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenere PatientInnen und Angehörige (<i>Klingenberg/Szecsényi</i> 1999) • Gezieltere, besser koordinierte und weniger aufwändige Versorgung, weniger Kosten (<i>Szecsényi et al. 1999</i>)

schöpft. Hindernisse sind beispielsweise:

- Die Mehrheit der ÄrztInnen hat vor der Teilnahme am Qualitätszirkel noch keine Erfahrung mit Gruppenarbeit. Ängste sind zu überwinden, TeilnehmerInnen und ModeratorInnen sind bisweilen überfordert.
- Viele ModeratorInnen sind – von der einmaligen Schulung abgesehen – nicht erfahrener als die GruppenteilnehmerInnen. Sie sehen sich aber in der Verantwortung, den Prozess zu strukturieren und gegebenenfalls als „VorturnerInnen“ zu fungieren. Nur vereinzelt werden bislang Aufbau- beziehungsweise Begleitseminare für ModeratorInnen angeboten, in denen diese – gleichsam in einem „Qualitätszirkel

der Qualitätszirkel“ – Entlastung erfahren können.

- Die Bedeutung nachvollziehbarer Behandlungsprotokolle wird systematisch unterschätzt. TeilnehmerInnen und ModeratorInnen verfügen ganz überwiegend nicht über das erforderliche methodische Know-how und scheuen überdies den Dokumentationsaufwand. Eine Auseinandersetzung mit dem tatsächlichen Alltagshandeln ist somit oft gar nicht möglich, und statt der Diskussion konkreter Verhaltensweisen stehen allgemeine Behandlungsmaximen im Vordergrund, auf die man sich einfacher – und weniger folgenreich – einigen kann. Anders gesagt: Mangel an Methodenkompetenz droht bestehende Abwehrstrukturen zu zementieren.
- Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen begrenzen den Raum möglicher Veränderungen. Dies kann demotivierend wirken und die berufspolitische Indienstnahme der Qualitätszirkel unterstützen.

⁹ Deutliche Einschränkungen macht TAUSCH (2000), dessen Ergebnissen zufolge zwar eine Verbesserung bezüglich der Patient-Arzt-Beziehung und der psychosozialen Dimension ärztlichen Handelns, nicht aber bezüglich Leitlinienorientierung und Praxismanagement zu verzeichnen war.

Dennoch ist mittlerweile eine neue Kooperationskultur entstanden. Gerade im allgemeinmedizinischen Bereich haben Qualitätszirkel in erheblichem Maße dazu beigetragen, die Kluft zwischen akademischer und praktizierter Medizin zu verringern. Viele engagierte niedergelassene ÄrztInnen konnten auf diese Weise in die Arbeit universitärer Abteilungen und anderer Forschungseinrichtungen integriert werden. Ebenso wurde der Aufbau der seit 1994 durchgeführten strukturierten Seminarweiterbildung Allgemeinmedizin erst durch die Beteiligung der vielen PraktikerInnen möglich, die ohne Qualitätszirkel ihre Distanz gegenüber den Selbstverwaltungsorganen schwerlich aufgegeben hätten. Die Überlegung liegt daher nahe, sich auch dort vom Konzept ärztlicher Qualitätszirkel inspirieren zu lassen, wo eine systematische Förderung der Qualitätssicherung noch in den Anfängen steckt: beispielsweise im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention.

Ermutigende Erfahrungen liegen aus dem Interdisziplinären Qualitätszirkel Göttingen vor, an dem seit Jahren einige Gesundheitsförderer teilnehmen. Die 1998 initiierte Gruppe besteht aus VertreterInnen von Selbsthilfegruppen, professionellen HelferInnen aus nichtärztlichen Berufen (BeraterInnen und SozialarbeiterInnen), HausärztInnen, einer Mitarbeiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und den Initiatoren. Sie trifft sich monatlich, um die regionale Versorgung von PatientInnen mit psychosozialen Problemen zu koordinieren und zu verbessern. Fallbezogen stellen die TeilnehmerInnen einander exemplarisch ihr Arbeitsfeld und damit einhergehende spezifische Schwierigkeiten vor (BAHRS/NAVE-AHMAD 1999). Die große Heterogenität der TeilnehmerInnen ist ein Problem, zugleich aber eine große Chance, Vorurteile abzubauen, ein klareres Profil des eigenen Handelns zu gewinnen, das Bewusstsein für die eigenen Grenzen zu schärfen, Verantwortung verantwortlich abzugeben sowie grundsätzlich neue und entlastende Kooperationsbeziehungen zu gestalten (BAHRS/HEIM/NAVE 2000, BAHRS/HEIM 2001, 2002 a–c).

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung

Nachdem ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung im Rahmen eines 1987 durchgeführten Workshops darin übereinstimmten, dass das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ sich in besonderem Maße auch für den Bereich der Gesundheitsförderung eignet, beauftragte die BZgA die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung der Universität Göttingen, im Rahmen eines Modellprojektes ModeratorInnen auszubilden, bei der Initiierung von Qualitätszirkeln zu unterstützen und im Verlauf eines einjährigen Arbeitszyklus wissenschaftlich zu begleiten (BAHRS/LEHMANN/NAVE/POHL/SCHMIDT/WEISS-PLUMMEYER 2000). Fünfzehn ModeratorInnen und Co-ModeratorInnen aus sechs Bundesländern nahmen am Projekt teil, und es konnten insgesamt zwölf neue Qualitätszirkel initiiert werden. Bewusst wurde dabei der Vielfalt von Arbeitsbedingungen und -inhalten der Gesundheitsförderer Rechnung getragen, so dass von der betrieblichen Gesundheitsförderung über Ernährungsberatung, Erwachsenenbildung und Selbsthilfeförderung bis zur Vernetzung die verschiedensten Schwerpunkte vertreten waren. Entsprechend der Unterschiedlichkeit von TeilnehmerInnen und Arbeitsgebieten entwickelten die Qualitätszirkel je spezifische Profile. Die Akzeptanz war außerordentlich hoch: 86% der TeilnehmerInnen waren

insgesamt (sehr) zufrieden, immerhin 73% äußerten sich (sehr) zufrieden mit dem Sachertrag. Spitzenwerte ergaben sich im Hinblick auf Gruppenatmosphäre (91%) und Moderation (93%).¹⁰ Durchgängig wurde die konkrete, intensive und berufsgruppenübergreifende Fallarbeit sehr geschätzt. Dementsprechend ergab sich eine hohe Zustimmung von TeilnehmerInnen und ModeratorInnen zu dieser Art von Qualitätssicherung: 84% der TeilnehmerInnen und 100% der ModeratorInnen halten Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument. Acht Qualitätszirkel wollten ihre Arbeit über die Projektlaufzeit hinaus fortsetzen, 43% der TeilnehmerInnen können sich vorstellen, selbst Qualitätszirkel zu initiieren oder zu moderieren, und alle ModeratorInnen wollen sich als SchulungsleiterInnen an der Implementation beteiligen.

Im Hinblick auf die Breitenimplementation in der Gesundheitsförderung ist zu folgern:

- Das Konzept „Ärztliche Qualitätszirkel“ ist übertragbar.
- Die spezifischen Formen der Qualitätszirkel differenzieren sich anders aus als im ärztlichen Bereich.
- QZ knüpfen an andere Formen der Gruppenarbeit als im ärztlichen Bereich an (zum Beispiel Supervision, Gesundheitszirkel, Arbeitskreise, Gesundheitskonferenzen, Selbsthilfegruppen), die sie ergänzen und von denen sie sich je spezifisch unterscheiden.
- Fallarbeit erweist sich als wirksam und ist, in Verbindung mit Protokollierung und Verlaufsevaluation die *differentia specifica* zu anderen Formen der Gruppenarbeit.
- Die Qualitätszirkel benötigen in der Gesundheitsförderung in der Regel eine längere Anlaufzeit als im ärztlichen Bereich. Weil die Kontextbedingungen so unterschiedlich sind, müssen die TeilnehmerInnen zugleich ihre jeweiligen Arbeitsbedingungen und ihre konkrete inhaltliche Arbeit vorstellen. Dementsprechend sind etwa 15 bis 18 Monate für einen Arbeitszyklus anzusetzen.
- Die ModeratorInnen profitieren von kontinuierlicher Unterstützung – sie benötigen diese jedoch auch, um die Vielfalt an Perspektiven, Erfahrungen und Arbeitsweisen strukturieren zu können. Das Seminarkonzept hat sich als geeignet erwiesen.
- Unterstützende Strukturen sind erforderlich, um Qualitätszirkeln eine kontinuierliche Arbeit und nachhaltige Wirkung zu ermöglichen. Solche Strukturen fehlen noch gänzlich.

Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“

Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und psychosozialen Beratungsstellen ist in der Pränataldiagnostik im Sinne einer ganzheitlichen und patientenbezogenen Versorgung unabdingbar. Doch faktisch ist berufsübergreifende Zusammenarbeit die Ausnahme, statt Kooperation und Koordination ist zumeist eine Ko-Konstruktion zu beobachten. Die Professionellengruppen agieren – unweisend oder in explizitem wechselseitigen Nicht-zur-Kennntnisnehmen – aneinander vorbei (DEWALD 2001). Informationsdefizite und Ängste vor Machtverlust spielen dabei eine

¹⁰ Detaillierte Darstellung im Projektbericht, der in Kürze fertiggestellt wird.

wesentliche Rolle. Damit ein Veränderungsprozess in Gang kommen kann, bedarf es eines außerhalb des Routinehandelns gegebenen Raumes, in dem die Beteiligten herrschaftsfrei miteinander ins Gespräch kommen und ihre Konzepte konkret und versorgungsbezogen zur Diskussion stellen können. Dies soll im Rahmen des Modellprojekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ zunächst in den Regionen Freiburg, Heidelberg und Mannheim exemplarisch erprobt werden. Das Projekt zieht inhaltlich Konsequenzen aus einem mehrjährigen Modellprojekt des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFJ 2000, 2001) und schließt methodisch an das Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ (BAHRS et al. 2000) der BZgA an. Die Qualitätszirkel sollen gleichberechtigt durch einen Arzt/eine Ärztin und eine(n) psychosoziale(n) BeraterIn moderiert werden. Diese Konstruktion ermöglicht den einzelnen ModeratorInnen wechselseitige Entlastung und trägt der zu erwartenden Interessenkonstellation in den Qualitätszirkeln Rechnung. Doppelmoderation hat sich schon in ärztlichen Qualitätszirkeln besonders dann bewährt, wenn systematisch Perspektivenunterschiede zu berücksichtigen waren (BAHRS et al. 2001).

Die ModeratorInnen erhalten – dem bewährten Vorgehen im Modellprojekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ folgend – in kontinuierlichen Begleitseminaren gezielte Unterstützung.¹¹ Die Aufgabenverteilung der neu gebildeten „task force“ ergibt sich aus den Vorarbeiten: die Neustrukturierung der regionalen Versorgungssituation wird durch die wissenschaftliche Begleitung der Heidelberger Projektgruppe (CIERPKA, DEWALD und RIEHL-EMDE) beschrieben und unterstützt, die im Projektverlauf ein auch auf andere Regionen übertragbares Modell der koordinierten Versorgung in der Pränataldiagnostik entwickelt. Die Göttinger Projektgruppe (BAHRS und POHL) konzentriert sich auf das gewählte Qualitätssicherungsverfahren und erforscht und fördert die Arbeit der Qualitätszirkel selbst. Sie entwickelt auf dieser Grundlage im Projektverlauf Strategien für die Implementierung von Qualitätszirkeln auch in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung weiter. Das von der BZgA geförderte mehrjährige Projekt wird im Sommer 2002 beginnen. Ansprechpartner für InteressentInnen sind: Dipl.-Psych. Axel Dewald (Axel_Dewald@med.uni-heidelberg.de), Dr. Ottomar Bahrs (obahrs@gwdg.de) oder Birgit Gaschina-Hergarten, M.A. (Gaschina-Hergarten@bzga.de).

Ottomar Bahrs

Dr. Ottomar Bahrs ist Medizinsoziologe und als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Qualitätsförderung in der ambulanten Versorgung, Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung, Arzt-Patienten-Kommunikation und qualitative Forschungsmethoden.

¹¹ Insofern kann man vorsichtig vom Beginn der Implementierung von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung sprechen.

Kontakt:

Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs
Abteilung Medizinische Psychologie
der Universität Göttingen
Waldweg 37
37073 Göttingen
obahrs@gwdg.de

Literatur

- ABHOLZ, H. H./DREYKLUFT, H. R./MEYER, B. (1992): Bericht über einen Qualitätszirkel. *Z Allg Med* 68: 468–472
- ABHOLZ, H. H. (2002): Disease-Management-Programme in ihrer Auswirkung auf die ärztliche Arbeit. *Z Allg Med* 78: 170–174
- BAHRS, O./KÖHLE, M./SZECSENYI, J. (1992): Das Videoseminar – Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. *Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern*. *Psychol Med*, 3 (4), 23–29
- BAHRS, O./GERLACH, F. M./SZECSENYI, J. (Hrsg.) (1994): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- BAHRS, O./NAVE-AHMAD, M. (1999): *Selbsthilfegruppen im interdisziplinären Qualitätszirkel – Ein neuartiger Ansatz zur Förderung medizinischer Kommunikation*. In: DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN E.V. (Hrsg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999*. Gießen: focus, 53–59
- BAHRS, O./HEIM, S./NAVE, M. (2000): *Patientenzentriert und interdisziplinär – Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen*. *Dr. med. Mabuse*, 25, 128: 20–24
- BAHRS, O./LEHMANN, M./NAVE, M./POHL, D./SCHMIDT U./WEISS-PLUMMEYER, M. (2000): *Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung*. Göttingen
- BAHRS, O. (2001): *Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung*. In: BZGA: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen: Eine aktuelle Bestandsaufnahme, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Bd. 15: 151–162.
- BAHRS, O./GERLACH, F. M./SZECSENYI, J./ANDRES, E. (Hrsg.) (2001): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik* (4., erw. und überarb. Aufl. des Leitfadens *Ärztliche Qualitätszirkel*). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- BAHRS, O./HEIM, S. (2001): *Kooperation zwischen Professionellen und Selbsthilfegruppen – ein Beispiel aus der praktischen Arbeit des Interdisziplinären Qualitätszirkels Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen*. *Z Allg Med*, 77 (4), 202–206
- BAHRS, O./HEIM, S. (2002a): *Kooperation zwischen medizinischen Fachleuten und Selbsthilfegruppen: Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen*. *niedersächsisches ärzteblatt*, 2: 66–70
- BAHRS, O./HEIM, S. (2002b): *Professionalisierung von Patienten – De-Professionalisierung von Helfern: Interdisziplinäres Lernen im Qualitätszirkel – Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 7 (2): 82–85
- BAHRS, O./HEIM, S. (2002c): *Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung. Studienbrief Kooperative Weiterbildung „Gesundheitsförderung/-management – Schwerpunkt „Gemeindenaher Gesundheitsförderung/ambulante Versorgung“ der Hochschule Magdeburg-Stendal (in Vorbereitung)*
- BALINT, M. (1968): *Die Struktur der „Training-cum-research“ – Gruppen und deren Auswirkungen auf die Medizin*. In: DRÄGER, K. et al. (Hrsg.): *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Bd. V, Bern: Huber: 125–146
- BALINT, M. (1980): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*; 5. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta
- BEYER, M./GERLACH, F. M./SZECSENYI, J./KRIEDEL, T./AUBCKE, W.: *Qualitätsförderung in ärztlichen Qualitätszirkeln – Die Arbeit ärztlicher Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe wird seit über fünf Jahren wissenschaftlich dokumentiert*. *Deutsches Ärzteblatt* (im Druck)
- BMFSFJ (2000): *Zwischenbericht des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“*. Materialien zur Familienpolitik, Nr. 6
- BMFSFJ (2001): *Abschlussbericht des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“*. Materialien zur Familienpolitik (im Druck)
- BMG (1999): *Qualitätssicherung in der Psychosomatik – Verbundstudie innerhalb des Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung*. Baden-Baden: Nomos
- BRUCKS, U./WAHL, W. B. (1992): *Integration präventiven Denkens in die ärztliche Tätigkeit – Ein Werkstattbericht*. In: HÄUSSLER, B./SCHLIEHE, F./BRENNECKE, R./WEBER-FALKENSAMMER, H. W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Bd. 2. Berlin, Heidelberg, Tokyo, New York: Springer, 146–164
- BRUCKS, U./WAHL, W. B. (1994): *Die Entwicklung einer Leitlinie zur „Früherkennungsanamnese“ in ärztlichen Arbeitskreisen*. *Z Allg Med*, 70, 19, 793–796
- BRUCKS, U./WAHL, W. B./SCHÜFFEL, W. (1997): *Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen*. Oldenswort u. Marburg
- DEWALD, A. (2001): *Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 50 (9–19): 753–764
- GERLACH, F. M./BAHRS, O. (1994): *Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- GERLACH, F. M./BAHRS, O./WEISS-PLUMMEYER, M. (1995): *Fallorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel*. *Z Äztl Fortb*, 89, 397–401
- GERLACH, F. M. (1998): *Qualitätsförderung in der ärztlichen Praxis. Transparenz durch regionale Bedarfs- und Erwartungsanalysen sowie evaluatives Monitoring des Etablierungsprozesses ärztlicher Qualitätszirkel*. *Habilitations-schrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Allgemeinmedizin*, Hannover
- GERLACH, F. M. (2001): *Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin*. Stuttgart, New York: Thieme
- GERLACH, F. M. / BEYER, M. (2001): *Wie können Qualitätszirkel evaluiert werden?* In: BAHRS, O. / GERLACH, F. M. / SZECSENYI, J. / ANDRES, E. (Hrsg.): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik*. (4., erw. und überarb. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 287–298
- GÖRRES, S./LUCKEY, K./STAPPENBECK, J. (1997): *Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege*. Göttingen: Huber
- HÄRTER, M./GROSS-HARDT, M./BERGER, M. (1999): *Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe
- HARTMANN, P./BOTT, U./GRÜSSER, M./KRONSBELN, P./JÖRGENSEN, V. (1995): *Effects of peer review groups on physicians' practice*. *Eur JGP* 1, 3, 107–112.
- HERZLICH, C./PIERRET, J. (1991): *Kranke gestern, Kranke heute – Die Gesellschaft und das Leiden*. München, Beck
- IGES-INSTITUT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALFORSCHUNG (1997): *Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Manual für Qualitätszirkel, Version 1.0*; http://www.bfa-berlin.de/ger/ger_zielgruppen.c4/ger_kliniken.c4/ger_infosfuervertragskliniken.c40/ger_reha_qualitaetsicherung.c401/ger_c401_rehaqualsicherung.html
- KLINGENBERG, A./SZECSENYI, J. (1999): *Bewertung durch Patienten*. In: SZECSENYI, J./MAGEDEBURG, K./KLUTHE, B./WEBER, C./BAUSCH, J./SCHINDLER, H. (Hrsg.): *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“*. Göttingen: AQua (AQua-Materialien Band VII), 82–115
- NIEMANN, D./STEINKOHL, M. (1995): *Werkstattbericht aus einem hausärztlichen Qualitätszirkel in Hamburg-Harburg zum Thema Schilddrüsenkrankungen*. *Z Allg Med*, 71, 67–70
- SCHICK, B./DÖHNER, H. (1996): *Berufsübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen – Forschungsergebnisse mit Praxiskonsequenzen*. *Gesundheitswesen*, 58, 3, 126–131
- SZECSENYI, J./ANDRES, E./BAHRS, O./GERLACH, F. M./WEISS-PLUMMEYER, M. (1995): *Evaluation eines Trainingsprogrammes für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Eine Zwischenbilanz*. *Z Äztl Fortb*, 89, 419–423
- SZECSENYI, J./ANDRES, E./BROGE, B./CLAUS, E./GLAESKE, G. (1996): *Qualitätszirkel Pharmakotherapie – Sparen um jeden Preis? Z Allg Med*, 72, 493–496
- SZECSENYI, J./MAGEDEBURG, K./KLUTHE, B./WEBER, C./BAUSCH, J./SCHINDLER, H. (Hrsg.) (1999): *Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“*. Göttingen: AQua (AQua-Materialien Band VII)
- TAUSCH, B./HÄRTER, M. (1996): *Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung – Evaluation des Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden*. München: Arcis
- TAUSCH, B. (2000): *Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand – Eine arbeits- und organisationspsychologische Analyse des ärztlichen und betrieblichen Qualitätszirkelkonzepts*. Münster – New York – München – Berlin: Waxmann.
- TRÄDER, J. M. (1994): *Ein Jahr Qualitätszirkel Lübeck – Thema: Leitsymptom Husten*. *Z Allg Med*, 70, 1027–1029
- TRÄDER, J. M. (1996): *Qualitätszirkel Lübeck: Versuch einer Bilanz*. *Z Allg Med*, 72, 244–248
- WEISSER, P./HÄRTER, M./TAUSCH, B. (2000): *Hausärztliche Qualitätszirkel zwischen Anspruch und Wirklichkeit – eine Interaktionsanalyse*. *Z Äztl Fortbild Qualitätssich*, 94 (1): 4–10

Wirkungsqualität einer Website

Die „Usability Inspection“ von www.loveline.de, der Jugend-Homepage der BZgA zur Sexualaufklärung

Einleitung

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den Eigenarten der Qualitätssicherung in einem neuen Medium mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und interaktiven Wirkmechanismen der Rezeption. Teil 1 behandelt die Besonderheiten und Probleme der „Website Usability“¹ im Medium Internet. Um den LeserInnen einen kurzen Abriss der Geschichte der Usability zu bieten, beschreibt der zweite Teil „Bitte ganz doll bunt!“ die Impulse für die Entstehung der Usability-Untersuchungen. Im dritten Teil „Was ist Usability Inspection, was Usability Testing?“², werden die verschiedenen Verfahren, die im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren zum Einsatz kommen, beschrieben und erläutert. Was das Untersuchungsfeld und den Gegenstand der Website-Usability als Disziplin ausmacht, wird in „Wirkfaktoren im interdisziplinären Feld Usability“ erläutert. Die methodische Ausrichtung ganzheitlicher Usability wird im fünften Teil „Qualitative Verfahren im Medium der Kompromisse“ dargestellt. Die Bedeutung von Regelsystemen für Usability Inspections wird im sechsten Teil „Jede Website ein Einzelfall?“ aufgegriffen. Zum Schluss folgt die Beschreibung des „loveline-Projekts“, der Qualitätssicherung für die Jugend-Homepage der BZgA.

Website Usability: Qualitätssicherung im Medium Internet

Das Konzept der Usability existiert nicht erst seit der Erfindung des Internet und ist auch keine bloße Folge dieser technologischen Revolution. Ursprünglich stammt Usability als Kriterium für ganzheitliche Gestaltungsrichtlinien aus der Produkt- und Interface-Entwicklung, um größere Fehlinvestitionen für Ladenhüter, die die potenzielle Zielgruppe kognitiv überfordern und keinen echten Mehrwert bieten, zu vermeiden.

Für den Bereich der Software-Entwicklung existieren Evaluationskriterien wie die DIN 9241-10ff., die Aufschluss darüber geben, wie ein erfolgreiches Softwareprodukt auszusehen hat und Entwicklungsrichtlinien dafür bereitstellen. Die Teile 10 bis 17² dieser DIN-Norm für unterschiedliche

Anwendungsbereiche des Interfacedesign lassen sich auf drei zugrunde liegende (Erfolgs-)Kriterien reduzieren: Effektivität, Effizienz und NutzerInnenzufriedenheit. So viel zum Thema Qualitätssicherung im Bereich des Interfacedesign. „Prima“, könnte man jetzt denken, „schon ist alles Wesentliche gesagt, jetzt einfach noch die akzeptierten Normen auf das Internet übertragen und schon winkt der Erfolg ...“

Das Problem: Im Internet wirkt mehr als Normung. Die angeführten Kriterien haben ihre Berechtigung, doch das Medium Internet ist nicht alleine ein Arbeitsmedium. Daher lassen sich die Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Normung nicht 1:1 auf ein Medium, das auch der Unterhaltung dient, übertragen. Man stelle sich nur vor, das Qualitätssicherungssystem einer Finanzbehörde einfach mal zum Spaß unreflektiert auf einen Clownverleih zu übertragen. Witzig werden Sie denken, wenn Clowns ihre Salve des Frohsinns über ihr kindliches Publikum abfeuern, währenddessen die bereits servierten Witze auf Ihrer Checkliste abhaken und zwischendurch immer mal wieder einen Fragebogen zur KundInnenzufriedenheit einreichen. So überzogen dieser Vergleich auch klingen mag, so macht er doch die Probleme eines neuen Mediums mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und Zielsetzungen deutlich.

Betrachtet man das Internet als virtuellen Schulterbund der Software-EntwicklerInnen dieser Welt, stellt man fest, dass sich noch längst nicht jede/r EntwicklerIn an die DIN-Normen hält. Genauso wenig besagt der Umkehrschluss, dass die Einhaltung der DIN-Normen bei der Produktion von User-Interfaces allein auch automatisch Zielgruppenangemessenheit garantiert. Um es mit den Worten von TED NELSON auf den Punkt zu bringen: „Das World Wide Web ist wie Karaoke: Jeder kann es, ohne es geuebt zu haben, und das ist das grossartige daran.“ (<http://beat.doebe.li/bibliothek/w00577.html>, erfasst im Biblionetz am 07.02.2001). Genau dieser Großartigkeit (man beachte nur „geuebt“ und „grossartige“) wird man mit allzu starren und gegenstands inadäquaten Regeln und Usability-Stoppuhren nicht gerecht. Das bloße Messen der Zeit, die zur Bearbeitung einer bestimmten Aufgabenstellung benötigt wird (ein Verfahren innerhalb des Usability Testing), liefert keine valide Prognose über den zukünftigen Geschäftserfolg. Wenn das so einfach wäre, hätten alle Agenturen die DIN-Normen und eine Stoppuhr gekauft, Positivismus zum Bekenntnis gemacht und ihre Normüberzeugung an alle Bestandskunden verkauft. Die reale Entwicklung sieht anders aus.

„Bitte ganz doll bunt!“ Impulse für die Entstehung der Usability

Gerade in den Gründertagen des Internet wurde auf Websites alles Mögliche umgesetzt, selten aber besonders zielfüh-

¹ Usability: Wirkungs- und Nutzungsqualität eines Internet-Angebots (Anm. d. Red.)

² Teil 10: Grundsätze der Dialoggestaltung

Teil 11: Anforderungen an die Gebrauchstauglichkeit - Leitsätze

Teil 12: Informationsdarstellung

Teil 13: Benutzerführung

Teil 14: Dialogführung mittels Menüs

Teil 15: Dialogführung mittels Kommandosprachen

Teil 16: Dialogführung mittels direkter Manipulation

Teil 17: Dialogführung mittels Bildschirmformularen

rende, effektive Zugänge zu den interessierenden Informationen. So waren besonders Lösungen gefragt, die durch ihre Farbigkeit und ihr verschlungenes Zugangskonzept eine „innovative“ Andersartigkeit vermittelten. Doch gerade als der Wildwuchs besonders um sich griff, kam plötzlich und unerwartet die Wende. Einer der prominenten Anhänger der „Buntheitsbewegung“ behauptete plötzlich das Gegenteil dessen, was er vorher vertreten hatte. Der Mann, von dem die Rede ist, heißt JARED SPOOL und ist neben JAKOB NIELSEN und STEVE KRUG einer der bekannten Gurus aus der Usability-Szene.

SPOOL, wie gesagt einst Verfechter der unendlichen virtuellen Buntheit, geriet in Anbetracht erster eigener Usability-Studien ins Grübeln über die Richtigkeit des eigenen Thesenwerks gezielter Andersartigkeit. Ernüchternd war für SPOOL vor allem die Tatsache, dass User weniger bunte, bewegte Bilder wertschätzten als einen schnellen Zugang zur gewünschten Information. Seitdem schreibt SPOOL schlaue Bücher, und die Usability-Entwicklung ist einen Schritt weiter.

Die VerfechterInnen der Usability predigen seither die NutzerInnenemanzipation („The User is the ruler“, NIELSEN). Konnten EntwicklerInnen noch zu Beginn des Internet-Zeitalters mangelnde Bedienbarkeit einfach mit der Unfähigkeit der User erklären, bewahren heutzutage derartig faden-scheinige Ausreden nicht mehr vor dem Relaunch (der Überarbeitung, Anm. d. Red.). Es interessiert heutzutage nur noch, wie die Website optimal auf eine möglichst große potenzielle NutzerInnengruppe zugeschnitten werden kann, um Mehrwert und Umsatz zu generieren.

Die Bedeutung der Usability für das Internet ist also vor allem durch gestiegene Useranforderungen im Zuge eines immer breiteren Dienstleistungsangebotes im Internet zu erklären. Internetlösungen müssen sich, um KundInnen zu werben, aus der Masse der Angebote hervorheben.

Was ist Usability Inspection, was Usability Testing?

Im Internet findet man neben sehr vielen hilfreichen Hinweisen auch zwei sehr brauchbare Definitionen zu Usability Inspection und Usability Testing.³

Usability Inspection ist der Name für eine Reihe von Methoden, bei denen Gutachter Usability relevante Aspekte eines Produktes überprüfen. Die Gutachter können dabei Endanwender, Domänenexperten, Software-Entwickler oder Usability-Ingenieure sein. Dieser Ansatz baut auf die Fähigkeit der Gutachter, Probleme der Endanwender vorherzusagen.

Usability Test ist der Name für ein Vorgehen, währenddessen überprüft wird, ob die festgelegten Usability-Ziele erreicht worden sind. „Test“ ist dabei ein generischer Name für eine Vielzahl verschiedener Methoden, die dabei zum Einsatz kommen können. Sie reichen von einfachen Fragebogenerhebungen bis hin zu aufwendigen Laboruntersuchungen.

Unter **Online Evaluation** versteht man eine Reihe von Methoden, die dazu dienen, durch das Medium Internet Daten über Nutzer bezüglich bestimmter Merkmale und Merkmalskombinationen zu erheben. Dabei kann die Erhebung über unterschiedliche Internet-Kanäle erfolgen: E-Mail, WWW

oder über Diskussionsforen. In der Mehrzahl der Untersuchungen kommen so genannte Online-Fragebogen zum Einsatz.

Usability Engineering definiert eine Reihe von Methoden, deren Ziel es ist, wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst praxisnah in den Design- und Entwicklungsprozess zu integrieren. Dabei folgt der gesamte Entwicklungsprozess der Maxime, Endanwendern ein Produkt mit hoher Benutzungsqualität an die Hand zu geben.

Die Usability Testings und Inspections müssen an den jeweiligen Untersuchungsgegenstand angepasst werden. Während zu Beginn des Usability Engineerings hauptsächlich qualitative Verfahren zum Einsatz kommen, um den Untersuchungsgegenstand verstehen zu lernen, wird dieser Methodenkanon zum Abschluss durch Online-Evaluation begleitet. So lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse an einer größeren Stichprobe validieren.

Wirkfaktoren im interdisziplinären Feld Usability

Das Internet ist ein Medium, das Eigenleben und eigene Sprachformen entwickelt hat. Emoticons⁴ und Icons⁵ sind schöne Beispiele dafür. Das Internet hat sich zum Spiegel unserer Seele entwickelt. Als Usability Engineer muss man die seelischen Wirkmechanismen bei der Rezeption einer Website entdecken, dies ist das Ziel qualitativ orientierter Usability Testings. Doch damit bewegt sich die Usability weg von den Wurzeln der reinen Benutzungsqualität; Anmutungs- und ästhetische Qualität sind ebenso wichtige Wirkfaktoren. Aber gerade an dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise mangelt es derzeit noch. Zu sehr liegt der Fokus dessen, was ForscherInnen unter dem Begriff Usability verstehen, noch einzig auf der Benutzungsqualität. Doch das, was im Internet wirkt, ist mehr: Zusammenhang und Verflechtung der textlich-visuellen Wahrnehmung machen das neue Medium aus.

Die Passung verschiedener Faktoren der Wirkungs- und Benutzungsqualität (Usability) zwischen NutzerInnen und Website ist der eigentliche Gegenstandsbereich. Darunter fallen Faktoren wie das verwendete Bezeichnungssystem, Farb- und Formgebung, Sprachfärbung, Attraktivität des Service-, Informations- und Interaktionsangebotes sowie intuitive Bedienbarkeit, Unterhaltungswert etc.

Durch Einsatz qualitativer psychologischer Verfahren wie dem Tiefeninterview wird man dieser Einmaligkeit individueller, interaktiver Wirkungswelten des Internet und seiner sich ändernden Zielgruppen gerecht. Ein weiterer Vorteil dieser Tiefeninterviews ist, dass sie auch die unbewussten Aspekte der Human-Computer-Interaction (HCI) berücksichtigen und somit zum ganzheitlichen Verständnis der HCI beitragen.

Gegenstandsangemessenes Usability Engineering ist von Eklektizismus und Ganzheitlichkeit geprägt. Möchte man die Gesetze bei der visuellen Rezeption besser verstehen,

3 ARMIN EICHINGER, Usability <http://pcptpp030.psychologie.uni-regensburg.de/student2001/Skripten/Zimmer/u-tests.html>

4 Emoticons wie z.B. J oder L sind Interpunktionskombinationen, die Bestimmlichkeiten und Verfassungen der User ausdrücken sollen (Anm. d. Red.).

5 Icons sind grafische Vereinfachungen (Symbolsprache) im Bereich des Screen- und Interfacedesigns (Anm. d. Red.).

liefert die Wahrnehmungspsychologie, insbesondere die Gestaltpsychologie, wichtige Erkenntnisse (CHRISTIAN VON EHRENFELS, MAX WERTHEIMER, KURT KOFFKA, WOLFGANG KÖHLER, KURT GOLDSTEIN, KURT LEWIN). Was die Gesta-gesetze im Kern ausmacht, ist die Erkenntnis, dass das Gesamte mehr als die Summe seiner Teile ist und dass Wahrnehmung ganzheitlich funktioniert. Kognitionspsychologie und Denkpsychologie liefern wiederum Erkenntnisse darüber, wie Wissen am besten zu strukturieren ist und wie sich Wissen vermittelt. Gerade die Theorien zu semantischen Netzwerken haben zum Verständnis darüber beigetragen, wie Wissensvermittlung funktioniert.

Konkrete Modelle zum Ablauf des Problemlösevorgangs findet man ebenfalls in der Kognitionspsychologie (Hussy, 1984; ATKINSON & SHIFFRIN, 1968 etc.). Das Tiefeninterview selbst entstammt der Psychoanalyse und verwandten tiefenpsychologischen Richtungen wie der Morphologie. Aber auch die Theorie und Praxis der Gesprächsführung und der Gesprächspsychotherapie liefern wichtige Erkenntnisse darüber, wie man Interviews im Rahmen von Usability Testings durchführt. Im Kern macht dieser Eklektizismus ganzheitliche Usability aus. Betrachtet man die Begriffsbildung dieser neuen interdisziplinären Forschungsrichtung, wird schnell deutlich, dass der Gegenstandsbereich in seiner Komplexität die Grenzen der reinen Benutzungstauglichkeitsbetrachtung überschreitet. Spaltet sich die Usability in Einzeldisziplinen auf, oder tritt ein neuer Begriff wie „Online-Wirkungsforschung“ die Nachfolge an?

Qualitative Verfahren im Medium der Kompromisse

Trotz der geschilderten, durchaus begrüßenswerten Gesamtentwicklung, die die User mit ihren Wünschen stärker berücksichtigen möchte, kommt es immer wieder vor, dass für sie das Internet zum Dschungel wird, in dem sie sich verlieren. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass die unternehmerischen Ziele der verschiedenen Website-BetreiberInnen nicht in Einklang gebracht werden mit den Wünschen potenzieller NutzerInnengruppen (oder der Erfolg der vermeintlich profitablen Website scheitert schon an der nur impliziten Zielsetzung des Betreibers). Ihre Renaissance im Medium Internet verdankt die Usability dem Umstand, dass NutzerInnen Websites umgehend verlassen, wenn sie nicht abschätzen können, wohin die virtuelle Reise geht. Was das Medium Internet auszeichnet, ist die Beeinflussung und Veränderung der Rezeption durch die NutzerInnen. Diese kontextabhängigen Veränderungen der Rezeption nennt man in der Fachsprache „nicht-linear“ (im Gegensatz dazu gelten Bücher und das Fernsehen als lineare Medien mit klar vorgegebenem Rezeptionsverlauf). Aus diesem Grund ist die Interaktion ein entscheidender Bestandteil des Mediums Internet, und die Navigation rückt ins Zentrum der Untersuchung.

Die Aufgabe der Usability-ExpertInnen in diesem Spannungsfeld besteht nun darin, Zielsetzungen auf Seiten der NutzerInnen und BetreiberInnen aufzudecken, bewusste wie unbewusste, und diese mit der jeweiligen Lösung abzugleichen. Die Verschiedenartigkeit an Zielsetzungen unterschiedlicher BetreiberInnen zeigt, wie einzigartig eine Website ist und wie idiographisch sie methodisch betrachtet werden muss. Im Entwicklungsprozess, dem Usability Engineering, muss durch klare Handlungsanweisungen ein

Gleichgewicht der verschiedenen Zielsetzungskräfte hergestellt werden. Versteht man Usability Engineering als ganzheitlich und idiographisch (WINDELBAND, 1921), bedeutet dies also, die Fragestellungen des Usability Engineerings an die individuelle Erlebniswelt des Users und die Einzigartigkeit der jeweiligen Website-Lösung anzupassen. Erst durch Einsatz qualitativer Methoden zum Verstehen seelischer Wirkfaktoren bei der Rezeption sind gute Prognosen über NutzerInnenakzeptanz und Erfolg einer Website möglich.

Das Internet ist das Medium der Kompromisse: Zwar lassen sich sehr leicht Daten erheben und auswerten, aber selten lassen sich die Daten eindeutig einem Nutzer/einer Nutzerin zuordnen, und noch seltener werden Grundsätze wissenschaftlicher Methodenlehre bei der Konzeption von Studien beachtet. Von vielen selbstberufenen ForscherInnen wird gern vergessen, dass eine Fragebogenkonstruktion on- wie offline nach methodischen Kriterien erfolgen sollte, wenn valide Ergebnisse erzielt werden sollen.

Gerade die quantitativen Erhebungsverfahren haben durch das Internet an Popularität gewonnen. Statistiken zum NutzerInnenverhalten in Bezug auf das Betriebssystem oder die Monitorauflösung sind leicht verfügbar. Doch was nutzen solche isolierten Erkenntnisse bei der Konzeption einer Website? Wenig, denn damit weiß man noch nicht, welche Informationen eingestellt werden sollen und wie die Website gestaltet werden sollte. Genau an dieser Stelle, wenn es darum geht zu verstehen, was NutzerInnen möchten, empfiehlt sich der Einsatz qualitativer Verfahren.

Jede Website ein Einzelfall?

Websites weisen sehr unterschiedliche inter- wie intraindividuelle Rezeptionsverläufe auf, abhängig von der jeweiligen Zielsetzung des Users. Für die Entwicklung solcher Websites bedeutet dies, dass die fehlende Grundlage fester Interface-Gestaltungsrichtlinien wie etwa bei der Software-Entwicklung (DIN 9241-10ff.) aufgefangen werden muss. Dementsprechend gibt es eine ganze Reihe an Faktoren, die während der Konzeption und Produktion einer Website zu beachten sind. Solche Faktoren werden oftmals zu Regelsystemen vereinfacht (so genannte Heuristiken), die Ableitungen für den konkreten Einzelfall erlauben sollen (so genannte Heurismen). Usability-Heuristiken sind technologische Regeln zur Vereinfachung und Objektivierbarkeit des Evaluationsprozesses der Usability Inspection. Heuristiken sind allgemeine Richtlinien und Empfehlungen, die nicht uneingeschränkt anwendbar sind, sondern deren Gültigkeit im Einzelfall überprüft werden muss.

Häufig wird der Einsatzbereich der Usability-Untersuchung auf die drei Dimensionen Navigation, Content (Inhalt) und Design reduziert. Eine weitere wichtige Komponente ist der „Grad erlebter Interaktivität“, der ebenso wie die Navigation Auswirkungen auf die subjektiv erlebte Autonomie der NutzerInnen hat. Daher ist es wichtig, ihnen das Gefühl zu geben, dass sie alle Mittel zur Bestimmung des Rezeptionsverlaufs besitzen. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies Service- und Hilfsfunktionen bereitzustellen, die Navigation so einfach wie möglich zu halten und den subjektiv erlebten Grad an Interaktivität, zum Beispiel durch Mouseover (grafische Hervorhebung bei der Mouse-Bewegung), zu steigern.

Häufig wird gerade der Navigation als wichtigem Faktor innerhalb der Website-Entwicklung zu wenig Beachtung

geschenkt wird, obwohl die Navigation für die Benutzungsqualität einer Website eine ganz besondere Rolle spielt. Dieses Phänomen wurde sehr treffend als „Lost in Hyper-space“ charakterisiert (DEBORAH M. EDWARDS & LYNDIA HARDMAN, 1988). Jedem Usability-Tester ist dieses Problem schon begegnet: User sitzen regungslos vor ihrem Bildschirm und sind nicht in der Lage, bestimmte Aufgaben auf einer Website zu erledigen. Dieser Verlust der selberlebten Autonomie führt meist zum Verlassen der Website. Das Online-Internetjournal *Fit for net* beschreibt⁶, wie sehr Navigation als typisches Element nicht-linearer Medien Auswirkungen auf die Gesamtwirkung einer Website hat: „Aus der Sicht des Besuchers einer website ist ein Navigationssystem, mit dem er sofort umgehen kann, wesentliche Voraussetzung für seine ‚positive Beziehung‘ zur website und damit zur Marke oder zum Unternehmen (bonding).“

Die Ansprüche von NutzerInnen sind im Übrigen derart vielfältig, dass sie sich meist nicht einfach durch ein Heuristiksystem abdecken lassen. An eine Such-Website werden andere Ansprüche gestellt als an eine News-Seite. Genau aus diesem Grund sind Usability Testings unersetzbar, denn durch die Auswahl der Versuchspersonen wie auch der qualitativen Vorgehensweise wird man der Website als Einzelfall gerecht und bekommt die Gelegenheit, unmittelbar in die Welt der NutzerInnen einzutauchen.

Das loveline-Projekt

Die Website www.loveline.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wendet sich speziell an Jugendliche. Ihr Ziel ist es, Jugendliche über Liebe, Partnerschaft, Sexualität und Verhütung zu informieren. Aufgabe des Usability Engineerings war es nun zu überprüfen, inwieweit die Website Forderungen der Usability berücksichtigt und den Zielsetzungen ebenso wie der Zielgruppe gerecht wird. Daher wurde von der dbc gmbh gemeinsam mit der BZgA ein umfassender Test erarbeitet, der für die erste Untersuchungsphase, die inzwischen abgeschlossen ist, eine Usability Inspection (Expertencheck) vorsah. In der zweiten Phase, die zur Zeit läuft, werden mittels Fragebogen Erkenntnisse über die NutzerInnen der [loveline.de](http://www.loveline.de) gesammelt, um die Website noch stärker auf das Zielpublikum auszurichten und Erkenntnisse über die Zusammensetzung der User hinsichtlich Alter, Schulbildung, Geschlecht und weiterer Faktoren genauer zu bestimmen. Um zur Teilnahme an der Fragebogenuntersuchung zu motivieren und um Verzerrungen und Drop-Outs zu vermeiden, wurde dem Fragebogen ein Verhütungsspiel vorgeschaltet.

Eine weitere Funktion dieses Fragebogens liegt in der Präzisierung der Nutzungsgewohnheiten der Zielgruppe und der Bewertung der Website durch sie. Neben dem Zugang zum loveline-Angebot (technische Aspekte/Referrer) wurden Alternativangebote, angenommene Urheberschaft und Präferenz der NutzerInnen für die Website getestet. In der abschließenden Phase wird die Website einem Usability Testing unterzogen, einer qualitativen Analyse der Benutzungs- und Erlebnisqualität der Site-Lösung aus Sicht der User, um sie, nach einer ersten Überarbeitung, schließlich zu optimieren. Im Rahmen des Usability Testing sollen folgende Aspekte hinterfragt werden:

- Erwartungen an eine „Aufklärungs-Website“
- Relevanz des Themas Liebe, Sexualität und Verhütung für Jugendliche

- Interesse am Thema Liebe, Sexualität und Verhütung
- Wirkungs- und Benutzungsqualität der Website und der einzelnen Rubriken: News, Liebesacht, Liebespiel, FAQ, Gästebuch
- bevorzugte Einstiegsbereiche
- Bewertung des Online-Angebotes von loveline.de und vergleichbarer Alternativangebote
- Analyse der aufbereiteten Informationen auf loveline.de/Zielgruppenadaquanz
- Bekanntheitsgrad der Website und möglicher Alternativangebote etc.

Das Testing selbst wird etwa 90 Minuten dauern. Die Exploration der interessierenden Fragestellungen findet im Einzelinterview statt. Als Erhebungsinstrument dienen halbstrukturierte psychologische Tiefeninterviews in Kombination mit klientInnenzentrierter Gesprächsführung. Das zugrundeliegende Analysekonzept entstammt der Qualitativen Medienpsychologie. Die Testings selbst werden ausschließlich von InterviewerInnen mit akademischer Ausbildung in tiefenpsychologischen/psychotherapeutischen Gesprächsführungs- und Analysetechniken durchgeführt – auch das ist Qualitätssicherung.

Aus der Kombination beider Verfahren, Usability Inspection und Testing, ergibt sich ein umfassendes Optimierungspotenzial, nicht zuletzt weil ExpertInnen und NutzerInnen verschiedene Fehlerquellen unterschiedlich stark fokussieren. Deshalb ist es sinnvoll, einem Usability Testing einen ExpertInnen-Check voranzustellen. Weiterhin sprach die schnelle Umsetzbarkeit und das ökonomische Kosten-Nutzen-Verhältnis für eine Usability Inspection der Website in der ersten Untersuchungsphase.

Da zur Zeit nur die Ergebnisse der Usability Inspection vorliegen, sollen diese in Kürze referiert werden: Im Zentrum standen Seitenaufbau, Konsistenz der Gestaltungsrichtlinien und die Benutzungsqualität des Navigations-Systems. Ziel der Inspection war es, den Zugang zu den einzelnen Informationsbereichen auf Effizienz zu untersuchen.

An der Website fällt die zielgruppengerechte Ansprachestrategie auf, die kaum Tabus kennt und sich damit erfrischend von allzu belehrenden Websites mit erzieherischem Anspruch abhebt. Auf die inhaltlichen Elemente von www.loveline.de, die in der Reihe FORUM bereits ausführlich beschrieben wurden und vor allem hinsichtlich der zweiten und dritten Untersuchungsphasen relevant sind, soll im Kontext der Usability Inspection nicht näher eingegangen werden. An dieser Stelle werden daher vorrangig technisch-formale Probleme und Lösungen dargestellt.

Neben vielen positiven Eindrücken wirkte die Website dennoch etwas unstrukturiert. Die Startseite offenbarte mangelnde Konsistenz. Die verschiedenen Links waren sehr unterschiedlich formatiert, so dass die Orientierung entsprechend schwer fiel. Weitere Hauptschwachpunkte der Internetpräsenz unter [loveline.de](http://www.loveline.de) waren die grafische Umsetzung und die Navigierbarkeit der Website. Letztere war sehr ungewöhnlich und deshalb nicht intuitiv zu erschließen.

Die grafische Gestaltung wies vor allem folgende Mängel auf:

- Fehlende visuelle Trennung der Textinformationen von den Links, allgemein: mangelnde visuelle Priorisierung der verwendeten Einzelelemente;

6 unter <http://www.fitfor.net/trend/websites/webdocs/web942.htm>

- mangelnder Kontrast zwischen Schrift und Hintergrund;
- mangelnde visuelle Trennung unterschiedlicher Funktionsbereiche;
- grafische „Flüchtigkeitsfehler“ (Platzierungsprobleme grafischer Elemente);
- verwirrende Hintergründe und Animationen;
- mangelnde visuelle Gliederung des Content (Inhalt);
- mangelnde Ausnutzung des zur Verfügung stehenden Raumes für den Content.

Hinsichtlich der Navigierbarkeit konnten folgende Fehlerpotenziale ausgemacht werden:

- Unökonomisches räumliches Verhältnis zwischen Content und Navigation;
- fehlende Konsistenz der Navigationslogik und ihrer Elemente;
- fehlende Trennung zwischen thematischer und Service-Navigation;
- einzige Navigationsvariante auf Flash-Basis, Fehlen einer navigierbaren Flash-Alternative;
- die Ausweisung aktivierter Navigationszustände erfolgt nicht intuitiv.⁷

Als Lösung zur Behebung dieser Mängel empfahl dbc die Schaffung und Einhaltung eines durchgängigen Gestaltungsrasters mit festen Seitenqualitäten für Start-, Center- und Contentpage. Die Vereinheitlichung der verwendeten grafischen Elemente und der Links sollte durch einen Styleguide vorangetrieben werden. Ein solcher Styleguide, der zur Dokumentation der verwendeten grafischen Elemente zwingt, schafft Transparenz und Orientierung im Produktionsprozess und fördert die Vereinheitlichung einer Website. Um diese Vereinheitlichung und Nachvollziehbarkeit auch auf Seiten der Programmierung zu gewährleisten, empfiehlt sich die Dokumentation über einen Webguide. Dieser gibt Aufschluss über die verwendeten Technologien, die Sitestruktur und über die Quellcodes.

Über die Ergebnisse der NutzerInnenbefragung, also des Usability Testings in der zweiten und dritten Phase dieser Evaluation, werden wir zu einem späteren Zeitpunkt in FORUM berichten.

Boris Weinrich

Boris Weinrich ist Dipl.-Psychologe und leitet den Bereich Usability Engineering bei der dbc gmbh.

Literatur

- ATKINSON, R. C. & SHIFFRIN, R. M. (1968): *Human memory: a proposed system and its control processes*. In: K. W. SPENCE & J. T. SPENCE (Eds.), *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. New York: Academic Press (Vol. 2, pp. 89–195)
- EDWARDS, DEBORAH M. & HARDMAN, LYNDIA (1988): *Lost in Hyperspace: Cognitive Mapping and Navigation in a Hypertext Environment*. *Hypertext: Theory into Practice*. Ray McAleese, ed. Oxford: Intellect, UK Hypertext, 104–125
- HUSSY, W. (1984): *Denkpsychologie: e. Lehrbuch*. Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer
- KRÄMER, N. C. & BENTE, G. (2002): *Mehr als Usability (Sozial-)psychologische Aspekte bei der Evaluation von anthropomorphen Interface-Agenten*. i-com, LITTLEFORD, A. (1991): *Artificial intelligence and hypermedia*. In: BERK, E. and DEVLIN, J. (Eds.): *Hypertext/Hypermedia Handbook*. Intertext Publications/McGraw-Hill Publishing Co., Inc., New York, 357–378
- SHIFFRIN, R. M.: *Short-term store: The basis for a memory system*. In: F. RESTLE, R. M. SHIFFRIN, N. J. CASTELLAN, H. R. LINDMAN & D. B. PISONI (Eds. 1975): *Cognitive theory* (Vol. 1). HILLSDALE, N. J.: Erlbaum
- SPOOL, JARED (1999): *Web Site Usability: A Designer's Guide*. San Francisco, Kaufmann
- WINDELBAND, WILHELM (1921): *Präludien. Aufsätze und Reden zur Philosophie und ihrer Geschichte*. Band II, 7./8. Auflage Tübingen

⁷ Durch die Trennung in Usability Inspection und Testing konnte die www.loveline.de frühzeitig zu einer thematischen Portalseite mit wechselnden inhaltlichen Themen entwickelt werden. Die Ergebnisse bezüglich der Grafik konnten im laufenden Betreuungsprozess unmittelbar umgesetzt werden. Die Anregungen hinsichtlich der Navigation wurden nach einer konzeptionellen Diskussion allerdings verworfen. Gerade die gewählte Flash-Navigation ohne sichtbare Trennung von thematischer und Service-Navigation hatte sich als inhaltlich wichtig und zielgruppengerecht herausgestellt. (Anm. d. Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung)

Kontakt:

Boris Weinrich
 Hammer Landstraße 89
 41460 Neuss
 Telefon (02131) 6639-242
boris.weinrich@dbc-gmbh.com
usability@web.de

„Mona, Lisa und Herr Hahnentritt“

Eine „KundInnenbefragung“ mit Kindern zu sexualpädagogischen Medien

Während es kaum einen Produktionssektor sowohl in der Güter- als auch in der Dienstleistungsproduktion gibt, in dem nicht regelmäßig KundInnenwünsche und -zufriedenheit erhoben werden, leistet sich die Pädagogik, hier die Sexualpädagogik, bislang wenig Vergleichbares. Entsprechend wenig begründetes Wissen gibt es über die Wirkungen (die so genannten „Outcomes“) der eigenen Praxis, zum Beispiel in Gestalt ihrer Methoden und Medien.

Hierfür lassen sich vor allem zwei Gründe finden: Zum einen fehlt es vielerorts an dem Bewusstsein, dass Qualitätssicherung ein unverzichtbares Moment jeglicher professionellen Praxis ist; zu stark sind die Ängste und Befürchtungen hinsichtlich eines möglichen Missbrauchs von Evaluation sowie das Vorurteil, dass pädagogische Prozesse prinzipiell nicht zu evaluieren seien. Zum anderen fehlt es vielfach an geeigneten Forschungsdesigns und -verfahren, um die Mitarbeit der Beteiligten beziehungsweise der betroffenen AdressatInnen zu sichern. Qualitätssicherung durch AdressatInnenbeteiligung ist aber wichtig, denn die „insider points of view“, also die subjektiven Deutungs- und Handlungsmuster der NutzerInnen, sind durchaus nicht immer kompatibel mit öffentlichen und professionellen Definitionen. Ihre Abgleichung ist als Schritt zur Optimierung pädagogischer Qualität unabdingbar.

Qualität als partizipativer Diskurs

Qualität kann nur in einem kommunikativen Prozess mit den Beteiligten entwickelt werden. Das meint einen offenen Klärungsprozess mit den NutzerInnen beziehungsweise „KundInnen“, ob die pädagogischen Produkte auch ihren Bedürfnissen entsprechen und die beabsichtigte Wirkung erzielen. Vor allem die Beteiligung von Kindern ist hier noch die Ausnahme. Sie wird häufig mit dem Hinweis auf besondere forschungstechnische Probleme zurückgestellt: Die begrenzten Möglichkeiten im sprachlichen Ausdruck und die Schwierigkeit, kindliche Aussagen richtig zu interpretieren, werden als Begründung hierfür ebenso hervorgehoben wie die Schwierigkeit, Erhebungsmaterial, Situationen oder Kommunikationsstrukturen kindgerecht zu gestalten (vgl. PETERMANN/WINDMANN 1993). Und so werden zumeist, wenn überhaupt, Erwachsene als anwaltschaftliche VertreterInnen befragt, die „im Interesse der Kinder“ sprechen.

Zugänge und Artikulationschancen für Kinder öffnen

Die bereits in der Reformpädagogik formulierte und seit den neunziger Jahren erneut auflebende Forderung, Kinder als InformantInnen über ihre eigenen Lernprozesse ernst zu

nehmen, sie zu verstehen und ihnen in ihrem Denken zu begegnen (vgl. VALTIN 1991), geht mit einem neuen Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Kompetenz von Kindern in den Sozial- und Erziehungswissenschaften einher. Kinder und Jugendliche in den Prozess der Qualitätssicherung einzubeziehen, erfordert eine Offenheit für ihre Sinn- und Regelsysteme, die in möglichst „natürlichen“ Situationen mit interpretativen Mitteln erschlossen werden können.

Denn die Perspektiven von Kindern und Erwachsenen unterscheiden sich, die Denk- und Verhaltensformen der Kinder sind den Erwachsenen häufig fremd. Das liegt unter anderem daran, dass sich die Äußerungen der Kinder meist auf ihren konkreten Lebenszusammenhang beziehen. Sie können früher in Handlungen ausdrücken was sie sehen, hören und in der Umwelt wahrnehmen als sie es verbalisieren oder gar reflektieren und interpretieren können. Damit liegt eine Entscheidung für Beteiligungsmethoden nahe, die handelnde Äußerungsformen der Kinder ermöglichen (wie zum Beispiel Spielen, Malen, Bewegen) und die Verbalisierungsanreize bieten, selber frei zu formulieren. Sie haben sich in Verbindung mit qualitativen Verfahren wie der offenen, inhaltsanalytischen Interpretation von sprachlichem Material bewährt – ohne dass eine überhebliche Erwachsenenperspektive eingenommen würde (vgl. HEINZEL 1997).

Wenn Kinder echtes Interesse an den Fakten ihres Alltagslebens spüren, wenn sie keine Angst vor „falschen“ Antworten haben, wenn sie sich nicht wie in einer Schul- oder Prüfungssituation fühlen, nutzen sie die Gelegenheit ausgiebig, ihre Sicht vom Leben, ihre Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und Probleme zu artikulieren (vgl. ebd., S. 406). Diese Erfahrungen legen nahe, Kinder nicht nur als „Werdende“, noch nicht vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu sehen, sondern als „aktiv realitätsverarbeitende Subjekte“ (HURRELMANN 2001, S. 65), als kompetente Akteure, die ihre Wirklichkeit durch Interaktionen gestalten können. Diese Grundhaltung ist eine Voraussetzung für eine kindorientierte Beteiligung an Qualitätssicherungsprozessen.

Medien für Kinder sollten auch von Kindern getestet werden

Der wachsende Respekt vor den Kompetenzen von Kindern in den Sozial- und Erziehungswissenschaften in Verbindung mit einer zunehmenden Demokratisierung pädagogischer Prozesse durch Partizipation beeinflusst auch die Gestaltung von Qualitätsdiskursen: „Betroffenen-“ beziehungsweise „NutzerInnenbeteiligung“ wird selbstverständlicher.

Entsprechend erteilte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Auftrag, zwei neue Medien, die für die Sexuaufklärung von Mädchen insbesondere im Grundschulalter entwickelt wurden, in einem Pretest dem

Urteil der Adressatinnen zu überlassen. Dabei handelt es sich zum einen um die Broschüre „Mona, Lisa und Herr Hahnentritt“, die den Charakter eines Lesebuchs hat, sowie um „Das kleine Körper-ABC“. Die Broschüren enthalten Informationen zur körperlichen Entwicklung, Fragen zum Monatszyklus, zu Schwangerschaft und Geburt etc. Ziel der Broschüren ist die Stärkung des Selbstbewusstseins der Mädchen und die Vorbereitung auf die Pubertät.

Die pädagogische Qualität der Medien sollte anhand folgender Fragestellungen überprüft werden:

- Werden die Intentionen der Texte deutlich, und sind sie in ihrer Ausführung adäquat und stimmig?
- Ist die Sprache angemessen im Hinblick auf die Rezeptionskompetenzen der Zielgruppe?
- Sind Umfang und Inhalte der einzelnen Kapitel angemessen?
- Gibt es überflüssige beziehungsweise fehlende sexualpädagogische Themen vor dem Hintergrund der Aufnahmekapazität der Mädchen?
- Sind die Gestaltungslinien der Broschüren (Illustrationen, Format etc.) angemessen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden Prototypen der Hefte von einer Zielgruppenstichprobe (36 Mädchen im Alter von 8 bis 12 Jahren) beurteilt und, um die kinderspezifische Sichtweise herausarbeiten und sichern zu können, zusätzlich zum Vergleich einer Gruppe von 25 sexualpädagogischen Fachkräften und sonstigen MultiplikatorInnen, die mit Kindern dieser Altersgruppe pädagogisch arbeiten.

Der Zugang zu Kindern erfolgt am einfachsten über ihre Schulen. Dies hat den Vorteil, dass viele Kinder erreicht werden können, ein Nachteil kann – wie bereits angesprochen – darin bestehen, dass die Beteiligungssituation mit der Institution Schule und ihren Prinzipien verbunden wird. Aber auch Schneeballverfahren oder Aufrufe in Freizeiteinrichtungen sind möglich. Bei diesen Zugängen werden allerdings zumeist nur Kinder einer bestimmten Sozial- bzw. Bildungsschicht erreicht. Beide Zugänge wurden zur Rekrutierung der Stichprobe eingesetzt: 11 Schülerinnen stammen aus einer 4. Grundschulklasse, 13 Schülerinnen aus einer sechsten Klasse einer Realschule, 12 Mädchen besuchten einen Hort. Zusätzlich nahmen 30 Mitschüler an dem Pretest teil, deren Äußerungen, wenn sie interessante Gegenüberstellungen ermöglichten, zum Vergleich beziehungsweise zur Verdeutlichung der Mädchenaussagen berücksichtigt wurden.

Kindorientierte Erhebungsmethoden

Manche Themen (wie Verlieben und Sexualität) besprechen Kinder lieber mit Gleichaltrigen als mit Erwachsenen und beantworten Fragen dazu nur ungern (vgl. HEINZEL 1997, S. 409). Es musste daher zusätzlich zu einer kindorientierten Beteiligungsform ein geschützter Rahmen geschaffen werden, in dem die Kinder sich auch trauen, ihre eigenen Vorstellungen und Bedürfnisse zu äußern. Dies galt in besonderem Maße für die Erhebungssituation Schule, da die Kinder es gewohnt sind, dass ihre Beiträge hier in „richtig“ oder „falsch“ kategorisiert werden.

Aus diesem Grund wurde die NutzerInnenbefragung eingeleitet mit einer gruppenspezifischen Übung aus dem Mediationstraining, mit dem so genannten „Welcome Diversity“ (vgl. FALLER/KERNTKE/WACKMANN 1996, S. 29).

Diese Übung lässt sich für verschiedene Einsatzbereiche abwandeln, bringt Bewegung in die Kindergruppe und ermöglicht, wie der Name bereits andeutet, Verbindendes, aber auch Unterscheidendes zu entdecken. Mit ihrer Hilfe lässt sich eine Grundhaltung anbahnen, die von Rücksichtnahme, Akzeptanz und Toleranz geprägt ist, und die ermöglicht, Gruppenzwang und Ausgeschlossenheit zu thematisieren. Mit Hilfe der Übung konnte auch der Kenntnisstand der SchülerInnen umrissen werden, das heißt es wurde deutlich, welche Begriffe aus dem Lexikon „Das kleine Körper-ABC“ den SchülerInnen bereits vertraut waren.

Eifersucht, Flirt, Pubertät, Stimmbruch, Geschlechtsorgane – diese grundlegenden Begriffe zur körperlichen Entwicklung waren den meisten Grundschulkindern bekannt. Da die Kinder aber auch Gelegenheit hatten, selber alle sie interessierenden Fragen zu stellen, wurde auch der weitergehende Wissensbedarf erkennbar. Nachdem ein Mädchen recht harmlos anfangen wollte, wer schon einmal geküsst hätte, war das Eis gebrochen. Die SchülerInnen fragten nach Verhütung, Samenerguss, Diaphragma, erogenen Zonen oder auch danach, was „blasen“ bedeutet. Die älteren Mädchen aus der sechsten Klasse fragten überwiegend nach Begriffen, die nicht im Lexikon vorkamen und sich auf so genannte Problembereiche der Sexualität beziehen: Perversion, Exhibitionismus, Impotenz, Frigidität, Misshandlung, Nötigung.

Für die Lehrkräfte war die Übung „Welcome Diversity“ mit den anschließenden freien Fragen der SchülerInnen eine Herausforderung, da durch die hier entstandene offene Gesprächsatmosphäre ungewohnte Fragen für den Rahmen der Schule gestellt wurden. Von daher kann man davon ausgehen, dass die SchülerInnen zumindest ansatzweise nach jenen Begriffen gefragt haben, die sie auch interessieren. Deutlich wurde in jedem Fall, dass das Anspruchsniveau des Lexikons für Grundschulrinnen angemessen ist; es enthält zahlreiche Begriffe, die sie schon kennen, aber auch eine Reihe von Themen, über die sie mehr erfahren wollten. Für ältere Mädchen (11- und 12-jährige) bietet es erwartungsgemäß nicht alles, was sie wissen möchten. Alle Mädchen beurteilten diese Broschüre mit „super“ oder „gut“.

Schreiben ist manchmal leichter als reden

Mit der Geschichte im Aufklärungsbüchlein „Mona, Lisa und Herr Hahnentritt“ sollten sich die SchülerInnen in schriftlicher Form auseinandersetzen. Schreiben provoziert zu komplexeren Äußerungen als dies das spontane mündliche Gespräch vermag. Ansonsten eher zurückhaltende, „sprachlose“ Kinder trauen sich zudem eher, sich zu äußern. Darüber hinaus können die Kinder zum Beispiel durch die Bilder eine zusätzliche Unterstützung erhalten, um ihre Version der Geschichte erzählend zu artikulieren und im Text Ausgespartes, für sie selbst aber unter Umständen Wesentliches, wiederzugeben. Auf diese Weise lassen sich die Verständnissvoraussetzungen, die emotionale Identifikation und die tatsächlichen Rezeptionsleistungen der Kinder qualitativ nachvollziehen, die allein in einem Gespräch oder einer Befragung nicht zu erfassen wären.

Jeweils zwei Kapitel der Broschüre wurden zusammengefasst und mit Hilfe von Fragen erarbeitet. Die Fragen auf den Arbeitsblättern waren weitgehend offen gehalten, damit die SchülerInnen zu den verschiedenen Auswertungskomplexen (Hauptpersonen, Handlungsstrang der Geschichte,

Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung, neue, interessante Informationen und unbeantwortete Fragen) das aufschreiben konnten, was ihnen wichtig war beziehungsweise an was aus der Geschichte sie sich vorrangig erinnern.

Die Rückmeldungen zeigen deutlich, dass ein kleines Lesebuch wie das vorliegende ein geeignetes Medium für die Sexualaufklärung von Mädchen darstellt. Die Mädchen haben den recht umfangreichen Text sehr viel gründlicher gelesen als die Jungen der Vergleichsgruppe, und sie orientieren sich auch in erster Linie an der Textvorlage, weniger an den Illustrationen. Aus diesem Grund waren gerade die jüngeren Mädchen zum Teil desorientiert über die Rahmenfrage „Was war zuerst da – Huhn oder Ei?“ – die älteren konnten sie deutlich besser „übersetzen“ als Frage nach der Entstehung des Lebens.

Bei einem Lesemedium für Mädchen dieser Altersgruppe muss offensichtlich ganz besonders darauf geachtet werden, dass der Inhalt des Textes schlüssig und zielführend ist – Schnörkel oder Abschweifung führen bei den jüngeren Mädchen mit weniger Leseerfahrung eher dazu, dass sie den roten Faden in den Erzählsträngen verlieren, da sie sich sehr intensiv auf die Geschichte einlassen.

Jungen lesen anders

Die Jungen nehmen dagegen anscheinend nur das auf, was in ihrem Interesse liegt – sie lassen alles andere einfach außer Acht. Sie ziehen aus dem Medium selektiv nur jene Informationen, die in ihr bereits bestehendes Konzept passen. Dazu orientieren sie sich gegebenenfalls einfach an den Bildern und interpretieren sie in ihrem Sinne, selbst wenn der Text anderes aussagt. So sahen sie bei den Zukunftswünschen der beiden Protagonistinnen einfach über den Text hinweg und ignorierten deren Wunsch, Computerspezialistin beziehungsweise Pilotin zu werden. Stattdessen interpretierten sie die Illustrationen im Sinne der traditionellen Geschlechterstereotype und sahen Mona im Büro arbeiten und Lisa eine Geschichte über ein Flugzeug lesen.

Erstaunlich ist, dass trotz der negativen Rolle, die der Protagonist (Florian) in der Geschichte einnimmt, auch die Jungen die Broschüre durchaus mit Interesse aufgenommen haben, wobei sie vielfach Mitleid mit ihm formulierten – und zwar sowohl, was den Zwang zum Tragen einer „scheußlichen“ Jacke anbetrifft, als auch im Hinblick auf Hänseleien von Mona, Lisa und den anderen Jungen. Die Jungen sehen ihn als einen ruhigen, verträumten Typ, der den anderen sicherlich noch zeigen wird, „was er drauf hat“ – und damit finden sie unter Umständen in ihm doch eine geeignete Identifikationsfigur.

Auch wenn die Broschüren, wie auch die MultiplikatorInnen-Befragung (s.u.) ergeben hat, an der ein oder anderen Stelle durchaus verbesserungsbedürftig sind, hat der Pretest deutlich gezeigt, dass in der Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen ein sehr großer Bedarf an Aufklärungsmedien dieser Art besteht. Nicht alle Kinder erhalten von ihren Eltern eines oder mehrere der mittlerweile zahlreichen und auch qualitativ guten, auf dem kommerziellen Büchermarkt zu erwerbenden Aufklärungsbücher für Kinder.

Insbesondere die befragten Jungen gaben an, dass sie bei wichtigen Fragen auf Bücher zurückgreifen würden – wobei das hier getestete Material offensichtlich nicht die für ihre

Bedürfnisse optimalen Eigenschaften hat – sonst hätten sie es sicherlich gründlicher rezipiert. Es erschien ihnen andererseits immerhin so interessant, dass sie es trotz der unverkennbaren Mädchenperspektive nicht in einem einzigen Fall abgelehnt oder zurückgewiesen hatten.

Von den Inhalten her hat sich die Broschüre wie intendiert besonders für Grundschülerinnen als geeignet erwiesen: ihre Themen werden deutlich angesprochen. Allerdings stellte sich heraus, dass der inhaltliche Aspekt um Zeugung, Schwangerschaft und Geburt noch prägnanter und ausführlicher hätte erarbeitet werden müssen – hier blieben für die Mädchen viele Fragen offen. Auch die Sechstklässlerinnen haben die beiden Broschüren mit großem Interesse aufgenommen und bearbeitet. Sie nutzten die Medien allerdings als Anlass für eine Vielzahl von Fragen, die sich um konkretes sexuelles Handeln, Gefühle, Verhütung etc. drehen.

Der Hinweis, dass der erste Geschlechtsverkehr, je nach Beschaffenheit des Jungfernhäutchens, schmerzhaft sein kann, hat vor allem die jüngeren Leserinnen – aber auch einige Leser – zu beunruhigten Äußerungen veranlasst. Hier zeigte sich, dass andere Formulierungen oder weitere Erläuterungen nötig sind, damit dieses Ereignis nicht wie ein „Damoklesschwert“ über den Mädchen schwebt.

Medien ersetzen keine Gespräche

Das Schaffen einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre in den Schulklassen ist mit Hilfe dieser Medien gelungen. Sie wurden als Anlass und Ausgangspunkt genutzt, um zahlreiche weiterführende Fragen zu stellen, die nicht unmittelbar geklärt wurden – und letztendlich durch Broschüren auch gar nicht alle geklärt werden können. Die Kinder haben einen großen Gesprächsbedarf zum Thema Sexualität und erleben offensichtlich immer noch viele Erwachsene, denen das Thema peinlich ist, die „um den heißen Brei herum reden“ oder sich gar unwissend stellen. Da dies so ist, sind Broschüren dieser Art dringend erforderlich.

Solange sich Erwachsene – und das hat sich hier abgezeichnet – nach wie vor der Verantwortung entziehen, Kindern auch im Bereich des Sexuellen eine orientierungsgebende Erziehung anzubieten, werden diese Informationen anderswo gesucht. Und Internet und Videos, welche von einigen Kindern als geeignete Informationsquelle gesehen wurden, kann (und darf) diese Aufgabe nicht überlassen werden. Die zum Teil schon sehr konkreten Fragen der Sechstklässler zu außergewöhnlichen Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität („sich mit Peitschen schlagen“) beziehungsweise vorhandene Erfahrungen mit gewalthaltigem sexuellen Handeln zeigen, dass die heutigen Kinder einen drängenden Orientierungsbedarf haben. Sie wissen von all diesen Dingen, tauschen sich mangels gesprächsbereiter Erwachsener untereinander aus und entwickeln entsprechende Vorstellungen von Sexualität – lange bevor sie ihre ersten eigenen Erfahrungen sammeln.

An dieser Stelle erfüllen die Broschüren eine wichtige Aufgabe – insbesondere für Kinder, die niemandem zum Reden und Fragen haben. Aber sie ersetzen das Gespräch mit dem Erwachsenen nicht. Sie ermutigen die Kinder sogar, diejenigen, die ihnen die Broschüren an die Hand geben, als Vertrauensperson in die Pflicht zu nehmen. Darauf sollten die Erwachsenen vorbereitet sein: Sie könnten in die Situ-

ation kommen, „schwierige“ Fragen beantworten zu müssen, und von der Art wie sie damit umgehen wird es abhängen, ob die Kinder sie weiter ins Vertrauen ziehen.

ExpertInnen sehen (manches) anders

Auch die befragten MultiplikatorInnen haben sich zum Teil sehr akribisch und vor allem konstruktiv mit den zu beurteilenden Medien auseinander gesetzt. Sie entdeckten eine Reihe von inhaltlichen Widersprüchen zwischen den einzelnen Lexikonartikeln oder zwischen Lexikon und Lesebüchlein, was von den Kindern aufgrund ihres Wissensstandes gar nicht erkannt werden konnte. In puncto Illustrationen sehen die PädagogInnen die Broschüren allerdings mit deutlich anderen Augen als die zukünftigen NutzerInnen: Während die Mädchen große Begeisterung für die so genannten „Wimmelbilder“ zeigten, auf denen es viel zu entdecken gibt, hätten etliche MultiplikatorInnen lieber klare, vereinfachende Abbildungen (möglichst zum Beschriften) gehabt, an denen sich sexuelle Sachverhalte erläutern lassen – ein typisches Beispiel für einen sich aus einer „KundInnenbefragung“ ergebenden Zielkonflikt: Soll das Medium eher an die Sehgewohnheiten heutiger Kinder anknüpfen und damit ein Bilder- und Lesebüchlein für die Hand der Mädchen sein, oder soll es vorrangig als didaktisches Material für die sexualpädagogische Arbeit mit Kindern fungieren? Wenn man es ernst meint mit einer stärkeren Partizipation von Kindern, ist die Antwort einfach.

Andrea Hilgers

Dr. Andrea Hilgers ist Diplom-Pädagogin und Professorin für Erziehungswissenschaft und Kinder- und Jugendhilfe an der Fachhochschule Fulda

Literatur

- FALLER, KURT/KERNKE, WILFRIED/WACKMANN, MARIA (1996): *Konflikte selber lösen. Mediation für Schule und Jugendarbeit*. Verlag an der Ruhr, Mülheim
- HEINZEL, FRIEDERIKE (1997): *Qualitative Interviews mit Kindern*. In: FRIEBERTSHÄUSER, BARBARA/PRENGEL, ANNELORE (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa, Weinheim/München, S. 396–413
- HILGERS, ANDREA (2001): *Pre-Test zu den Mädchenmedien „Mona, Lisa und Herr Hahnentritt“ und „Das kleine Körper-ABC“*. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln (unveröffentlichtes Manuskript)
- HURRELMANN, KLAUS (2001): *Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeitsentwicklung*. Beltz, Weinheim/Basel
- PETERMANN, FRANZ/WINDMANN, SABINE (1993): *Sozialwissenschaftliche Erhebungstechniken bei Kindern*. In: MARKEFKA, MANFRED/NAUK, BERNHARD (Hg.): *Handbuch der Kindheitsforschung*. Luchterhand, Neuwied/Kriftel, S. 125–139
- VALTIN, RENATE (1991): *Mit den Augen der Kinder. Freundschaft, Geheimnisse, Lügen, Streit und Strafe*. Rowohlt, Reinbek

Kontakt:

Andrea.Hilgers@sw.fh-fulda.de

Evaluation der Eltern-Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“

Ziele der Broschüre

Die Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“ der BZgA wendet sich an eine Zielgruppe von Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 3 und 4 bis 6 Jahren. Sie ist – bezogen auf die jeweiligen Altersgruppen – in zwei Teilbroschüren gegliedert. Sie schildert Phänomene der psychosexuellen Entwicklung und behandelt Fragen und Probleme, die im erzieherischen Umgang für Eltern auftreten können. Die Broschüre folgt in ihrem Aufbau und ihrer inhaltlichen Gliederung der Altersentwicklung in Abschnitten der einzelnen Lebensjahre. Sie greift dabei beispielhaft die in den jeweiligen Altersphasen typischerweise auftretenden Äußerungsformen kindlicher Sexualität und körperbezogener Neugier auf.

„Körper, Liebe, Doktorspiele“ will Eltern helfen, das Thema „Sexualität“ angemessen aufzugreifen, um die Entwicklung eines positiven Körpergefühls der Kinder und eines positiven Bezugs zur eigenen Geschlechtlichkeit (Geschlechtsidentität) zu sichern und zu fördern.

Die Broschüre möchte einerseits ermutigen, erzieherisch offen und unbefangen mit kindlicher Sexualität umzugehen und Raum im Umgang mit Körperlichkeit und kindlicher Neugier zu öffnen. Sie möchte jedoch gleichzeitig Eltern für die Grenzen sensibilisieren, die Kinder im Umgang mit Körperlichkeit zeigen. Sie möchte Eltern dabei auch anregen, über Schamgrenzen und Schwierigkeiten im Umgang mit Sexualität und Körperkontakt nachzudenken, eigene Einstellungen und die eigenen Grenzen der Einlassung auf kindliche Neugier in dieser Hinsicht zu erkennen und zu reflektieren. Damit werden die Fähigkeiten und gegebenenfalls Barrieren der Eltern berührt, die durch die eigene sexuelle Entwicklung und Erziehung gegeben sind.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Broschüre von Eltern und ErzieherInnen als sinnvolle und hilfreiche Unterstützung für den konkreten Umgang mit Problemsituationen erkannt und angenommen werden kann. Die Frage stellt sich im Sinne eines komplexen seelischen Wirkungszusammenhangs, der neben kognitiven Aspekten auch affektive, emotionale und motivationale seelische Aspekte berührt.

Fragestellung der Evaluation

Das zentrale Anliegen einer evaluativen Untersuchung ist es zu erfassen, ob und inwieweit die inhaltliche und formale Gestaltung der Broschüre zum intendierten Ziel führt und dabei unerwünschte Nebeneffekte vermieden werden.

Die Fragestellung richtet sich einerseits auf die Inhalte und deren Relevanz in der Zielgruppe (Wird das für die Zielgruppe Richtige kommuniziert?) sowie andererseits auf

die Effizienz im Sinne der sprachlichen Gestaltung und Verständlichkeit sowie der formalen Gestaltung und der Tonalität (Wird das Intendierte in einer für die Zielgruppe angemessenen Sprache und Form kommuniziert?). Allgemein formuliert stellt sich aus evaluatorischer Sicht grundsätzlich die Frage: Wird die Zielgruppe bezüglich der sie bewegenden Themen durch die Broschüre „abgeholt“, adäquat angesprochen, „mitgenommen“ und im Sinne der Zielsetzung positiv bewegt? Das heißt hier: Kann sie dazu beitragen, bestehende, gelernte und gegebenenfalls verfestigte Einstellungen und Handlungsmuster des erzieherischen Umgangs mit Sexualität und Körperlichkeit zu relativieren, schafft sie Freiraum für Handlungsalternativen und ermutigt sie, diese in der Praxis umzusetzen?

Die Frage nach einer relevanten inhaltlichen Auswahl und wirkungsvollen, zielführenden Gestaltung stellt sich schon in der Phase der Konzipierung. Pretestungen können hier einen ersten unterstützenden Hinweis aus der Sicht der Zielgruppe geben. Die Gestaltung eines Entwurfs erzeugt jedoch nicht selten neue Fragen, so zum Beispiel ob die gewählten Inhalte und formalen Gestaltungsmerkmale einer Broschüre in ihrer komplexen Gesamtheit, in ihrer Tonalität und in ihrem Darstellungsstil von der Zielgruppe angenommen werden und die erwarteten positiven Wirkungen erzielen, oder ob sich Verständnisprobleme, Hindernisse und Ablehnungstendenzen zeigen, die die Akzeptanz einschränken, die Wirkung stören oder verhindern.

Die Frage der Akzeptanz stellt sich nicht nur bezogen auf die Endzielgruppe – hier Eltern mit Kindern im relevanten Altersspektrum –, sondern auch bezüglich der Meinungsmultiplikatoren – hier Erzieher und Erzieherinnen –, und zwar im Hinblick auf deren Einschätzung der Eignung der Broschüre und Bereitschaft zur Weitergabe an die Eltern.

Methode der psychologischen Wirkungsanalyse

Die Erhebung komplexer Wirkungszusammenhänge wirft die Frage nach geeigneten Methoden und dem angemessenen forschungstechnischen Vorgehen auf. In methodischer Hinsicht folgt die Untersuchung der Zielgruppe einem psychologisch fundierten wirkungsanalytischen Ansatz. Die Wirkung von Kommunikation wird dabei als komplexes gesamtseelisches Geschehen in dem Rezipienten/der Rezipientin aufgefasst. Die Methode will nicht nur äußeres Verhalten erfassen und Meinungen erheben. Sie setzt an der „inneren Bühne“ der LeserInnen und der in ihnen ausgelösten Dynamik an und möchte ermitteln, ob und inwieweit die RezipientInnen die Broschüre für sich subjektiv als sinnvoll aufnehmen und verarbeiten und als hilfreich annehmen können. Sie stellt nicht nur auf die Ermittlung der kognitiven Informationsübermittlung ab, sondern auch auf

die affektiven, emotionalen und motivationalen Wirkungsaspekte. Die Wirkung ganzheitlich zu erfassen, erfordert forschungsmethodisch sowohl die Erhebung molarer Stellungnahmen – also die Erhebung von ganzheitlichen Eindrucksqualitäten, Anmutungen und primär ausgelösten Gefühlen – als auch die differenzierte Beurteilung einzelner Gestaltungsaspekte – wie einzelner Abbildungen, Format, Farben, Typografie und Ähnliches mehr. Als Datenfundament erfordert dies eine differenzierte Erfassung der inneren Zugangsbereitschaft und des äußeren Umgangs mit der Broschüre und ihrer einzelnen Beiträge und Kapitel.

Diese theoretische und methodische Konzeption einer psychologisch wirkungsanalytischen Evaluation kann erhebungstechnisch sowohl rein qualitativ als auch quantifizierend umgesetzt werden. Die Quantifizierung erfordert ein differenziertes Erhebungsinstrument und eine einfühlsame Gesprächsführung.

Erhebungsinstrument

Bei dieser Evaluation wurde ein quantifizierender Ansatz angestrebt. Als Erhebungsinstrument wurde ein themengeleiteter, aber befragtenzentrierter Fragebogen entwickelt. Die Datenerhebung erfolgte anhand von persönlichen Interviewgesprächen in der häuslichen Umgebung der Befragten. Dies erschien angezeigt, weil hier ein ruhiger und einlassungsfördernder Rahmen für eine Befragung am ehesten gegeben erschien. Sie war als Feldstudie mit zwei persönlichen Interviewgesprächen angelegt. Die Befragung wurde durch psychologisch geschulte InterviewerInnen durchgeführt.

Der Fragebogen besteht überwiegend aus offenen Fragen; er enthält auch geschlossene Fragen zu einfacheren Sachverhalten sowie verbalisierte und nicht verbalisierte Rating-Skalen zur Messung ausgewählter Merkmale – wie Interessantheit, Neuigkeitsgrad, Hilfestellung der einzelnen Kapitel.

Dem wirkungsanalytischen Ansatz gemäß soll der Fragebogen dem/der Befragten so viel wie möglich Gelegenheit geben, sich offen zu äußern und zu den anstehenden Themen, Inhalten und Darstellungsformen Stellung zu nehmen. Er/sie soll dabei, einem persönlichen inneren Bezugsrahmen folgend, darlegen können, wie die Broschüre erlebt und bewertet wird. Die Formulierung der Fragen und die Gestaltung der Fragenabfolge folgt diesem Ziel. Besonderer Wert wird auf die überlegte und einfühlsame Abfolge von Fragen mit mehr molarem, ganzheitlichem Charakter (zum Beispiel beschreibende Frage nach dem Eindruck von der Broschüre) und Fragen mit mehr detaillistisch molekularem Charakter gelegt (z.B. Sprachstil, Farben, Abbildungen). Die einfühlsame Verlagerung der Schwerpunkte von der Ganzheit zum Detail und umgekehrt im Verlaufe des Interviewgesprächs erleichtert das offene Gespräch. Sie eröffnet dem/der Befragten einerseits die Möglichkeit zum differenzierteren Erfassen und Verstehen der Gesamtwirkung der Broschüre durch die Berücksichtigung der Gestaltungsdetails, andererseits fördert sie das Verständnis und die Bewertung der gestalterischen Einzelelemente in ihrem Bezug zum Ganzen.

Den Gesprächscharakter zu wahren, ist die Leitmaxime des Fragebogens.

Fragebogenaufbau

Der **erste Fragenkomplex** des Fragebogens dient der Ermittlung der Relevanz der anstehenden Thematik in der Zielgruppe. Hierzu wurden Fragen nach dem grundlegenden, basalen Interesse, nach der Einschätzung der Wichtigkeit, nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Informiertheit und der eigenen Problembelastung durch die anstehende Thematik gestellt. Zusätzlich wurden im Rahmen einer offenen Frage Erwartungen der Zielgruppe an eine Broschüre erhoben. Dieser Erhebungsteil erfolgte ohne Vorlage der Broschüre.

Der **zweite Fragenkomplex** bezieht sich auf den ersten ganzheitlichen Eindruck der Broschüre. Die Broschüre wurde den Befragten zu diesem Zweck zum Durchblättern übergeben. Erhoben wurden hier die ersten spontanen Anmutungen in Form offener Fragen, das initial ausgelöste Interesse, die Broschüre lesen zu wollen (Aufforderungscharakter zur Nutzung), der Eindruck vom Titelblatt, die Beurteilung des Formats und des Umfangs der zweiteiligen Broschüre sowie die Auffälligkeit der Zweiteilung nach dem Alter. Beide Teile der Broschüre wurden den Befragten im Anschluss an diesen Befragungsschritt überlassen und ein Termin für den zweiten Interviewbesuch – nach 3 bis 5 Tagen – vereinbart.

Dieser Erhebungsschritt hat zum Ziel, die spontanen ganzheitlichen Anmutungsqualitäten und primären Wirkungen aufgrund der äußeren Gestaltung sowie aufgrund eines ersten Eindrucks von der Aufmachung, Text- und Bildgestaltung und Gliederung zu erfassen. Diese ersten Eindrucksqualitäten erweisen sich als wesentliche Indikatoren, um den Aufforderungscharakter der Broschüre zu beurteilen und die primäre Bereitschaft zu ermitteln, sich mit der Broschüre befassen zu wollen.

Der **dritte Fragenkomplex** bezieht sich auf die Erfassung der Beurteilungen und bewertenden Stellungnahmen zu der Publikation im Rahmen des zweiten Interviewbesuchs.

Erfasst wird hierbei der gesamtheitliche Eindruck der zweiteiligen Broschüre nach dem Lesen, die Interessantheit ihrer Inhalte, gefallende und weniger gefallende Elemente, die Beurteilung des Aufbaus, der Gliederung, der Gestaltung (Fotos, Zeichnungen, Schrifttypographie) und des Umfangs sowie die subjektive Erinnerung an die Lesemenge. Die Meinung zu ausgewählten Merkmalen der Broschüre wurde mithilfe einer Eigenschaftsliste anhand einer Rating-Skala gemessen. Dieser Fragenkomplex erfasst auch die emotional bewertenden Stellungnahmen der Befragten zur Gesamtgestaltung der Broschüre und zu ihren Gestaltungsdetails.

Ein **vierter Fragenkomplex** bezieht sich auf die detaillierte Ermittlung der Lesenutzung (Verhaltensanalyse). Hierzu wird die Broschüre zur Stützung der Erinnerung im Interviewgespräch wieder vorgelegt. Erhoben wird die Lesenutzung pro Kapitel der Broschüre.

Zu jedem gelesenen Kapitel wird eine Beurteilung im Sinne des Gefallens, der hieraus entnommenen Hilfe für die praktische Erziehung und des Neuigkeitsgrades der Inhalte mittels Rating erfasst.

Aus dem vierten Fragenkomplex ergibt sich die Datenbasis für eine detaillierte Analyse der Lesenutzung (Nutzungsprofil). Anhand des Leseverhaltens zeigt sich die konkrete Interessezuwendung zu den einzelnen Kapiteln. Aus dem Nutzungsprofil lassen sich die Schwerpunkte des Interesses der Zielgruppe und ihrer Subpopulationen an einzelnen Kapiteln und Themen erkennen. Schwächen der

formalen Darstellung lassen sich im analytischen Zusammenhang mit den Befunden des dritten Fragenkomplexes erkennen. Weiterhin erlaubt die Analyse Aufschlüsse über die Art der Lesenutzung – etwa im Sinne der Nutzung als Nachschlagewerk oder im Sinne eines kontinuierlichen Leseverlaufs. Sie zeigt damit auch, in welcher Weise die Broschüre von den RezipientInnen im Alltag praktisch genutzt wird.

Ein **fünfter Fragenkomplex** stellt die spezifischen aufklärerischen Ziele der Broschüre in den Mittelpunkt. Ermittelt wurde hier zunächst die Relevanz einzelner Kapitel in einer offenen Frage. Sie erlaubt den Befragten eine persönliche Selektion und Schwerpunktsetzung, je nach individueller Verfassung, in einem „angewärmten“ Stadium des Gesprächs. Weiterhin wurde erfasst, ob der inhaltliche Vertiefungsgrad als angemessen erlebt wird. Zudem wurden spezifische Fragen danach gestellt, ob und inwieweit die Broschüre nach Meinung der Eltern praktische Hilfe bietet für die Förderung der Entwicklung eines positiven Körpergefühls und einer positiven Einstellung ihrer Kinder zum eigenen Geschlecht. Erhoben wurde auch, ob sie Eltern anregt, über eigene Schamgrenzen und Schwierigkeiten im Umgang mit Sexualität und Körperkontakt nachzudenken und ob und inwieweit die Broschüre dazu beiträgt, Eltern für die Intimitätsgrenzen ihrer Kinder zu sensibilisieren. Schließlich wurde erfasst, ob die angesprochenen Themen und ihre Behandlung in dem/der Befragten Peinlichkeitsgefühle auslösen.

Fragen dieser Art beziehen sich auf spezifische Wirkungsdimensionen, die den individuellen subjektiven inneren Raum des jeweiligen Elternteils und den intersubjektiven Rahmen der Beziehung zwischen Mutter beziehungsweise Vater und Kind in der Sexualerziehung betreffen.

Im **sechsten Fragenkomplex** wurde abschließend nach dem weiteren Umgang mit der Broschüre gefragt. Von Interesse war es hierbei zu erfahren, ob die Broschüre Anregung gibt, mit weiteren Personen darüber zu reden und ob die Befragten sie weiterempfehlen würden. Diese Fragen geben Hinweise auf die Intensität und die Nachhaltigkeit der Wirkung der aufgeworfenen Themen und Anregungen.

Der Fragebogen für ErzieherInnen wurde analog gestaltet und auf die Zielgruppe und das Erkenntnisinteresse hin adaptiert. Er kann aus Platzgründen hier nicht im einzelnen dargestellt werden.

Stichprobengestaltung

In die Untersuchung wurden insgesamt 60 Mütter und 30 Väter einbezogen – je zur Hälfte bezogen auf die beiden Altersgruppen der Kinder. Als Erhebungseinheit wurden Mütter oder Väter als Einzelpersonen definiert und befragt – bei Elternpaaren konnten demgemäß entweder die Mutter oder der Vater an der Befragung teilnehmen –, nicht jedoch beide Elternteile. Der Anteil allein erziehender Elternteile wurde auf 10% der Gesamtstichprobe quotiert.

Um die Wirkung und Akzeptanz der Broschüre bei Eltern von Mädchen und Jungen differenziert betrachten zu können, wurden jeweils zur Hälfte Eltern von Mädchen und Eltern von Jungen in die Erhebung aufgenommen. Der Bildungsgrad der Elternteile wurde je zu einem Drittel nach Hauptschul-, Realschul- und Abiturabschluss quotiert.

Die Gewinnung der Stichprobe erfolgte im Rahmen des Quotaverfahrens. Personen, für welche die Thematik der

psychosexuellen Entwicklung ihrer Kinder von geringem grundlegendem Interesse war (Stufe 1–3 der 7-stufigen Rating-Skala; 1 = gering, 7 = hoch), wurden gemäss der Definition der Grundgesamtheit nicht als Zielgruppe der Broschüre aufgefasst und aus der Stichprobe ausgeschlossen.

Die Ziehung der Stichprobe der ErzieherInnen (ExpertInnen und MeinungsmultiplikatorInnen) erfolgte aus dem Adressmaterial relevanter Institutionen der BZgA.

Ergebnisse im Überblick

Die Ergebnisse der Evaluation können im Rahmen des vorliegenden Aufsatzes nur in Auszügen wiedergegeben werden. Zunächst sei auf die grundlegende Relevanz der Thematik in der Zielgruppe eingegangen. Diese wurde vorab als Beschreibung und Basisinformation über die Stichprobe erhoben. Es seien dann die Befunde der spontanen Beurteilung aufgrund der Kurzvorlage und darauf folgend die Ergebnisse der Erhebung auf der Grundlage der eingehenden Lektüre dargestellt. Die Gesamtschau der Ergebnisse erlaubt Rückschlüsse auf die innere und äußere Wirkung und ihre Dauerhaftigkeit.

Relevanz der Thematik in der Zielgruppe

Die Relevanz der Thematik bemisst sich am grundlegenden Interesse der Zielgruppe an der anstehenden Thematik, der Einschätzung ihrer Wichtigkeit, der subjektiven Einschätzung der eigenen Informiertheit und gegebenenfalls an Schwierigkeiten, die im familiären Kontext im Zusammenhang mit Fragen der Sexualität und Körperlichkeit auftreten.

Das grundlegende Interesse, sich über die psychosexuelle Entwicklung im Kleinkind- und Kindesalter und die damit verbundenen Probleme zu informieren, ist mit einem Mittelwert von 5,7 der 7-stufigen Rating-Skala (1 = geringes Interesse, 7 = hohes Interesse) in der Zielgruppe in hohem Maße gegeben. 51% der Befragten bekunden ein sehr hohes beziehungsweise hohes Interesse (Skalenwert 7 und 6 – im folgenden Top-2-Box genannt), sich über die Thematik zu informieren (*Frage 10*):

Frage 10 **Wie groß ist Ihr persönliches Interesse, sich über die psychosexuelle Entwicklung im Kleinkindalter zu informieren?**

7-stufige Skala	MW	TOP-2-BOX (Stufe 6 + 7) %
Mütter	5,9	57
Väter	5,3	40
Hauptschule	5,4	33
Realschule	5,5	47
Abitur	6,1	63
Gesamt	5,7	51

Nur eine Minderheit der Befragten (21%) hält sich bereits für sehr gut beziehungsweise gut informiert (Stufe 7 und 6 der Skala). Mehrheitlich wird eine sachlich informative Aufklärung über das anstehende Thema von den Eltern als sehr wichtig beziehungsweise wichtig eingestuft.

Insgesamt wird das Thema des Umgangs mit der psychosexuellen Entwicklung von Kindern im Kleinkind- und

Kindesalter von der Zielgruppe als hochgradig relevant und wichtig erlebt. Ein deutlicher Bedarf an Informationen über die Thematik wird erkennbar.

Erwartungen an eine Broschüre

Die offene Frage nach den Erwartungen an eine Broschüre zum Thema der psychosexuellen Entwicklung zeigt in inhaltlicher Hinsicht in erster Linie den Wunsch nach konkreten und praktischen Hilfen und Empfehlungen. Erziehungstipps und Informationen zur Entwicklung des Kindes sowie die Veranschaulichung an Beispielen erscheinen den Befragten wünschenswert. Die Praxisnähe erscheint somit als wesentlicher Erwartungsgesichtspunkt. In bezug auf die formale Gestaltung steht der Wunsch nach einer einfachen Sprache und guten Verständlichkeit im Vordergrund der Erwartungen.

Beurteilung der Broschüren aufgrund des ersten Eindrucks

Die Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“ wird von Eltern bereits spontan – nach erstem Durchblättern – sehr positiv erlebt:

Frage 16 Wie finden Sie diese Broschüre? Was ist Ihr erster spontaner Eindruck?		
	positiv	negativ
	%	%
Mütter	88	18
Väter	83	37
Hauptschule	83	27
Realschule	83	20
Abitur	93	27
Gesamt	87	24

(Prozentuierung auf Basis der Personen)

Auf spontanes Gefallen stoßen im Einzelnen die übersichtliche Gliederung sowie die lebendige und ansprechende Farb- und Bildgestaltung. Die Breite der Themen und Ausführlichkeit ihrer Behandlung erzeugt einen positiven Eindruck und lässt hilfreiche und nützliche Informationen erwarten.

Aufgrund des ersten Eindrucks nach Durchblättern löst die Broschüre ein hohes Interesse aus, in ihr zu lesen und sich vertieft mit ihr zu beschäftigen. 64% der Befragten bekunden ein sehr hohes beziehungsweise hohes Interesse (Top-2-Box). Das spontan ausgelöste Leseinteresse übersteigt den Wert des grundlegenden (basalen) Interesses an der Thematik deutlich. Die Broschüre hat demnach einen starken Aufforderungscharakter und aktiviert maßgeblich das Interesse, in ihr zu lesen (Fragen 17, 10):

Frage 17 **Wie groß ist Ihr Interesse, sich mit dieser Broschüre näher zu befassen, sie durchzublättern und in ihr zu lesen?**

7-stufige Skala	MW	TOP-2-BOX (Stufe 6+7)
		%
Mütter	6,0	74
Väter	5,2	46
Hauptschule	5,4	50
Realschule	5,7	67
Abitur	6,2	77
Gesamt	5,7	64

Frage 10 **Wie groß ist Ihr persönliches Interesse, sich über die psychosexuelle Entwicklung im Kleinkindalter zu informieren?**

7-stufige Skala	MW	TOP-2-BOX (Stufe 6+7)
		%
Mütter	5,9	57
Väter	5,3	40
Hauptschule	5,4	33
Realschule	5,5	47
Abitur	6,1	63
Gesamt	5,7	51

In formal-gestalterischer Hinsicht gilt das Format in allen Befragten Gruppen weit mehrheitlich als angemessen:

Frage 20 **Wie gefällt Ihnen das Format der Broschüren?**

	zu klein	genau richtig	etwas groß
	%	%	%
Mütter	5	90	5
Väter	–	100	–
Hauptschule	10	83	7
Realschule	–	97	–
Abitur	–	100	–
Gesamt	3	93	3

Auch der Umfang der Broschüre wird – aufgrund des ersten Eindrucks nach Durchblättern – mehrheitlich als „genau richtig“ angesehen; dies gilt für alle Bildungsgruppen – wenngleich mit höherer Bildung in verstärktem Maße:

Frage 21 **Wie erscheint Ihnen der Umfang der Broschüren?**

	zu kurz	genau richtig	etwas lang	viel zu lang
	%	%	%	%
Mütter	5	87	7	2
Väter	3	67	30	–
Hauptschule	13	73	13	–
Realschule	–	80	20	–
Abitur	–	87	10	3
Gesamt	4	80	14	1

Beurteilung der Broschüre nach dem Lesen

Der positive spontane Eindruck erhält und bestätigt sich nach der Gelegenheit zur ausführlichen Lektüre in der häuslichen Umgebung.

Der Vergleich des spontanen Urteils aufgrund des ersten Durchblätterns (vor Lesen) mit dem Eindruck nach dem Lesen zeigt ein gleichermaßen positives Eindrucksbild:

Frage 16 Wie finden Sie diese Broschüren? Welchen Eindruck haben Sie von ihnen?			
Mehrfachnennungen			
vor dem Lesen	positiv	negativ	
	%	%	
Mütter	88	18	
Väter	83	37	
Hauptschule	83	27	
Realschule	83	20	
Abitur	93	27	
Gesamt	87	24	
Frage 23 Wie finden Sie diese Broschüren? Welchen Eindruck haben Sie von ihnen?			
Mehrfachnennungen			
nach dem Lesen	positiv	negativ	
	%	%	
Mütter	87	28	
Väter	83	37	
Hauptschule	73	40	
Realschule	93	27	
Abitur	90	27	
Gesamt	86	31	
(Prozentuierung auf Basis der Personen)			

In inhaltlicher Hinsicht wird die Broschüre als informativ, relevant und umfassend in der Themenauswahl und -behandlung erlebt. Bezüglich der formalen Gestaltung wirkt sie gut verständlich und klar strukturiert. Dabei wird ihr Umgang mit der Thematik als angenehm offen und unverkrampft erlebt und geschätzt.

Die Broschüre löst die vom ersten Eindruck geweckten hohen positiven Erwartungen ein und findet nach eingehender Beschäftigung eine ganz überwiegend positive Resonanz sowohl im Hinblick auf die Themenauswahl, die Breite der Behandlung, den Darstellungsstil und die Tonalität.

Interessantheit

Die Broschüre wird nach dem Lesen in hohem Maße als „interessant“ beurteilt; mit einem Mittelwert von 5,7 und einer Besetzung der Top-2-Box von 65% findet sich ein deutlich positives Urteil im Hinblick auf die gesamtheitliche Interessantheit ihrer Inhalte.

Der Vergleich der Interessantheit der Inhalte nach Leseerfahrung mit dem spontanen Interessantheitsversprechen aufgrund des ersten Durchblätterns ist in der folgenden Übersicht dargestellt und zeigt, dass die Broschüre die geweckten hohen Erwartungen voll erfüllt:

Frage 17 **Wie groß ist Ihr Interesse, sich mit dieser Broschüre näher zu befassen, sie durchzublättern und in ihr zu lesen?**

7-stufige Skala	MW	TOP-2-BOX (Stufe 6+7) %
Mütter	6,0	74
Väter	5,2	46
Hauptschule	5,4	50
Realschule	5,7	67
Abitur	6,2	77
Gesamt	5,7	64

Frage 22 **Und wie interessant finden Sie die Broschüren jetzt, nachdem Sie sich intensiver mit ihnen beschäftigt haben?**

7-stufige Skala	MW	TOP-2-BOX (Stufe 6+7) %
Mütter	6,0	72
Väter	5,2	50
Hauptschule	5,4	53
Realschule	5,7	57
Abitur	6,2	83
Gesamt	5,7	65

Die Aufteilung der Broschüre in zwei Einheiten nach dem Alter der Kinder und die Altersstrukturierung der einzelnen Kapitel werden im Sinne einer gelungenen Orientierungsmöglichkeit allgemein geschätzt.

Lesenutzung

Das hohe spontane Leseinteresse schlägt sich in einer umfangreichen Lesenutzung nieder. 71% der Eltern haben in beiden Broschürenteilen gelesen und sich somit nicht ausschließlich auf den Broschürenteil beschränkt, der sich auf die Altersgruppe des eigenen Kindes bezieht. Dies deutet auf ein weitergehendes, das Alter und die Entwicklung des eigenen Kindes übergreifendes Interesse hin.

Im Hinblick auf die Lesemenge zeigt sich folgendes Bild: 21% der Befragten geben an, beide Broschürenteile ganz, 37% zumindest zu drei Vierteln und 80% zumindest die Hälfte gelesen zu haben. Diese Werte bedeuten eine hohe Lesenutzung, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass es sich um zwei Hefte handelt, die insgesamt einen erheblichen Textumfang aufweisen und von denen nur eines für den/die jeweiligen Befragten im Hinblick auf das Alter der Kinder relevant ist. Hohe Lesenutzungen zeigen sich dabei auch in Befragten Gruppen mit geringerer formaler Bildung:

Frage 27 **Wenn man beide Broschüren als ein Gesamtes betrachtet – wie viel haben Sie dann insgesamt gelesen?**

	ganz gelesen %	drei Viertel gelesen* %	die Hälfte gelesen* %	ein Viertel gelesen* %	nur durchgeblättert %
Mütter	27	39	79	99	2
Väter	10	33	83	90	10
Hauptschule	17	27	80	100	–
Realschule	23	40	73	90	10
Abitur	23	43	86	96	3
Gesamt	21	37	80	96	4

(*kumulierte Werte)

Ein so geartetes Nutzungsprofil verweist auch darauf, dass die Broschüre nicht als Nachschlagewerk, sondern als Lese-
text genutzt wird und eine hohe Leserbindung auslöst.

Die Erhebung der Nutzung der einzelnen Kapitel wurde unter Vorlage der Broschüre im Interviewgespräch durchgeführt. Dies sollte sicherstellen, dass Erinnerungslücken geschlossen und Verfälschungen vermieden werden. Die Erhebung der kapitelweisen Nutzung dient der Präzisierung und der differenziellen Erfassung des Leseinteresses an den einzelnen Kapiteln. Die Befunde bestätigen die hohe Interessengenerierung und Leserbindung und stellen sich wie folgt dar: Jedes der einzelnen Kapitel wurde im Durchschnitt von 62% der Befragten gelesen. Dies entspricht nach Maßgabe unserer Forschungserfahrung mit Broschüren einer hohen Nutzungsbreite der Gesamtbroschüre und ihrer Kapitel. Deutliche Unterschiede in den Lesepräferenzen zwischen den einzelnen Kapiteln treten dabei nicht auf. Alle Kapitel sprechen somit in hohem Maße an und stoßen auf hohes weit mehrheitliches Interesse.

Die Beurteilung der einzelnen Kapitel mittels einer 7-stufigen Rating-Skala zeigt, dass sie durchgehend in hohem Maße einerseits als hilfreich für den eigenen Erziehungsalltag eingestuft werden und andererseits in erheblichem Umfang neue Informationen für die Befragten enthalten. Der Vertiefungsgrad der Informationen gilt allgemein als gelungen.

Persönliche Stellungnahmen, individuelle Wirkungen und Nutzungsabsichten

Die Broschüre wird von 88% der Eltern als Hilfestellung zur Förderung eines positiven Körpergefühls und von 86% als Hilfestellung zur Förderung der Entwicklung eines positiven Bezugs zur eigenen Geschlechtlichkeit der Kinder empfunden. 89% der Eltern fühlen sich durch die Broschüre auch für die Wahrnehmung und Beachtung der Grenzen der Intimsphäre ihrer Kinder sensibilisiert.

69% der Befragten finden in der Broschüre Inhalte und Betrachtungsweisen, die sie für sich persönlich als besonders wichtig erleben. Als besonders relevant werden dabei Hinweise erlebt, die deutlich machen, dass ein Kind seine Sexualität entdecken und entwickeln muss und Eltern in diesem Zusammenhang angemessen positiv reagieren sollten. Auch der offene Umgang mit dem Thema und die Anregung zur Reflexion eigener Schamgefühle und Grenzen wird als wichtig erachtet. Nahezu 90% der Befragten geben an, dass die Broschüre Eltern für die Grenzen und die Intimsphäre ihrer Kinder sensibilisiert. 77% der Eltern fühlen sich durch

die Broschüre angeregt, über eigene Empfindungen im Zusammenhang mit Sexualität und Körperlichkeit nachzudenken. Die Broschüre wirkt somit auf die Befragten sehr bewegend im Hinblick auf die Reflexion eigener Gewohnheiten und Anschauungen.

Die anregende Wirkung der Broschüre zeigt sich auch darin, dass die Mehrheit der Eltern angibt, mit Dritten über die Broschüre sprechen zu wollen. 86% der Eltern würden die Broschüre zudem an Freunde und Bekannte weiterempfehlen.

Auf die Befunde der Untersuchung bei ErzieherInnen kann hier aus Raumgründen nur kurz eingegangen werden. Insgesamt ist dazu festzustellen: Die sehr positive Beurteilung der Broschüre findet sich auch in der ExpertInnenzielgruppe. ExpertInnen beurteilen die Broschüre in hohem Maße als praxisnah und gut verständlich und sehen in ihr ein wichtiges und gelungenes Mittel, dem aus ihrer Erfahrung defizitären Informationsstand der Eltern mit relevanten Informationen für die praktische Erziehung entgegenzuwirken. Sie gilt nach Einschätzung aus fachlicher Sicht als gut geeignet, Eltern bei einer entwicklungsfördernden Erziehung in sexualpädagogischer Hinsicht zu unterstützen.

Zusammenfassung

Die Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“ erweist sich in allen Indikatoren der Wirkungsanalyse als gelungenes Informationsmittel. In ihrer inhaltlichen Gestaltung greift sie hoch relevante Themen der Elternschaft auf und verarbeitet sie in gut verständlicher Form. In ihrer äußeren Gestaltung hat die Broschüre einen hohen Aufforderungscharakter und generiert ein hohes Leseinteresse. Vom ersten äußeren Eindruck erscheint sie interessant, ansprechend und anziehend. Dieser Eindruck bestätigt sich für die LeserInnen nach der eingehenden Beschäftigung mit ihr. Das Nutzungsprofil zeigt eine weitreichende Lesennutzung sowohl der Broschüre insgesamt als auch aller einzelner Kapitel in beiden Broschürenteilen. Dies verweist auf die hohe Interessebindung, die von ihrem Inhalt, ihrem Darstellungsstil und ihrem Aufbau ausgeht. Insofern wird die Zielgruppe durch die Broschüre in gelungener Weise „abgeholt“ und „mitgenommen“. Die Beurteilungen der Gesamtbroschüre und aller einzelnen Kapitel ist durchgehend hochgradig positiv – insbesondere auch im Hinblick auf das Empfinden, persönliche Anregungen und hilfreiche Unterstützung für den Erziehungsalltag zu erhalten. Dies verweist auf die positiven

Impulse, welche die Broschüre im Sinne der beabsichtigten Zielsetzung individuell bei den LeserInnen auslöst. Auch die deutliche Anregungswirkung zur Reflexion der eigenen Sexualität und Einstellungen zu Körperlichkeit bei den Eltern zeigt, dass die Broschüre dahin gehend wirkt, ein angemessenes und positives Verständnis der Sexualentwicklung anzuregen und zu fördern und aus Unsicherheit resultierende Befangenheiten und übertrieben restriktive Handlungs- und Reponsivitätsmuster im erzieherischen Umgang mit Kindern zu überdenken und gegebenenfalls zu revidieren.

Wilfried Höveler

Wilfried Höveler, Dipl.-Psychologe, Dipl.-Volkswirt und Psychotherapeut, ist Senior Research Manager und Consultant bei IFUMA, Institut für Marktforschung in Köln und ist als Projektleiter der beschriebenen Studie tätig.

Kontakt:

IFUMA, Institut für Marktforschung
Wilfried Höveler
Am Botanischen Garten 57
50735 Köln
Telefon (0221) 767 001
W.Hoeveler@ifuma.de

Evaluation der Broschüre „Wie geht’s – wie steht’s?“

Aufgabenstellung und Methode

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Evaluation der Broschüre „Wie geht’s – wie steht’s?“ – einer Informationsbroschüre der BZgA zur männlichen Sexualität für Jungen und junge Männer, die auch als Arbeitsmittel für SozialpädagogInnen in der sexualpädagogischen Jungenarbeit konzipiert ist.

Die Fragestellung der Untersuchung bezieht sich einerseits auf die Relevanz der Thematik in der Zielgruppe männlicher Jugendlicher und junger Männer und andererseits auf die Akzeptanz und Wirkung der Inhalte und der formalen Gestaltung.

Die Untersuchung war als Home-Use-Test mit zwei Besuchen angelegt. Der erste Interviewbesuch diente der Erfassung der spontanen Stellungnahmen aufgrund des äußeren Eindrucks von der Broschüre, der zweite Besuch der Erhebung detaillierter Stellungnahmen nach der Gelegenheit zum Lesen und zur mehrfältigen Nutzung der Broschüre. In die Untersuchung der Endadressaten wurden 60 männliche Jugendliche und junge Männer jeweils zu einem Drittel im Alter von 14 bis 17 Jahren, 18 bis 21 Jahren und 22 bis 24 Jahren einbezogen. Je zu einem Drittel bestand die Stichprobe aus Hauptschülern, Realschülern und Abiturienten. Die Stichprobengewinnung erfolgte nach Quotaverfahren.

In methodischer Hinsicht kam ein psychologisch wirkungsanalytischer Ansatz zur Anwendung. Die methodische Konzeption der psychologischen Wirkungsanalyse, der Fragebogenaufbau und die Grundprinzipien der Datenerhebung sowie ihre psychologische Fundierung sind an anderer Stelle näher beschrieben.¹

Die Befragung der MultiplikatorInnen erfolgte in Form einer Telefonbefragung in zwei Wellen. Die Zielgruppe bestand aus 60 „Jungenarbeitern“, das heißt aus Personen, die mit männlichen Jugendlichen und jungen Männern im Alter von 14 bis 24 Jahren konkret arbeiten.

Die Stichprobenziehung der MultiplikatorInnen erfolgte ad random aus dem Adressenmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Befragungen fanden im Juni 2001 statt.

Konzeption der Broschüre

Die Broschüre vermittelt sachliche Informationen über die körperlichen Hintergründe der männlichen Sexualität. Sie behandelt die Anatomie und körperlichen Funktionen der männlichen Geschlechtsorgane (Penis, Hoden, Geschlechts-

drüsen), Orgasmus, Samenerguss, männliche Fruchtbarkeit, körperliche Veränderung in der Pubertät und Adoleszenz sowie Fragen der Vaterschaftsverhütung bis hin zu gesundheitlichen Problemen und Fragen im Zusammenhang mit urologischen Untersuchungen und dem Patient-Arzt-Verhältnis.

Ihr Ziel ist es, Jungen mit den körperlichen Grundlagen und funktionalen Abläufen männlicher Sexualität vertiefter vertraut zu machen, Einsichten in die körperlichen Funktionszusammenhänge zu geben und zuweilen auftretende beunruhigende oder irritierende Phänomene verstehbar zu machen.

Die Broschüre richtet sich dabei an eine – aus entwicklungspsychologischer Sicht – altersmäßig breite Zielgruppe von 14- bis 24-Jährigen. Es stellt sich daher die Frage, ob sie für alle Segmente dieses Altersspektrums hinreichend interessante und ansprechende Beiträge anbietet.

Ergebnisse der Evaluation bei den Endadressaten

Relevanz der Thematik in der Zielgruppe

Zur Erfassung der Relevanz der Thematik wurde das grundlegende, basale Interesse, die subjektive Einschätzung der Wichtigkeit sachlicher Aufklärung sowie die Bedeutung der Themen „Verhütung“ und „Gesundheitsrisiken“ erhoben. Die Daten wurden mithilfe einer 7-stufigen Rating-Skala erfasst (1 = geringste Stufe, 7 = höchste Stufe). Personen mit sehr geringem Interesse – Stufen 1 bis 3 der Interessensmessung – wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen. Sie waren nicht als Zielgruppe dieser Broschüre im engeren Sinne anzusehen.²

Die Erhebung zur Relevanz der Thematik in der Stichprobe zeigt folgende Befunde:

Mit einem Mittelwert von 5,2 ist ein deutliches Interesse an der angesprochenen Thematik in der Stichprobe gegeben:

Frage 5 *Wie groß ist Ihr persönliches Interesse, sich über dieses Thema zu informieren?*

	MW	Top-2-Box (Stufe 6+7)	Top-3-Box (Stufe 5-7)
14-17 Jahre	5,1	35	75
18-21 Jahre	5,3	45	70
22-24 Jahre	5,2	45	65
Hauptschule	4,8	26	52
Realschule	5,4	52	71
Gymnasium	5,5	45	85
Gesamt	5,2	42	70

1 Vgl. Evaluation der Broschüre „Körper, Liebe, Doktorspiele“ in diesem Heft.

2 Die Ausfallquote belief sich auf 16%.

Die Besetzung der beiden höchsten Skalenstufen (Top-2-Box) zeigt, dass insgesamt 42% der Zielgruppe ein sehr hohes Interesse an Informationen zu der Thematik haben. Bei Hauptschülern und männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren ist ein sehr hohes Interesse unterdurchschnittlich, bei Personen mit höherer Bildung und bei über 18-Jährigen dagegen überdurchschnittlich häufig gegeben. Die Besetzung der drei oberen Skalenwerte (Top-3-Box) als Indikator des Interesses lässt erkennen, dass ein deutliches Interesse an der Thematik bei der Mehrheit (70%) der Zielgruppe besteht.

Die Wichtigkeit sachlicher Aufklärung wird mit einem Mittelwert von 5,7 hoch eingeschätzt:

Frage 6 **Für wie wichtig halten Sie eine sachliche informative Aufklärung über den männlichen Körper und die männliche Sexualität?**

	MW	Top-2-Box (Stufe 6+7)	Top-3-Box (Stufe 5-7)
14-17 Jahre	5,2	50	75
18-21 Jahre	5,9	65	90
22-24 Jahre	6,0	65	90
Hauptschule	5,6	42	68
Realschule	6,2	86	96
Gymnasium	5,5	50	90
Gesamt	5,7	60	85

Junge Männer ab 18 Jahren schätzen die Wichtigkeit besonders hoch ein. Dies gilt auch für die Gruppe mit Realschulbildung. Eine mit steigendem Alter höhere Bedeutung der körperlichen Grundlagen der Sexualität sowie deutlich werdende Informationsdefizite bei Personen mit Realschulbildung können hierfür maßgeblich sein.

Die Wichtigkeit von Informationen zum Thema Verhütung wird ebenfalls insgesamt sehr hoch eingeschätzt:

Frage 9 **Für wie wichtig halten Sie Informationen zur Verhütung?**

	MW	Top-2-Box (Stufe 6+7)	Top-3-Box (Stufe 5-7)
14-17 Jahre	5,8	65	100
18-21 Jahre	6,3	85	100
22-24 Jahre	6,0	70	90
Hauptschule	5,9	63	100
Realschule	6,2	76	95
Gymnasium	6,0	80	95
Gesamt	6,1	74	97

Ähnliches gilt auch für Fragen der Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Sexualität:

³ Aufsummierte %-Werte über 100 beruhen auf Mehrfachnennungen; der %-Wert über 100% bezeichnet Personen, die ambivalente Stellungnahmen abgeben.

Frage 10 **Für wie wichtig halten Sie Informationen über Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Sexualität?**

	MW	Top-2-Box (Stufe 6+7)	Top-3-Box (Stufe 5-7)
14-17 Jahre	5,8	60	95
18-21 Jahre	6,5	85	100
22-24 Jahre	6,5	90	100
Hauptschule	6,2	79	100
Realschule	6,6	85	99
Gymnasium	6,0	70	95
Gesamt	6,3	78	98

Insgesamt zeigen die Befunde, dass in der Mehrheit der Stichprobe ein teils starkes, aktuelles, aber zum Teil auch ein eher latentes Interesse an der Thematik der Aufklärung über die körperlichen Hintergründe der männlichen Sexualität besteht. Weiterhin lässt sich feststellen, dass Fragen der Verhütung und Gesundheitsrisiken ebenfalls wichtige Themen für junge Männer sind.

Spontaner Eindruck der Broschüre

Die Frage nach dem ersten spontanen Eindruck von der Broschüre nach einem ersten Durchblättern zeigt ein weit überwiegend positives Meinungsbild (73%). Kritische Aspekte werden nur minderheitlich genannt (38%).³ Sie werden vergleichsweise häufiger von Hauptschülern und von 18- bis 21-Jährigen geäußert:

Frage 11 **Wie finden Sie diese Broschüre? Was ist Ihr erster spontaner Eindruck? Bitte sagen Sie mir einmal, was Ihnen durch den Kopf geht.**

	positiv %	negativ %
14-17 Jahre	85	35
18-21 Jahre	60	45
22-24 Jahre	75	35
Hauptschule	58	47
Realschule	71	33
Gymnasium	90	35
Gesamt	73	38

Das handliche Format, die Auswahl relevanter Themen sowie die Breite der Themenauswahl werden auf den ersten Blick hin positiv bewertet. In negativer Hinsicht wird die Lesemenge von 15% der Befragten spontan als zu hoch kritisiert, zudem wird in geringem Umfang die Aufmachung als zu schlicht und etwas langweilig angesehen (8%). Diese Kritikpunkte sind bei Hauptschülern etwas stärker ausgeprägt.

Das Format der Broschüre wird von 75% der Befragten als „genau richtig“ angesehen. Die gezielte Frage nach der Beurteilung des Umfangs der Broschüre zeigt, dass er von 60% mehrheitlich als „genau richtig“ beurteilt wird; insgesamt

40% halten die Broschüre jedoch für „etwas zu lang“ (28%) beziehungsweise für „viel zu lang“ (12%). Dies gilt mit relativ geringen Schwankungen für alle Teilzielgruppen:

Frage 16 **Wie finden Sie den Umfang der Broschüre? Bitte sagen Sie es mir anhand der folgenden Statements.**

	genau richtig %	etwas zu lang %	viel zu lang %
14-17 Jahre	65	30	5
18-21 Jahre	60	30	10
22-24 Jahre	55	25	20
Hauptschule	53	26	21
Realschule	62	33	5
Gymnasium	65	25	10
Gesamt	60	28	12

Ausgelöstes Leseinteresse

Vor dem Hintergrund des allgemeinen Interesses und des ersten Gesamteindrucks von der Broschüre stellt sich die Frage, ob sie die Befragten zum Lesen motiviert und somit für die Zielgruppe Aufforderungscharakter hat. Von wirkungsanalytischem Interesse ist zudem, ob der Anreiz, die Broschüre zu lesen, vergleichbar hoch ist wie das generelle, basale Interesse an der Thematik (Frage 5). Aus diesem Grunde seien die Ergebnisse zu beiden Fragen im Vergleich dargestellt:

Frage 12 **Wie groß ist Ihr Interesse, sich mit dieser Broschüre näher zu befassen, sie durchzublättern und in ihr zu lesen?**

	MW	Top-2-Box (Stufe 6+7)
14-17 Jahre	4,8	25
18-21 Jahre	4,8	30
22-24 Jahre	5,2	45
Hauptschule	4,9	21
Realschule	5,2	43
Gymnasium	5,2	35
Gesamt	4,9	33

Frage 5 **Wie groß ist Ihr persönliches Interesse, sich über dieses Thema zu informieren?**

	MW	Top-2-Box (Stufe 6+7)
14-17 Jahre	5,1	35
18-21 Jahre	5,2	45
22-24 Jahre	5,3	45
Hauptschule	4,8	26
Realschule	5,4	52
Gymnasium	5,5	45
Gesamt	5,2	42

Die Broschüre weckt aufgrund ihres ersten Eindrucks und nach erstem Durchblättern ein – gemessen am Mittelwert von 4,9 – gutes Leseinteresse in allen Segmenten der Zielgruppe. Ein sehr hohes Leseinteresse (Top-2-Box der Skala) zeigt sich bei einem Drittel der Befragten; es ist bei älteren (22- bis 24-Jährigen) und bei Personen mit Realschulbildung besonders deutlich ausgeprägt. Nimmt man den Skalenswert 5, der eine Besetzung mit 33% der Befragten aufweist, als weiteren Indikator für Leseinteresse zur Top-2-Box hinzu, so zeigt sich ein insgesamt deutliches Leseinteresse bei 66% der Befragten. Das durch die Broschüre evozierte konkrete Leseinteresse bleibt jedoch leicht hinter dem grundlegenden, basalen Interesse zurück. Nicht alle grundsätzlich Interessierten werden durch die Broschüre zum Lesen angeregt. Dennoch ist die Ausschöpfung und der Aktivierungsgrad der grundsätzlich an der Thematik Interessierten durch die Broschüre als hoch anzusehen. Die Broschüre hat trotz eines Umfangs von 101 Seiten einen guten Aufforderungscharakter zum Lesen.

Beurteilung der Broschüre nach dem Lesen

Für die vertiefte Auseinandersetzung mit der Broschüre und ihren Inhalten wurde diese den Befragten für einen Zeitraum von drei bis fünf Tagen für die Nutzung zu Hause übergeben mit der Bitte, einmal in Ruhe in ihr zu lesen. Es stellt sich die Frage, wie die Broschüre genutzt und wie sie aufgrund der konkreten Nutzungserfahrung beurteilt wird.

In der folgenden Übersicht ist das Verhältnis von positiven zu negativen Stellungnahmen für beide Messzeitpunkte – vor dem Lesen und nach dem Lesen – im Vergleich dargestellt:

Frage 11 **Wie finden Sie diese Broschüre? Was ist Ihr erster spontaner Eindruck? Bitte sagen Sie mir einmal, was Ihnen durch den Kopf geht.**

Vor dem Lesen	positiv %	negativ %
14-17 Jahre	85	35
18-21 Jahre	60	45
22-24 Jahre	75	35
Hauptschule	58	47
Realschule	71	33
Gymnasium	90	35
Gesamt	73	38

Frage 18 **Wie finden Sie die Broschüre – jetzt, nachdem Sie sich intensiver mit ihr befassen haben? Welchen Eindruck haben Sie von ihr?**

Nach dem Lesen	positiv %	negativ %
14-17 Jahre	86	38
18-21 Jahre	78	39
22-24 Jahre	90	24
Hauptschule	63	58
Realschule	90	29
Gymnasium	100	15
Gesamt	85	33

Nach dem Lesen und den dabei gemachten Erfahrungen hat sich der positive Eindruck von der Broschüre durchgängig in allen Teilzielgruppen verstärkt. Dies gilt besonders ausgeprägt für die älteren Zielgruppen (ab 18 Jahren) und die Befragten mit Realschulbildung. Bei Hauptschülern zeigt sich sowohl eine leichte Zunahme der positiven als auch der kritischen Stellungnahmen.

Inhaltlich werden folgende Aspekte genannt:

Frage 18 Wie finden Sie die Broschüre – jetzt, nachdem Sie sich intensiver mit ihr befasst haben? Welchen Eindruck haben Sie von ihr?	
	Gesamt %
positiv	85
informativ, wichtige Themen	42
gefällt gut	22
interessant	27
ausführlich	18
verständlich, anschaulich	15
guter Sprachstil, locker	10
gut geeignet für Männer meines Alters	7
negativ	33
zu umfangreich	20
langweilig	7
lehrbuchmäßig, trocken	5

Im Vordergrund der positiven Eindrucksqualitäten steht der hohe Informationsgehalt bezüglich wichtiger Themen. Die Broschüre erscheint zudem ansprechend, interessant, ausführlich, verständlich, anschaulich sowie „locker“ im Sprachstil. Der Umfang des Textes ist der Hauptaspekt der Kritik bei einer Minderheit der Befragten. Daneben wird die etwas trockene, lehrbuchartige Anmutung mitunter bemängelt. Diese Kritikpunkte werden von Hauptschülern häufiger angeführt.

Interessantheit der Broschüre insgesamt

Der positive Eindruck wird bestätigt durch die positive Beurteilung der Interessantheit der Gesamtbroschüre:

Frage 19 Und wie interessant finden Sie die Broschüre jetzt, nachdem Sie sich intensiver mit ihr beschäftigt haben?	Interessantheit der Broschüre nach Lesen (Frage 19) MW	Interessantheitsversprechen vor Lesen (Frage 12) MW	Generelles Interesse am Thema (Frage 5) MW
14–17 Jahre	5,1	4,8	5,1
18–21 Jahre	5,1	4,8	5,2
22–24 Jahre	5,9	5,2	5,3
Hauptschule	4,7	4,9	4,8
Realschule	5,5	5,2	5,4
Gymnasium	5,7	5,0	5,5
Gesamt	5,3	4,9	5,2

Der Mittelwert von 5,3 zeigt, dass die Broschüre als Ganzes in hohem Maße als interessant erlebt wird. Im ältesten Segment (22- bis 24-Jährige) und bei Befragten mit höherer Bildung liegt das Interessantheiterleben deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtzielgruppe; bei Hauptschülern bleibt es hinter dem Gesamtdurchschnitt zurück – erreicht aber ein durchaus hohes Niveau.

Der Vergleich der unterschiedlichen Bezüge der Messung der Interessantheit – nämlich: generelles, basales Interesse (Frage 5), Interessantheitsversprechen aufgrund des äußeren Eindrucks (Frage 12) und Interessantheiterleben nach dem Lesen (Frage 19) – zeigt, dass das Interessantheiterleben nach dem Lesen über das Interessantheitsversprechen aufgrund des ersten Eindrucks hinausgeht. Auf dem Hintergrund der tatsächlichen Leseerfahrung zeigt sich, dass das grundlegende Interesse an der Thematik in der Gesamtheit der Zielgruppe durch die Broschüre vollständig abgedeckt wird.

Der Umfang der Broschüre stößt dabei jedoch bei einer Minderheit (42%) auf Kritik. Im Bildungsvergleich äußern insbesondere Hauptschüler diese Kritik:

Frage 25 Wie finden Sie den Umfang der Broschüre?	genau richtig	etwas zu lang	viel zu lang
	%	%	%
14–17 Jahre	60	40	-
18–21 Jahre	50	45	5
22–24 Jahre	65	20	15
Hauptschule	47	47	5
Realschule	62	29	10
Gymnasium	65	30	5
Gesamt	58	35	7

Lesenutzung

Von hohem Interesse war es zu ermitteln, in welchem Maße die Broschüre gelesen wurde und welche Kapitel dabei in welchen Segmenten der Zielgruppe auf besondere Beachtung stießen. Insbesondere stellt sich die Frage, wie sich der Umfang der Broschüre auf die Lesenutzung auswirkt.

Zunächst sei auf die subjektive Selbsteinschätzung des Grades der Vollständigkeit der Lesenutzung eingegangen (Frage 17, folgende Seite).

Insgesamt 23% der Befragten geben an, die Broschüre „nur durchgeblättert“ zu haben. Hinsichtlich der Vollständigkeit der Lesenutzung meinen 77% aller Befragten, die Broschüre zumindest zu einem Viertel, 50% zumindest zur Hälfte, 33% zumindest zu drei Vierteln und 15% ganz gelesen zu haben. Nach Alter und Bildung der Befragten zeigen sich dabei deutliche Unterschiede. Keiner der 14- bis 17-Jährigen gibt an, die Broschüre ganz gelesen zu haben; demgegenüber stehen 40% der 22- bis 24-Jährigen. 20% der Befragten mit Gymnasialbildung geben an, sie vollständig gelesen zu haben, ein höherer Prozentsatz als bei den Real- und Hauptschulabsolventen mit 11% bzw. 14%.⁴

4 Die Punkte der stärksten Abnahme der Leserrate in der Vollständigkeitskalierung sind mit Doppelpfeilen (<<) gekennzeichnet.

Frage 17 **Wie viel haben Sie von der Broschüre gelesen?**

Skala der Vollständigkeit

	ganz gelesen %	drei Viertel gelesen* %	die Hälfte gelesen* %	ein Viertel gelesen* %	nur durchgeblättert %			
14–17 Jahre	-	10	<<	35	<<	65	35	
18–21 Jahre	5	30	<	45	<<	70	30	
22–24 Jahre	40	60	<	70	<	95	5	
Hauptschule	11	<	22	<	38	<<	75	26
Realschule	14	<	38	<	62	<	81	19
Gymnasium	20	<	40	<	50	<	75	25
Gesamt	15	33	<	50	<<	77	23	

(*%-Werte kumuliert)

Frage 26a **Haben Sie im Kapitel ... gelesen?**

	Gesamt	14–17 Jahre	18–21 Jahre	22–24 Jahre	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Gelesen	%	%	%	%	%	%	%
Der Penis	70	50	60	95	68	67	75
Die Hoden	57	30	60	80	47	62	60
Die Geschlechtsdrüsen	38	15	35	65	26	43	45
Orgasmus und Samenerguss	82	75	80	90	84	76	85
Männliche Fruchtbarkeit	52	20	60	75	47	52	55
Zeiten körperl. Veränderung	45	45	35	55	26	57	50
Verhütung der Vaterschaft	62	65	50	70	63	57	65
Alles in Ordnung	47	30	50	60	37	57	45
Durchschnittliche Nutzung: Textteile	56	38	51	75	50	59	60

Der Vollständigkeitsgrad der Lesenutzung erscheint somit vom Alter und der Schulbildung abhängig. Dem Alter kommt dabei der erkennbar stärkere Einfluss zu. Mit höherem Alter steigt die Vollständigkeit der Nutzung der Broschüre deutlich an. Der Einfluss des Bildungsgrades ist demgegenüber schwächer ausgeprägt. Dies sei im Folgenden am Nutzungsprofil näher untersucht.

Nutzungsprofil nach Zielgruppensegmenten und Kapiteln

Die weiteren Befunde zeigen, dass die Broschüre in Abhängigkeit von Alter und Bildung selektiv genutzt wird. Sie ist insbesondere für Jüngere und für weniger Gebildete eine Broschüre zur Vertiefung ausgewählter Themen und wird insofern in diesen Segmenten im Sinne eines Nachschlagewerks genutzt.

Im Rahmen der Untersuchung wurde im Einzelnen erhoben, welche Kapitel der Broschüre gelesen wurden. Hierzu wurde die Broschüre zur Gedächtnisstützung wieder vorgelegt und Kapitel für Kapitel durchgegangen. Dabei zeigt sich folgendes Nutzungsprofil (Frage 26 a).

Der Vergleich der Lesenutzung der einzelnen Kapitel bei allen Befragten (Spalte „Gesamt“ der Tabelle) zeigt deutliche Unterschiede. Gemessen am Durchschnitt aller Kapitel (56%) findet sich in der Gesamtheit der Befragten eine überdurchschnittliche hohe Nutzung bei den Kapiteln „Orgasmus und Samenerguss“ (80%) und „Der Penis“ (70%). Unterdurchschnittlich häufig gelesen werden die Kapitel „Die Geschlechtsdrüsen“ (38%), „Zeiten körperlicher Veränderung“

(45%) und „Alles in Ordnung“ (47%). Bei den übrigen Kapiteln liegt die Leserrate im Durchschnitt aller Kapitel. Die Broschüre beinhaltet somit interessantere und weniger interessante Themen – bezogen auf die Gesamtzielgruppe.

Bezogen auf die Segmente der Gesamtzielgruppe bestätigt die Analyse eine vollständigere Nutzung mit höherem Alter als Haupteffekt und höherer Bildung als Sekundäreffekt.

Das Kapitel „Die Hoden“ stößt insbesondere in den höheren Altersgruppen und bei Befragten mit Realschul- und Gymnasialbildung auf höheres Interesse. Ein höheres Interesse findet sich mit höherem Alter und höherer Bildung ebenfalls bei den Kapiteln „Die Geschlechtsdrüsen“ und „Alles in Ordnung“. Mit höherem Alter und höherer Bildung steigt demnach das Interesse an den medizinisch hintergründigeren Fragen der männlichen Sexualität. Bei jüngeren Befragten und bei Hauptschülern stehen dagegen die Kapitel zum Penis, zum Orgasmus und zur Vaterschaftsverhütung – als mehr praktische, auf den Sexualkontakt hin ausgerichtete Fragen – im Vordergrund des Interesses.

Der Befund zeigt, dass die Broschüre in der Breite ihrer Themen über die spezifischen Interessen der jüngeren Zielgruppe hinausgeht. Mit dieser hohen Breite erreicht sie jedoch auch die älteren Segmente in ihren weitergehenden Interessen. Das Nutzungsprofil ist typisch für ein Kommunikationsmittel, das eine breite Zielgruppe ansprechen möchte. Die Nutzung ist dann – nach den Erfahrungen unserer Studien – selektiv und weist unterschiedliche Leserreichweiten einzelner Beiträge in den Segmenten auf. Die positive

Frage 26 b – d

	Interessantheit	Hilfreich	Neuigkeitswert
	MW	MW	MW
Der Penis	5,5	4,9	4,2
Die Hoden	5,4	5,1	4,6
Die Geschlechtsdrüsen	5,7	5,1	5,3
Orgasmus und Samenerguss	5,9	5,1	4,8
Männliche Fruchtbarkeit	5,7	5,1	4,8
Zeiten körperlicher Veränderung	5,7	4,7	4,3
Verhütung	5,5	5,2	4,2
Alles in Ordnung	6,1	5,7	5,2
Abb. männliche Geschlechtsorgane	5,1	4,8	4,1
Abb. weibliche Geschlechtsorgane	5,8	5,3	5,1

Beurteilung der Interessantheit, die der untersuchten Broschüre insgesamt zugesprochen wird, zeigt jedoch, dass die Anzahl und der Anteil an „lesenswerten Kapiteln“ für jedes der Zielgruppensegmente hinreicht, um die Broschüre als Ganzes interessant und attraktiv zu finden. Das Verhältnis von Kapiteln mit höherer und geringerer Lesereichweite ist so geartet, dass die Broschüre von der Gesamtheit der Zielgruppe positiv angenommen wird. Die Breite der Themen und ihre Vertiefung werden von den Befragten zudem subjektiv als Vorteil gewertet, selbst wenn damit ein höherer Umfang verbunden ist und nicht jedes Kapitel von der Mehrheit jedes Subsegmentes gelesen wird.

Auch der durchschnittliche Nutzungsgrad aller Kapitel in der Gesamtzielgruppe von 56% sowie die Anzahl und der Nutzungsgrad der stark beachteten Kapitel in den einzelnen Alters- und Bildungssegmenten zeigt – gemessen an unseren Erfahrungen –, dass die Broschüre eine gelungene Auswahl von Themen in angemessener Vertiefung anbietet.

Interessantheit, Hilfe und Neuigkeitsgrad der gelesenen Kapitel

Im Folgenden wurde den Lesern der einzelnen Kapitel die Frage gestellt, wie interessant, hilfreich und neu sie die gelesenen Kapitel empfunden haben (Frage 26 b–d).

Die Messergebnisse zeigen sowohl hinsichtlich der Interessantheit als auch hinsichtlich der Hilfe und des Neuigkeitswertes hohe positive Werte. Mit Mittelwerten zwischen 6,1 und 5,4 werden alle Kapitel von ihren Lesern als interessant beziehungsweise sehr interessant beurteilt.

Gute Messwerte zeigen sich auch für den Grad der vermittelten Hilfestellung. Mit Werten zwischen 5,7 und 4,7 liegt der überwiegende Teil der Kapitel im Messbereich oberhalb des Punktes 5 der Skala.

Im Hinblick auf den Neuigkeitswert schwanken die Messwerte zwischen 5,3 und 4,2. Erheblicher Neuigkeitswert wird dabei den Kapiteln „Die Geschlechtsdrüsen“ und „Alles in Ordnung“ zugesprochen. Die übrigen Kapitel werden bezüglich des Neuigkeitswertes in einem Skalenbereich zwischen 4,2 und 4,8 eingestuft. Der Neuigkeitswert der Kapitel ist angesichts der Themen, die den Befragten zum Teil zumindest grundsätzlich vertraut sind, als gut zu beurteilen.

Die weiteren diagnostischen Fragen der Evaluation zeigen ebenfalls eine positive Beurteilung:

Der Vertiefungsgrad der Broschüre wird von 65% der Befragten als „gerade richtig“ eingestuft; 32% sind der Mei-

nung, sie sei „zu vertieft“ und 3% halten sie für „zu oberflächlich“. Mit höherem Alter und höherer Bildung steigt der Anteil derer an, die den Vertiefungsgrad für „gerade richtig“ halten. 83% der jungen Männer und männlichen Jugendlichen sind auch der Meinung, dass die Broschüre in richtigem Maße auf Gefühle eingehe, die im Zusammenhang mit dem Körper und der Sexualität stehen. Über Peinlichkeitsgefühle berichtet mit 12% nur eine kleine Minderheit der Befragten. Freunden und Bekannten weiterempfehlen würden die Broschüre 77%.

Ergebnis der Evaluation bei den ExpertInnen

Im Folgenden sei auf die Untersuchungsergebnisse der ExpertInnenbefragung (SexualpädagogInnen in der Jungenarbeit) eingegangen.

Die Wichtigkeit der behandelten Thematik wird von ExpertInnen überaus hoch eingeschätzt (Frage 6):

Frage 6 **Für wie wichtig halten Sie eine sachliche informative Aufklärung junger Männer über den männlichen Körper und die männliche Sexualität?**

1 = geringster Wert; 7 = höchster Wert

	Gesamt	männlich	weiblich
	MW	MW	MW
Wichtigkeit	6,8	6,7	7,0
N	60	36	24

87% der SexualpädagogInnen in der Jungenarbeit benutzen aktuell bei ihrer Arbeit Aufklärungsmaterialien oder -medien zum Thema männliche Sexualität. Die Thematik erscheint jedoch mit den bestehenden Materialien bei weitem nicht abgedeckt; fast einhellig wird eine neue Broschüre als wünschenswert angesehen (Frage 8):

Frage 8 **Wäre eine neue Broschüre zur Sexualaufklärung für Sie und Ihre Arbeit grundsätzlich von Interesse? Könnten Sie sich vorstellen, diese für Ihre Arbeit mit Jungen zu nutzen – oder haben Sie Ihren Bedarf an Materialien zu dieser Thematik abgedeckt?**

Interesse	Gesamt	männlich	weiblich
	%	%	%
Ja	93	92	96
Nein	7	8	4

58% sind der Meinung, dass eine adäquate und zeitgemäße Broschüre für Jungen fehlt. Wichtig erscheint sie ihnen unter anderem als Hilfsmittel, um mit jungen Männern und männlichen Jugendlichen über das Thema Sexualität ins Gespräch zu kommen.

Eindruck nach dem Lesen

Der Eindruck der ExpertInnen nach eingehender Beschäftigung mit der Broschüre ist ganz überwiegend positiv. Kritische Meinungen werden nur minderheitlich geäußert (Frage 10).

Frage 10 **Wie finden Sie die Broschüre – jetzt, nachdem Sie sich intensiver mit ihr befasst haben? Welchen Eindruck haben Sie von ihr?**

	%
positiv	90
gefällt, spricht an	50
informativ	32
wichtige Themen	32
handliches Format	22
gut geeignet für junge Männer	13
negativ	38
zu viel Text, zu dick	18
zu anspruchsvoll für Hauptschüler	8
zu wenig Fotos, zu wenig Auflockerung	5
zu ausschließlich biologisch, körperlich	5

Für den positiven Gesamteindruck primär maßgeblich ist die ansprechende Aufbereitung der Thematik allgemein, der hohe Informationsgehalt und die Auswahl für die Zielgruppe relevanter Themen. Zudem wird das Format geschätzt.

Ein kritischer Einwand ist, dass die Broschüre zu umfangreich und dadurch zu anspruchsvoll für Hauptschüler sein könnte. Dies ist eine durchgehend bestehende Befürchtung von Seiten der ExpertInnen: Bei gezielter Nachfrage hält nur eine Minderheit von 38% den Umfang für „genau richtig“, im quantitativen Unterschied zu den Endadressaten mit 58%. 45% halten sie für „etwas zu lang“ (Endadressaten 35%) und 15% für „viel zu lang“ (Endadressaten ebenfalls 15%). Die ExpertInnen erweisen sich somit im Hinblick auf den Umfang der Broschüre als kritischer als die Endadressaten.

Beurteilung der Kapitel aus ExpertInnensicht

Die Beurteilung der einzelnen Kapitel der Broschüre stellt sich aus ExpertInnensicht sehr positiv dar. Jedes Kapitel wird in hohem Maße für wichtig und hilfreich gehalten (Frage 17b):

Frage 17b **Für wie wichtig halten Sie die Inhalte des Kapitels für junge Männer?**

Frage 17c **Für wie hilfreich halten Sie die Inhalte dieses Kapitels für junge Männer?**

1 = geringster Wert; 7 = höchster Wert

	Wichtigkeit MW	Hilfe MW
Der Penis	6,5	6,1
Die Hoden	6,1	5,8
Die Geschlechtsdrüsen	5,6	5,4
Orgasmus und Samenerguss	6,4	6,0
Männliche Fruchtbarkeit	5,9	5,6
Zeiten körperl. Veränderung	6,3	5,5
Verhütung	6,6	6,1
Alles in Ordnung	6,0	5,6

Der Vertiefungsgrad der Kapitel wird mit 53% mehrheitlich als „gerade richtig“ beurteilt; 45% der MultiplikatorInnen halten ihn jedoch für zu weitgehend. Auch hier sind die ExpertInnen kritischer als die männlichen Jugendlichen und jungen Männer mit 65% („gerade richtig“) und 32% („zu vertieft“).

Kritischer erweisen sich die ExpertInnen auch bezüglich der Frage nach der Vertiefung von Gefühlen im Zusammenhang mit Körper und Sexualität. Während 48% von ihnen die Broschüre in dieser Hinsicht für „genau richtig“ halten, sind es bei den Endadressaten 83%; während 52% Gefühle als zu kurz behandelt ansehen, sind es bei den Endadressaten nur 8%.

Insgesamt neigen die ExpertInnen somit in den oben genannten Hinsichten zu einer skeptischeren Einschätzung als die Endadressaten.

Weitgabebereitschaft und Einsatzmöglichkeiten

Die Bereitschaft, die Broschüre an die Endzielgruppe weiterzugeben, ist mit 93% ausgeprägt hoch. Als Zielgruppe sehen die MultiplikatorInnen junge Männer und männliche Jugendliche im Alter ab 14 Jahren an.

Als Einsatzmöglichkeiten in der praktischen Arbeit nennen 65% die Jungenarbeit an Schulen und in Gruppen, 48% das Verteilen nach Veranstaltungen oder Beratungen und 33% das „Auslegen für alle“. Die Broschüre wird somit mehrheitlich als begleitendes Arbeitsmittel angesehen. 87% der ExpertInnen meinen auch, ihr eigenes Wissen mittels der Broschüre auffrischen zu können.

Zusammenfassung

Die Broschüre „Wie geht’s – wie steht’s?“ spricht in ausführlicher und umfangreicher Form Themen von hoher – jedoch zum Teil latenter – Bedeutung für männliche Jugendliche und junge Männer an. Durch ihre formale Gestaltung ist sie in der Lage, das latente Interesse in einem erheblichen

Umfang zu aktivieren und Leseinteresse zu generieren. Die Broschüre wird dabei in der jüngeren Zielgruppe eher ausschnittsweise gelesen. Mit steigendem Alter wird sie zunehmend vollständiger genutzt. Ihr Nutzungsprofil zeigt unter anderem ihre Eignung als Nachschlagewerk. In der Gesamtheit der Kapitel deckt sie alle interessanten Themen für die altersmäßig breite Zielgruppe ab. Sprachlich und inhaltlich erscheint die Broschüre auch für weniger formal Gebildete gut verständlich. Ihre Inhalte werden von den Lesern als wichtig und hilfreich beurteilt. Auch die Behandlung des Themas „Verhütung der Vaterschaft“ stößt auf allgemein breites Interesse. Die Behandlung gesundheitlicher Fragen wird vornehmlich im älteren Segment der Zielgruppe als wichtig, neu und hilfreich angesehen.

Für SozialpädagogInnen in der Sexualarbeit mit männlichen Jugendlichen und jungen Männern erscheint die Broschüre als wichtiges, unterstützendes Arbeitsmittel sehr willkommen. In inhaltlicher Hinsicht wird sie sehr positiv beurteilt. Kritische Einwände der ExpertInnen gegen den Umfang und den Vertiefungsgrad müssen vor dem Hintergrund der Befragung der Endadressaten relativiert werden. Probleme in dieser Hinsicht erweisen sich als weniger gravierend als von ExpertInnen angenommen wird.

Insgesamt erscheint die Broschüre als begleitendes Arbeitsmittel der Sozialarbeit, als umfassendes Informationsmittel und als Nachschlagewerk zur gezielten – je nach Alter der Endadressaten mehr oder weniger breiten – vertieften Information sehr geschätzt, und sie vermittelt durch ihre inhaltliche Fülle und ihren zielgruppenadäquaten Darstellungs- und Ansprachestil den Eindruck einer sachkundigen, weitgehend vollständigen und gut verständlichen Informationsquelle.

Wilfried Höveler

Wilfried Höveler, Dipl.-Psychologe, Dipl.-Volkswirt und Psychotherapeut, ist Senior Research Manager und Consultant bei IFUMA, Institut für Marktforschung in Köln und ist als Projektleiter der beschriebenen Studie tätig.

Anmerkung der Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“:

Es handelt sich um die Evaluation der ersten Auflage der Broschüre, die aufgrund der Ergebnisse hinsichtlich Layout und Textlänge umfassend überarbeitet wurde.

Kontakt:

IFUMA, Institut für Marktforschung
 Wilfried Höveler
 Am Botanischen Garten 57
 50735 Köln
 Telefon (0221) 767 001
 W.Hoeveler@ifuma.de

Evaluation eines Faltblatts der BZgA zum Thema „Pränataldiagnostik“

Im April 2001 wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von der Alpha-Institut GmbH eine Evaluation des Faltblatts „Pränataldiagnostik“ durchgeführt. Ziel dieses Faltblatts war, Schwangere in verständlicher und übersichtlicher Form über pränatale Diagnostik zu informieren und sie bei ihrer Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen zu unterstützen.

Grob untergliedert bestand das Falblatt aus zwei Teilen: Auf den äußeren Seiten wurden in kurzen Abschnitten Themen rund um den Bereich der vorgeburtlichen Untersuchungen und der Gesundheit des ungeborenen Kindes angeschnitten. Dabei wurde im Text klar herausgestellt, dass Pränataldiagnostik kein zwingendes Muss für jede Schwangere ist, sondern den Frauen ganz individuell überlassen bleiben sollte – je nachdem, ob Detailwissen über den gesundheitlichen Zustand des ungeborenen Lebens eher beruhigt oder, ganz im Gegenteil, zu Verunsicherung führt.

Im aufgeklappten Zustand bestand der gesamte innere Teil des Faltblatts aus einer Tabelle, die über die verschiedenen pränataldiagnostischen Maßnahmen informierte: über die jeweilige medizinische Vorgehensweise, den Zweck und Zeitpunkt der Untersuchung, über mögliche Ergebnisse und deren Bedeutung sowie über Nachteile und Risiken, die bei der Entscheidung für die jeweilige Methode zu bedenken sind.

Ziele der Untersuchung

Die wichtigste Aufgabe der Evaluation bestand darin, die Akzeptanz des Faltblatts bei Schwangeren als Endadressatinnen ausführlich zu untersuchen. Im Vordergrund stand das Interesse der Schwangeren am Thema „Pränataldiagnostik“ allgemein und die Bereitschaft, sich mit schriftlichen Informationen zum Thema „Pränataldiagnostik“ in Form eines Faltblatts auseinander zu setzen. Da das Blatt besonders in der Tabelle viele medizinische Sachverhalte beschreibt, war die Verständlichkeit des Textes ein weiterer wichtiger Aspekt der Untersuchung – wie auch das Verständnis des Begriffs „Pränataldiagnostik“ an sich. Auch sollte Aufschluss darüber gewonnen werden, wie gut die Frauen mit der Faltechnik zurechtkommen und ob nicht das (vielleicht schwierige) Handling eine Nutzungsbarriere darstellt. Ein weiteres Thema war die Art der Beschäftigung mit dem Falblatt – welche Teile werden beachtet, welche werden ausgelassen, und wie lange wird überhaupt in dem Falblatt gelesen? Schließlich waren Urteile zu formalen Aspekten (z.B. Layout, Umfang) und besonders die Bewertung des Inhalts von zentraler Bedeutung für die Evaluation.

Ein weiteres Anliegen war es festzustellen, inwieweit MultiplikatorInnen (GynäkologInnen) das Blatt für sinnvoll

halten und sich an dessen Verbreitung beteiligen wollen. Schwerpunkt der Untersuchung bei GynäkologInnen war, neben der Relevanz des Themas „Pränataldiagnostik“ in der täglichen Arbeit, zum einen die persönliche Bewertung des Faltblatts unter fachlich-medizinischen Aspekten. Zum anderen war die Frage von Belang, inwieweit es aus ärztlicher Sicht eine echte Informationshilfe für Schwangere darstellt und wie hoch die Bereitschaft der GynäkologInnen einzuschätzen ist, das Falblatt etwa durch Auslegen in den Praxen oder durch persönliche Übergabe an Schwangere zu verteilen.

Zielgruppen der Untersuchung

Zielgruppen der Evaluation waren also zum einen schwangere Frauen, zum anderen GynäkologInnen.

Schwangere

In die Untersuchung wurden insgesamt 62 schwangere Frauen einbezogen. Da es mit einer relativ kleinen Stichprobe wie dieser nicht automatisch gelingt, die Grundgesamtheit der Zielgruppe repräsentativ abzubilden, wurden Quotierungen vorgenommen – die Stichprobe wurde nach bestimmten, teilweise demografischen, teilweise mit der Schwangerschaft verbundenen Merkmalen zusammengestellt:

- Die 20. Schwangerschaftswoche sollte nicht überschritten sein,
weil nach der 20. Woche die meisten pränatalen Diagnoseverfahren bereits stattgefunden haben.
- Außer Ultraschall, Blut- und Urinuntersuchungen sowie Nackenfaltenmessung des Embryo (meist Routine beim ersten Ultraschall) durften noch keine weiterführenden pränatalen Diagnoseverfahren durchgeführt worden sein, **um sicherzustellen, dass die Schwangeren noch vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik stehen.**
- Zur Hälfte Erstgebärende, zur Hälfte Frauen, die bereits Kinder haben,
um die Einflüsse dieser Merkmale in der Gesamtstichprobe auszubalancieren und gleichzeitig bei der Auswertung berücksichtigen zu können. Hypothese: Erstgebärende sind vielleicht ängstlicher als Frauen, die bereits Schwangerschaften hinter sich gebracht und eine gewisse Routine, Gelassenheit gewonnen haben.
- Zur Hälfte jüngere (20 bis 34 Jahre), zur Hälfte ältere Frauen (35 Jahre und älter)
wie zuvor: um die Einflüsse dieser Merkmale in der Gesamtstichprobe auszubalancieren und gleichzeitig bei der Auswertung berücksichtigen zu können. Hypothese: Spätgebärende sind aufgrund des Altersrisikos (vor allem:

Down-Syndrom beim Kind) möglicherweise Pränataldiagnostik gegenüber aufgeschlossener als Jüngere mit geringem Risiko.

- Schulbildung: Je zu einem Drittel Grundschulabschluss, Mittlere Reife und Abitur, **um Effekte auf die Ergebnisse auszuschließen, die durch ein Ungleichgewicht der Schulbildung bedingt sein könnten.**
- Ortsgröße: Die Schwangeren der Stichprobe leben zur Hälfte in Orten unter, zur Hälfte in Orten über 20.000 Einwohner, **um Effekte auf die Ergebnisse auszuschließen, die durch ein Ungleichgewicht von Stadt- und Landbevölkerung bedingt sein könnten.**

GynäkologInnen

Die Stichprobe bestand aus 60 GynäkologInnen. Hier lag eine Quotierung nach demographischen Merkmalen nahe:

- Ortsgröße: Die ÄrztInnen führen ihre Praxis zur Hälfte in Orten unter, zur Hälfte in Orten über 20.000 Einwohner (analog der Quotierung bei Schwangeren), **um Einflüsse zu nivellieren, die sich daraus ergeben, dass die GynäkologInnen ihre Praxis in der Stadt oder auf dem Land haben.**
- Geschlecht: Je zur Hälfte Männer und Frauen, **um mögliche geschlechtsspezifische Einflüsse auf die Ergebnisse auszugleichen.**

Rekrutierung der Schwangeren und der GynäkologInnen

Schwangere

Die Schwangeren wurden bundesweit über persönliche Kontakte von InterviewerInnen rekrutiert. Dazu wurden in einem ersten Schritt 40 InterviewerInnen damit beauftragt, in ihrem engeren und weiteren Bekanntenkreis und über Kontakte von Bekannten Frauen zu suchen, bei denen eine Schwangerschaft vorliegt und die zu einem Interview bereit sind, das in einem (weiteren) Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft steht (das eigentliche Thema wurde nicht genannt). Mit diesen Frauen wurde ein erstes telefonisches oder persönliches Interview durchgeführt, das die oben beschriebenen Quotenmerkmale und Ausschlusskriterien in einem kurzen Kontaktfragebogen erfasste. Alle Kontaktbogen, die nicht zum Ausschluss führten, wurden zentral gesammelt und ausgewertet.

In einem zweiten Schritt wurde aus dem Pool der erfolgreichen Kontakte die Stichprobe entsprechend den Anforderungen an die Zielgruppe zusammengestellt. Dabei wurden die einzelnen Merkmale (Alter, Schulbildung und Ortsgröße) zu 20% überquotiert, um mögliche Ausfälle bei den Interviews aufzufangen. Die Stichprobe bestand also brutto aus 72 Schwangeren mit dem Ziel, netto mindestens 60 Schwangere befragen zu können. Die InterviewerInnen erhielten dann eine Mitteilung, mit welcher ihrer Kontakte sie ein Interview durchführen sollten und die entsprechende Menge Fragebogen und Faltblätter zugeschiedt. Für die Durchführung der Befragungen war ein Zeitraum von zehn Tagen angesetzt; die gesamte Dauer der Interviewphase vom ersten Kontakt bis zum letzten Tag der Durchführung betrug drei Wochen. Einige Schwangere konnten an dem Interview nicht teilnehmen, meist bedingt durch Krankheit oder durch Terminprobleme. Am Ende der Feldzeit waren 62 Interviews

durchgeführt worden, die in die Auswertung gingen.

Theoretisch wäre auch eine Rekrutierung der Schwangeren über GynäkologInnen möglich gewesen. Praktisch kollidieren jedoch aus Marktforschungssicht Kontakte über ÄrztInnen mit dem Datenschutzgesetz, da mit dem Namen der Frauen schützenswerte persönliche Informationen (hier: das Vorliegen einer Schwangerschaft, die Schwangerschaftswoche, Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Maßnahmen) weitergegeben werden. Zwar würden diese Daten nicht vom Marktforschungsinstitut, sondern an das Institut vermittelt, aber aus ethischen Gründen schien es angezeigt, auf diesen Weg zu verzichten. Davon abgesehen: Frauen, die wissen, dass ihr Name von GynäkologInnen weitergegeben wurde, könnten eine Verpflichtung zur Teilnahme an der Untersuchung empfinden, um ihre ÄrztInnen nicht zu brüskieren oder zu verärgern – keine gute Voraussetzung für ein unbeeinflusstes, ehrliches Antwortverhalten im Interview.

GynäkologInnen

Die GynäkologInnen wurden per Zufall aus einem bundesweiten Branchenregister ausgewählt, wobei in der Vorphase der Auswahl bereits das Quotenmerkmal „Ortsgröße“ berücksichtigt wurde. In einem ersten telefonischen Kontakt wurden der Zweck der Untersuchung sowie die BZgA als Auftraggeberin identifiziert und die Bereitschaft der GynäkologInnen eingeholt, an einem etwa 15- bis 20-minütigen telefonischen Interview zur Bewertung des Faltblatts „Pränataldiagnostik“ teilzunehmen, das ihnen zuvor per Post zugeschiedt und von ihnen durchgelesen werden sollte. Nach Absprache eines telefonischen Befragungstermins wurden im Kontaktinterview noch die Relevanz von Pränataldiagnostik in der Praxis und ein generelles Befürworten von Patientinnen-Informationen zu diesem Thema abgesichert.

Im Rahmen dieser ersten Kontakte wurde die GynäkologInnen-Stichprobe nach Geschlecht und Größe des Ortes zusammengestellt, in dem sich die Praxis befindet. In dieser Zielgruppe war eine 30%ige Überquotierung notwendig, um Ausfälle bei der späteren Interviewdurchführung auszugleichen. Das Faltblatt wurde also brutto an 88 GynäkologInnen verschickt, um auf jeden Fall netto 60 Interviews durchführen zu können.

Einige Tage nach dem Versand des Faltblatts führten die InterviewerInnen gemäß des zuvor vereinbarten Termins die telefonische Befragung zum Faltblatt durch. Die GynäkologInnen wurden in ihren Praxen angerufen.

Wie bei der Befragung der Schwangeren war der Zeitraum vom Kontaktieren der GynäkologInnen bis zum Abschluss der Interviewdurchführung auf drei Wochen festgesetzt. Dabei waren Verzögerungen mit einkalkuliert, die sich aus Terminproblemen bei den ÄrztInnen ergaben. Einige Personen verweigerten im Nachhinein aus Zeitgründen das Interview, andere mussten mehrere Male angerufen werden, bevor das Interview stattfinden konnte – zum Teil auch, weil sie das Faltblatt noch nicht gelesen hatten. Die Nettostichprobe betrug schließlich 60 GynäkologInnen – wie vorgesehen.

Ausgewählte Ergebnisse

Beide Fragebogen (für Endadressatinnen und GynäkologInnen) basierten auf einem schriftlichen Briefing der BZgA, das vom Alpha-Institut in befragungsgerechte Formulierung

gen umgesetzt wurde. Natürlich unterschieden sich beide Fragebogen in den einzelnen Formulierungen erheblich, da sie dem Sprachstil der jeweiligen Zielgruppe angepasst sein mussten. Auch war der Fragebogen für GynäkologInnen mit etwa 15 bis 20 Minuten Dauer erheblich kürzer als der für die schwangeren Frauen (40 bis 50 Minuten). Das lag zum einen daran, dass ÄrztInnen erfahrungsgemäß ungern einer längeren Zeitdauer für ein Interview zustimmen. Zum anderen wird bei Bevölkerungszielgruppen das Frageninventar üblicherweise etwas ausführlicher (teilweise redundant) gestaltet, um Verständnisprobleme zu vermeiden und um maximale Sicherheit der Ergebnisse bei schwierigen Fragestellungen zu erreichen.

Daher wurden im Bogen zur Befragung der Endadressatinnen die Themen laut Briefing der BZgA um einige Fragestellungen und Methoden erweitert und ergänzt: Ziel war es, ein Maximum an Information zum spontanen Interesse am Faltblatt, zum Verständnis und zur Bewertung seiner Inhalte, zum Leseverhalten und zum Umgang mit dem etwas ungewohnten Format des Blattes in der Interviewsituation gewinnen und auswerten zu können.

Dazu war es notwendig, eine ganze Reihe von Fragen indirekt beziehungsweise projektiv abzufassen und Teile der Befragung experimentell in Form von Interviewerbeobachtungen anzulegen. Im Folgenden finden sich einige dieser Ansätze mit einer Auswahl an Ergebnissen.

Leseinteresse –

Simulation einer quasi-biotischen Situation

Wichtig war, ob der erste Eindruck des Faltblatts geeignet ist, das Interesse der Schwangeren zu wecken. Dazu wurde den Schwangeren zu Beginn des Interviews zunächst das Faltblatt mit der Titelseite vorgelegt (nicht aufgeklappt) – ohne Nennung dessen, worum es sich dabei handelt oder worin die Inhalte des Faltblatts bestehen. Die Schwangeren sollten das Blatt zunächst nur betrachten, nicht in die Hand nehmen. Erfasst wurden erste spontane Kommentare zu dem Faltblatt und das Interesse, in dem Faltblatt zu lesen.

Ergebnis spontane Kommentare (Zitate)	
ausschließlich positive Äußerungen	68%
„Für mich von aktuellem Interesse“; „Würde ich sofort lesen“	29%
„Es geht um vorgeburtliche Untersuchungen“	35%
„BZgA als Herausgeber ist seriös“	13%
„Wichtig, Krankheiten beim Kind zu erkennen“	10%
negativ „Die Frau sieht nicht nach einer Schwangeren aus“; „Sie wirkt krank“; „Sie sieht nicht glücklich aus“	13%
negativ „Pränataldiagnostik sagt mir nichts“	10%

Ergebnis spontanes Leseinteresse (Antwortskala)*	
In dem Faltblatt zu lesen ...	
reizt mich sehr/etwas	86%
reizt mich nur wenig/überhaupt nicht	15%
* (Abweichungen der Summe von 100% sind Rundungsfehler)	

Interpretation: Die ersten Reaktionen zum (geschlossenen) Faltblatt fallen sehr positiv aus; die Aufmerksamkeitszuwendung zum Faltblatt ist sehr stark. Die Werte spiegeln hohes Interesse wider, das durchaus auf eine realistische Situation übertragen werden kann.

Interessant ist die Kritik, die sich aus den spontanen Reaktionen zum Titelbild ergibt: Ein Teil der Schwangeren stört sich am Aussehen der abgebildeten Frau, die auf sie krank und etwas unglücklich wirkt – offensichtlich würden diese Frauen ein Bild vorziehen, das dem Stereotyp der glücklichen, gesunden Schwangeren entspricht. Später, nach ausführlicher Auseinandersetzung mit dem gesamten Faltblatt, bestätigt sich dieses Ergebnis: das Titelbild wird relativ häufig (von 32% der Schwangeren) als „nicht so gut“ oder „überhaupt nicht gut“ bewertet.

10% betonen beim ersten Anschauen des Faltblatts, dass ihnen der Begriff „Pränataldiagnostik“ unbekannt ist – ein erster Hinweis, dass sich nicht alle Schwangeren angesichts des Titels eine konkrete Vorstellung von den Inhalten machen können. Der Fragebogen sah ohnehin vor, diesen Aspekt zu klären – der nächste Abschnitt gibt Aufschluss darüber.

Verständnis des Begriffs „Pränataldiagnostik“

Wie gut verstehen die Schwangeren, was mit dem fachterminologischen Wort „Pränataldiagnostik“ gemeint ist? Setzt das Faltblatt mit diesem Begriff auf der Titelseite zu viele Vorkenntnisse voraus? Um diese Frage zu beantworten, wurde eine Frageformulierung gewählt, die nicht direkt auf Wissen abzielt (um Frauen mit geringen Kenntnissen nicht das peinliche Gefühl zu geben, ungebildet zu erscheinen). Stattdessen wurde auf indirekte Weise versucht, den Wissenshintergrund zu beleuchten:

Der Titel des Faltblatts ist ja ein medizinischer Fachbegriff ... Wie würden Sie „Pränataldiagnostik“ mit eigenen Worten umschreiben? (Zitate)

„Weiß nicht“; „Vorher noch nie davon gehört“	23%
„Alle Untersuchungen während der Schwangerschaft“	48%
„Diagnostik des ungeborenen Lebens“	
„Das Kind im Mutterleib wird untersucht“	21%

Interpretation: Ein erheblicher Teil der Frauen kennt den Begriff „Pränataldiagnostik“ nicht, noch mehr missverstehen ihn im Sinne einer allgemeinen „Schwangerschaftsvorsorge“. Nur ein Fünftel – und damit viel zu wenige – sind sich über die exakte Bedeutung von „Pränataldiagnostik“ im Klaren.

Als Referenzwert wurde die subjektive Einschätzung des eigenen Wissensstands zum Thema „Pränataldiagnostik“ erhoben, was auch Rückschlüsse auf das Interesse an Informationen zum Thema zulässt:

Ergebnis zur Einschätzung eigener Informationen

(Antwortskala)

Ich bin über Pränataldiagnostik ...

sehr gut/gut informiert	58%
nicht so gut/schlecht informiert	42%

Interpretation: Da Pränataldiagnostik häufig mit Schwangervorsorge verwechselt wird, fühlen sich die Betroffenen besser informiert als sie es eigentlich sind. Dennoch bleibt ein großer Teil, der ein Informationsdefizit bei sich erkennt. Da andere Ergebnisse zeigen, dass dieses Defizit nicht auf mangelndes Interesse am Thema zurückzuführen ist, sind gute Voraussetzungen gegeben, das Faltblatt als geeignet zur Erweiterung des eigenen Wissens zu betrachten.

Handhabung des Faltblatts

Das zusammengefaltete Blatt stellt eine sehr kompakte, platzsparende Form einer Informationsbroschüre dar. Können die Schwangeren jedoch damit umgehen? Wie gut gelingt es ihnen, das Blatt aufzuklappen und auf die jeweils richtige Seite zu drehen? Um diese Frage zu beantworten, wurde neben dem Urteil der Schwangeren zum Faltmechanismus auch die Methode der InterviewerInnen-Beobachtung eingesetzt:

Ergebnis der Beobachtung (Skala zum Ankreuzen)**Die Schwangere hat ...**

keine Probleme mit der Handhabung	92%
Probleme mit der Handhabung	8%

Ergebnis des Urteils der Schwangeren (Antwortskala)**Die Handhabung des Faltblatts ist ...**

einfach und bequem	90%
eher schwierig und unbequem	10%

Interpretation: Es ergeben sich nur vereinzelt Probleme bei der Handhabung des Faltblatts und eine gute Übereinstimmung zwischen Interviewerbeobachtung und eigenem Urteil. Oft fällt bei Fragestellungen zum Handling im Vergleich zur Beobachtung das Urteil der Testperson viel positiver aus, da sie sonst befürchten muss, bei dem/der InterviewerIn als ungeschickt zu gelten. Im vorliegenden Fall scheinen tatsächlich kaum Handhabungsprobleme zu existieren.

Leseverhalten – Simulation einer quasi-biotischen Situation

Wie verhalten sich die Frauen, wenn sie aufgefordert werden, das Faltblatt „einmal in Ruhe“ durchzulesen und ihnen dabei überlassen wird, wie viel Zeit sie dafür aufwenden? Natürlich legt die ungewohnte Interviewsituation kein übliches, „normales“ Leseverhalten nahe, aber es lässt sich zumindest eine Annäherung an die Realität schaffen. Auch bei dieser Frage beobachteten die InterviewerInnen die Verhaltensweisen der Frauen:

Ergebnis der Interviewerbeobachtung

(Skala zum Ankreuzen)

Die Schwangere hat ...

das Faltblatt komplett gelesen	50%
Tabelle und Textseiten teilweise gelesen	31%
Textseiten gelesen, Tabelle höchstens überflogen	11%
nur die Tabelle gelesen	8%

Die meisten lesen ca. 10 bis 15 Minuten im Faltblatt	80%
Die durchschnittliche Lesedauer beträgt 12 Minuten.	

Interpretation: Leseverhalten und Lesezeit deuten auf ein hohes Interesse am Thema und auf eine Textgestaltung hin, die die Aufmerksamkeit bindet. Beachtlich ist, dass die vom Verständnis her nicht ganz einfache Tabelle annähernd gleich häufig gelesen wird wie der Text auf den Umschlagseiten. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass die Tabelle – obwohl sie viele medizinische Begriffe enthält – durch ihren übersichtlichen Aufbau grundsätzlich gut verstanden wird.

Interesse am Faltblatt im Sinne von echtem Involvement

Wenn die Frauen in der vorliegenden Studie auf direkte Weise nach ihrem Interesse am Faltblatt oder nach der persönlichen Relevanz der enthaltenen Informationen gefragt werden, urteilen sie außerordentlich positiv. Vielleicht jedoch entstehen diese Urteile aus dem Bedürfnis, im Sinne sozialer Erwünschtheit zu antworten – die Schwangeren könnten denken, dass positive Reaktionen erwartet werden und sie sich mit einer kritischen Haltung ins Unrecht setzen. Über den Trick der Projektion lassen sich solche Antwortenden aushebeln, und es ergeben sich Antworten, die näher an der Wahrheit sind als die Antwort auf ein direktes „Wie denken Sie persönlich darüber?“.

Ergebnis zur projektiven Frage: Würden Sie dieses Faltblatt an andere weiterempfehlen – z.B. an eine Freundin, die auch schwanger ist? (Antwortvorgaben)**Würden Sie das Faltblatt an andere weiterempfehlen?**

ganz bestimmt	57%
wahrscheinlich	31%
vielleicht	7%
wahrscheinlich nicht/ganz bestimmt nicht	6%

Interpretation: Die Bereitschaft, das Faltblatt anderen zu empfehlen, kann als sehr hoch eingestuft werden. Eine generell positive Einstellung, so zeigt das Ergebnis, würde bei vielen Frauen ohne weiteres zu einer solchen Empfehlung führen.

Bei den GynäkologInnen ergeben sich über die (sehr positive) Gesamtbewertung des Faltblatts hinaus auch einige Ergebnisse, die interessante Einblicke in Kommunikationsmuster zwischen Schwangeren und ÄrztInnen liefern, unter anderem in Abhängigkeit von deren Alter und Geschlecht.

Einstellung älterer Gynäkologen im Vergleich zu jüngeren Gynäkologinnen (Ergebnis offener Fragen)

	ältere Gynäkologen	jüngere Gynäkologinnen
„Besserwisserei der Mütter kann zu Problemen führen“	7%	0%
„Zu viel Aufklärung halst dem Arzt unnötige Diskussionen auf“	10%	0%
„Der Arzt sollte entscheiden, welche Info weitergegeben wird“	7%	0%

Interpretation: Ältere Gynäkologen erwecken oft den Anschein, der traditionellen Rolle des Arztes stärker verhaftet zu sein als ihre jüngeren Kolleginnen, die als junge Ärztinnen den Problemen ihrer (gleichgeschlechtlichen) Patientinnen möglicherweise aufgeschlossener gegenüberstehen.

Wie sehen sich die GynäkologInnen im Falblatt repräsentiert? (Ergebnis offener Fragen)

„Unsere Beratungsfunktion kommt zu kurz; mehr den Arzt als Ansprechpartner nennen, sonst gehen die Frauen seltener zur Untersuchung“	12%
„Risiken der Diagnostik müssen mit dem Arzt individuell geklärt werden, nicht in einem solchen Falblatt; hier bekommen Patientinnen vielleicht Angst vor Pränataldiagnostik“	12%

Interpretation: Die Bedeutung des Arztes/der Ärztin wird nach Ansicht eines Teils der GynäkologInnen im Falblatt nicht angemessen gewürdigt. Die Beratungsfunktion und -leistung der ÄrztInnen kommt ihrer Auffassung nach zu kurz, und es wird die Gefahr gesehen, dass Schwangere den Arztbesuch als weniger wichtig empfinden. Besonders für eine Aufklärung über die Risiken der Pränataldiagnostik sehen sich ÄrztInnen allein zuständig; nur sie kennen individuelle Faktoren und sehen sich dadurch besser in der Lage, Risiken von Fall zu Fall abzuschätzen – das Falblatt pauschalisiert in ihren Augen und könnte Patientinnen verunsichern.

Weitere Anmerkungen zum Fragebogen für Endadressatinnen und GynäkologInnen

Von den Besonderheiten des Fragebogens für die Zielgruppe der Schwangeren abgesehen, wurden die meisten Fragen zur Bewertung formaler und inhaltlicher Aspekte des Falblatts in beiden Zielgruppen mit Hilfe von Rating-Skalen (abgestufte Antwortvorgaben) und offenen Fragen (keine Antwortvorgaben, offene Antworten der Testpersonen) erfasst. Beide Fragenmethoden ergänzen einander sehr gut: Offene Fragen geben viele qualitative Hinweise auf die oft sehr breit gefächerten Meinungen zu einem bestimmten Aspekt. Häufig lassen sich ebenso unerwartete wie auf-

schlussreiche Ergebnisse „entdecken“ (im vorliegenden Fall zum Beispiel die Kritik am Aussehen der Schwangeren auf dem Titelblatt), die zu wichtigen Erkenntnissen über die Zielgruppe und zu Optimierungen des Untersuchungsgegenstands führen können. Rating-Skalen dagegen werden eingesetzt, um Bewertungen zu quantifizieren oder zuvor entwickelte Hypothesen zu überprüfen – sie können jedoch keine überraschend neuen Einsichten generieren.

Im vorliegenden Fall haben die eingesetzten Methoden zu einem klaren Ergebnis geführt und darüber hinaus durch den Methodenmix zuvor unbekannte Einstellungsaspekte aufgedeckt.

Petra Schöneberger

Petra Schöneberger ist Diplom-Psychologin und geschäftsführende Gesellschafterin des Alpha-Instituts für psychologische Markt- und Kommunikationsforschung. Sie hat im Auftrag der BZgA schon mehrere Projekte zur Evaluation von Printmedien durchgeführt, meist von Broschüren im Bereich der Sexualaufklärung und Familienplanung.

Kontakt:

Alpha-Institut GmbH
Kaiserstraße 29
55116 Mainz
Telefon (06131) 63068-0
Telefax (06131) 63068-50
p.schoeneberger@alpha-institut.de
www.alpha-institut.de

BROSCHÜREN

Lied & Bewegung

Dorothee Kreusch-Jacob, Fredrik Vahle, Gerhard Schöne, Robert Metcalf, Trio Kunterbunt – wer kleine Kinder hat, kennt vermutlich die meisten dieser LiedermacherInnen, die zu den bekanntesten ihres Fachs zählen. Für nur 3 Euro bietet die BZgA seit April 2002 eine von Juliane Plöger wunderschön gestaltete Broschüre mit Begleit-CD an, auf der 11 Bewegungslieder zum Singen, Tanzen und Zuhören versammelt sind.

Der Anlass für die Erstellung dieses Mediums erschließt sich sofort: „Leben in einer Sitzgesellschaft“ heißt der einleitende Text von Renate Zimmer, in dem die Autorin den besorgniserregenden Bewegungsmangel unseres modernen Alltags thematisiert, in dem Kinder immer weniger körperlich-sinnliche Erfahrungen machen können: „Der Mensch ist ein Bewegungswesen, für Kinder gilt dies in ganz besonderem Maße: Bewegung ist für sie Ausdruck ihrer Lebensfreude, gleichzeitig aber auch Mittel zum Erwerb vielfältiger Erfahrungen über sich selbst. Kinder wollen und müssen sich bewegen, damit ihre Muskeln und Organe Wachstumsreize erhalten und damit ihr Herz-Kreislauf-System gestärkt wird, vor allem aber, damit sie in der aktiven Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufbauen ...“

Die Broschüre enthält zu jedem Lied Text, Noten sowie hilfreiche methodische Hinweise zum Charakter der Musik, zu Bewegungsmöglichkeiten und Anwendungszielen wie zum Beispiel „Umgang mit eigener Unruhe“, „Entspannung“ oder „Verarbeitung von Gefühlen“.

Die 38-seitige, farbige Broschüre mit Begleit-CD kostet 5 Euro Schutzgebühr inkl. Versandkosten.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 99840000

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung

Unter einem ärztlichen Qualitätszirkel versteht man den freiwilligen Zusam-

menschluss von ÄrztInnen gleicher oder benachbarter Fachrichtungen und weiterer mit der PatientInnenversorgung befasster Berufsgruppen mit dem Ziel, die eigene Arbeit zu analysieren, sie bezüglich ihrer Qualität zu bewerten und gegebenenfalls gezielt zu verändern.

Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe „Qualitätsförderung in der Primärversorgung“ der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen hat die BZgA von 1992 bis 1994 ein Modellprojekt mit dem Titel „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ durchgeführt, das in einer 22-seitigen Broschüre (DIN A4) vorgestellt wird.

In der Publikation werden Zielsetzungen, Charakteristika und Ablauf von Qualitätszirkeln beschrieben. Der Verlauf und die wichtigsten Ergebnisse des Modellprojekts werden vorgestellt.

Bestelladresse:

BZgA, Lehrgangsreferat,
Manfred Lehmann
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

das baby

Die völlig überarbeitete und neu gestaltete Broschüre „das baby“ enthält auf 88 Seiten (DIN A4, farbig) sehr viele wichtige Informationen für Eltern über das erste Lebensjahr. Auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse gibt sie Hinweise zur Ernährung, Pflege, Gesundheit und Entwicklung des Babys. Sie geht auch auf die Belastung der Eltern ein, und man erfährt, warum es so wichtig ist, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und sich ihm liebevoll und aufmerksam zuzuwenden – die wichtigste Grundlage für seine geistige und seelische Entwicklung.

Die LeserInnen können diese Broschüre wie ein kleines Lesebuch nutzen, um sich allgemein zu informieren, und sie können sich in dem gut strukturierten Text anhand beredter Zwischentitel („Der Schnuller. Babys Kultstück“) nach eigenen Interessen darin orientieren.

Die den Text illustrierenden Fotos haben viel Atmosphäre und scheinen ihrerseits kleine Geschichten zu erzählen.

Vor allem in gynäkologischen Praxen sollte diese Broschüre angesichts der Flut kommerzieller Medien, die dort häufig dominieren, keinesfalls fehlen.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 11030000

Entwicklungs-, Gesundheits- und Impfkalender

Eine sinnvolle Ergänzung zur oben beschriebenen Broschüre bieten drei Falblätter zu den Themen frühkindliche Entwicklung, Gesundheit und Impfen.

Im Entwicklungskalender erfahren Eltern, was Babys in der Zeit von der Geburt bis zum 18. Lebensmonat Schritt für Schritt lernen, wie man ihre Entwicklung aufmerksam verfolgen kann und vor allem, was man selbst durch Zuwendung, Zärtlichkeiten, Spiele und so weiter zu einer gesunden Entwicklung beitragen kann.

Der Gesundheitskalender informiert über die neun kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Der Impfkalender klärt über die wichtigsten Impfungen, Impfreaktionen sowie den richtigen Zeitpunkt für das Impfen auf.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Entwicklungskalender:
Best.-Nr. 11 040 000
Gesundheitskalender:
Best.-Nr. 11 020 000
Impfkalender: Best.-Nr. 11 080 000

Gesundheitsförderung im Kindergarten

In dieser Broschüre informiert die BZgA über ihre Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung im Kindergarten und benennt Ziele und KooperationspartnerInnen. Die Publikation mit der Nummer 3 in der Reihe „Konzepte“ ergänzt die bereits erschienenen Konzepte „Gesundheit für Kinder und Jugendliche“ und „Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung“ im Arbeitsschwerpunkt „Gesundheit für Kinder und Jugendliche“.

Beschrieben werden auf 20 Seiten (DIN A5) zunächst die Ausgangslage und Handlungsfelder, dann die Zielsetzungen der Gesundheitsförderung im

Kindergarten, die konkreten Aufgaben der BZgA sowie viele wichtige Akteure und PartnerInnen in diesem Bereich.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 60 403 000

Wie geht's – wie steht's?

Die kleinformatige Broschüre „Wie geht's – wie steht's?“ enthält auf 102 Seiten „Wissenswertes für Jungen und Männer“, so der Untertitel. Die Leser erfahren, weshalb ein kleiner Penis vorteilhafter sein kann als ein großer, wieso der Penis trotz Lust manchmal nicht steif wird, dass die Produktion einer Samenzelle drei Monate dauert und die Samenflüssigkeit beim Orgasmus auf bis zu 50 km/h beschleunigt wird. „Hier“, so heißt es im Vorwort, „bekommt jedes Ding seinen Namen, damit es zu gegebener Zeit leichter fällt, darüber zu sprechen“. Man(n) kann sich detailliert über die Funktion der männlichen Geschlechtsorgane informieren, über Fruchtbarkeit, Verhütung, Gesundheitsvorsorge und vieles mehr. Im Anhang wird auf weiterführende Literatur und Informationsbroschüren hingewiesen, in einem Glossar werden alle wichtigen Begriffe erläutert.

Zu dieser Broschüre steht zudem ein gleichnamiges ausführliches Begleitheft für MultiplikatorInnen, LehrerInnen und Eltern zur Verfügung, das die Vermittlung von biologisch-medizinischen Aspekten der männlichen Geschlechtsorgane erleichtern soll. Es bietet spannende und überraschende Fakten, um Jungen für das Thema „Jungen“ zu motivieren. Außerdem enthält das Begleitheft viele methodische Tipps, Materialien und Hinweise auf kostenlose Medien und weiterführende Literatur.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Broschüre: Best.-Nr. 13 030 000
Begleitheft: Best.-Nr. 13 031 000

**Gender Mainstreaming.
Was ist das?**

In einfachen Worten und mit anschaulichen Beispielen vermittelt die 72-seitige (kostenlose) Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend alles Grundlegende über Gender Mainstreaming. Den klaren Definitionen und Alltagsbeispielen folgt eine Chronologie zur Entwicklung des Konzeptes auf internationaler und nationaler Ebene. Rechtliche und politische Voraussetzungen und Vorgaben werden thematisiert und die Unterschiede zwischen Gender Mainstreaming und Frauenpolitik dargestellt. Weitere Kapitel behandeln Vorteile und Auswirkungen dieses neuen geschlechterpolitischen Ansatzes, Verfahrensweisen bei der Umsetzung und schließlich die Umsetzungsstrategie sowie Pilotprojekte der Bundesregierung.

Bestelladresse:

Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
53107 Bonn
Telefon (0180) 5 32 93 29
E-Mail:
broschuerenstelle@bmfsfj.bund.de
www.bmfsfj.de
www.gender-mainstreaming.net

**„esperanza“
zur Pränataldiagnostik**

In der Themenreihe „esperanza“ des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e.V., auf die wir an dieser Stelle bereits hingewiesen haben, sind zwei neue Broschüren zur Pränataldiagnostik erschienen. Eine umfangreiche, 38-seitige Broschüre (DIN A4) informiert ausführlich über Chancen und Risiken vorgeburtlicher Untersuchungsangebote und rät zu einer ruhigen Abwägung derjenigen Vorsorgeuntersuchungen, die Frauen in Anspruch nehmen wollen. Die AutorInnen weisen ausdrücklich darauf hin, dass Erkrankungen und Behinderungen mehrheitlich nicht angeboren und folglich vor der Geburt nicht diagnostizierbar sind, die Untersuchungen also kein gesundes Kind garantieren können. „Das neue Leben ist ein großartiges Geschenk und nicht ein kritisch zu hinterfragendes Qualitätsprodukt. Leben ist einzigartig“, schließt das erste Kapitel.

Die folgenden Abschnitte stellen medizinische Verfahren vor, thematisieren ausführlich den „Faktor Unsicher-

heit“ und präsentieren Beratungs- und Hilfeangebote.

Eine weitere Broschüre stellt psychosoziale Beratungsangebote im Kontext der Pränataldiagnostik vor und verrät, wie Ratsuchende Begleitung erfahren können. „esperanza“ bietet psychosoziale Unterstützung als Entscheidungshilfe, während der Wartezeit auf einen Befund der vorgeburtlichen Untersuchung, bei einer zu erwartenden Behinderung des Kindes, nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung sowie nach einem Schwangerschaftsabbruch an. Die Beraterinnen arbeiten hierzu in einem Netzwerk aus GynäkologInnen, Geburtshilfe-Abteilungen, human-genetischen Praxen, Hebammen, KinderärztInnen, Fachkräften in Behinderteneinrichtungen und weiteren Verantwortlichen zusammen. Im Anhang der Broschüre sind als lose Blätter die Adressen sämtlicher esperanza-Beratungsstellen aufgelistet.

Bestelladresse:

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.
Georgstraße 7
50676 Köln
Telefon (0221) 2010 144
Christa.Pesch@caritasnet.de
www.esperanza-online.de

FACHHEFTREIHE

Qualitätsmanagement

„Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“ heißt Band 15 der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ der BZgA. Dieser Reader gibt einen systematischen und umfassenden Überblick über Theorie und Praxis der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention und ist das Ergebnis eines Modellprojektes der BZgA in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung vom Juli 1998 bis Dezember 2000.

- Welche Konzepte und Methoden des Qualitätsmanagements gibt es für die Gesundheitsförderung und Prävention?
- Wie gelingt es einer Einrichtung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in die eigene Arbeit zu integrieren und zu implementieren?

- Welche Bedingungen führen zum Erfolg, welche zum Scheitern? Dies sind die Kernfragen, denen die AutorInnen dieses Fachheftes nachgehen.

Theoretische Basistexte zeigen die Bedeutung und verschiedenen Aspekte des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und Prävention und bieten einen Einblick in dessen Konzepte und Entwicklungen. Ein ausführlicher Praxisteil veranschaulicht, inwieweit die vorhandenen Modelle bereits zur Anwendung kommen oder in die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention integriert werden können. In diesem von Praktikern selbst verfassten Kapitel kommen auch Strategien zur Überwindung von Hindernissen zur Sprache, die einer Einführung von Qualitätssicherungsstandards nicht selten entgegenstehen.

Das abschließende Kapitel ist als Leitfaden konzipiert, der Einrichtungen und Fachkräften im Bereich der Gesundheitsförderung bei der praktischen Umsetzung Orientierung bietet.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 60 615 000

**„Früh übt sich ...“
Gesundheitsförderung
im Kindergarten**

Ebenfalls in der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ ist als Band 16 „Früh übt sich ...“ erschienen. Die 248-seitige Publikation dokumentiert eine ExpertInnentagung der BZgA im Juni 2000.

„Gerade für das frühe Kindesalter lassen sich noch hohe Gesundheitspotenziale unterstellen, die es zu aktivieren und erhalten gilt“, heißt es im Vorwort. Bei der Fachtagung wurden aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis zusammengetragen, zentrale Aspekte mit ExpertInnen diskutiert und empfehlenswerte Ansätze und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Kindergartenbereich vorgestellt.

Die Dokumentation dient unter anderem der Sicherung und Intensivierung der Gesundheitsförderung im Kindergarten und der Unterstützung der Arbeit von Erzieherinnen und Erziehern.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
Fax-Order (0221) 8992 257
order@bzga.de
Best.-Nr. 60 616 000

BÜCHER

**„Was geht? –
Ein Buch nur für Jungs“**

Diese Neuerscheinung der Autoren Detlev Freigang und Daniel Kunz gibt Antworten auf das, was Buben und junge Männer im Zusammenhang mit dem Erwachsenwerden interessiert: Stress mit den Eltern, Anerkennung, erste Liebe, Vaterschaft, Karriere, Gewalt, Drogen, sexuelle und kulturelle Identität oder körperliche Veränderungen.

Die Themen stammen aus der Praxis der Jugend- und Familienberatung der Pro Familia Berlin, wurden unter Mitwirkung von Jungen und jungen Männern erarbeitet und sind für die Altersgruppe zwischen 12 und 18 Jahren gedacht.

Erzählt werden die Geschichten von elf Jungen, die gemeinsam in einer Fußballmannschaft spielen. Jeder von ihnen ist Protagonist einer Erzählung zu einem der genannten Themen. Manche finden eine Lösung für ihr Problem, andere nicht. Im Anschluss an jede Geschichte stehen Überlegungen zu der geschilderten Situation und Hinweise, wie und wo man sich Hilfe holen kann, wenn man sich in einer ähnlichen Situation befindet. Dieser Abschnitt ist bewusst so gehalten, dass er erste Anregungen zum Nachdenken gibt beziehungsweise erste Anlaufstellen für Unterstützung nennt. Es gibt keine vorgefertigten Lösungen und keine „Patentrezepte“. Die Eigeninitiative der Jungen soll soweit wie möglich mobilisiert werden.

Eine Liste mit Büchern zum Weiterlesen und Hinweise auf Beratungsangebote in Deutschland, Österreich und der Schweiz ergänzen diese Publikation.

Das Buch ist in der Jugendbuchreihe „Make a change“ im Kösel-Verlag, München erschienen. Der Preis beträgt 10 Euro.

Bezug:
im Buchhandel

ARBEITSHILFEN

Sexualität und Behinderung

In einem zweijährigen praxisorientierten Forschungsprojekt, das vom niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales gefördert wurde, haben sich MitarbeiterInnen der Pro Familia Niedersachsen mit der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen befasst. In zahlreichen Veranstaltungen mit verschiedenen Zielgruppen wurden bedarfsorientierte Konzepte für Fortbildungen und Beratungen für Menschen mit Behinderung, MitarbeiterInnen aus Einrichtungen, Eltern und Angehörige entwickelt und erprobt.

Unter dem Motto „Sieh mal an(ders!)“ fand im April 2002 die Abschlussstagung statt, bei der als ein Ergebnis des Forschungsprojekts eine sexualpädagogische Mappe präsentiert wurde. Sie enthält einen Leitfaden zur Beratung und zur sexualpädagogischen Arbeit zum Thema Sexualität und Behinderung mit vielen Anregungen für die Praxis. Unter anderem geht es um Schwangerschaftskonflikte, sexualisierte Gewalt und medizinische Aspekte zu Sexualität und körperlicher Behinderung.

Zudem wurde ein Hilfsmittelkoffer vorgestellt, der neben sexuellen Hilfsmitteln verschiedene erotische und sinnliche Anregungen enthält.

Informationen zum Koffer und zur Mappe, die für 15 Euro zuzüglich Umsatzsteuer zu kaufen ist, gibt es beim Landesverband Niedersachsen direkt, Informationen zur Projektarbeit finden sich unter „Projekte“ auf dessen Homepage.

Kontakt:

Pro Familia Landesverband
Niedersachsen
Koordinierungsstelle Sexualität und
Behinderung
Telefon (0511) 35 36 533
E-Mail: abazuin@profamilia-
niedersachsen.de
www.profamilia-niedersachsen.de

TAGUNGEN

Aufwachsen in Medienwelten

Das „Nürnberger Forum der Jugendarbeit“ ist eine Fachtagungsreihe des Jugendamtes der Stadt Nürnberg. Die

diesjährige Tagung vom 25. bis 27. September hat den Titel „Aufwachsen in Medienwelten – Perspektiven der medienpädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“.

Im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, heißt es dazu in der Ankündigung, nimmt der Umgang mit Medien mittlerweile eine Schlüsselstellung ein. Deshalb steht das ambivalente Verhältnis der Pädagogik zu den neuen Medien im Zentrum dieser Veranstaltung.

Die Tagungsgebühr beträgt 80 Euro beziehungsweise 40 Euro für StudentInnen und PraktikantInnen. Anmeldeabschluss ist der 6. September 2002.

Anmeldung:

Stadt Nürnberg
Jugendamt
Abteilung Kinder- und Jugendarbeit
90317 Nürnberg
Telefax (0911) 231 3488

Sexualpädagogik und Vielfalt

Am 27. und 28. September findet die 2. Fachtagung der Gesellschaft für Sexualpädagogik e.V. in der Universität Münster statt. Die TeilnehmerInnen werden sich damit befassen, wie und welche Vielfalt in unserer Gesellschaft allgemein und in der Sexualpädagogik erlebt wird, wie sie erkundet, erstritten, gestaltet und ausgehalten werden kann. Die Tagungskosten betragen 30 Euro, ermäßigt 20 Euro.

Anmeldung:

Universität Münster
Institut für Soziologie
Dr. Elisabeth Tuidor
Scharnhorststraße 121
48151 Münster
GSPeV@gmx.de

Konfliktlösungsverhalten von Kindern

„Konfliktlösungsverhalten von Mädchen und Jungen in Kindertagesstätten“ ist der Titel eines Forschungsprojekts der Bildungswerkstatt Hamburg, an dem neun Hamburger Kitas beteiligt waren. Im Projektverlauf wurden Hospitationen und Interviews mit den Kindern durchgeführt, und es wurde ein Fortbildungskonzept für die MitarbeiterInnen entwickelt und evaluiert.

Die Ergebnisse sollen auf einer Fachtagung am 24. September in Hamburg vorgestellt und diskutiert werden.

Anmeldung und Information:

Senatsamt für die Gleichstellung
Frau Reimer
Alter Steinweg 4
20459 Hamburg
Telefon (040) 422 96 46
christelvandieken@web.de

Aufwachsen im Kondom-Zeitalter

„Growing up in the Condom Age: Neglected aspects of adolescent sexuality“ heißt die zehnte Jahrestagung des „European Network of the International Association of Adolescent Health“, die vom 26. bis 28. September in der Stadtklinik Baden-Baden stattfinden wird. Die TeilnehmerInnen dieser internationalen, interdisziplinären Tagung, zu der in Deutschland die Arbeitsgemeinschaft Jugendgesundheit und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. einladen, werden sich unter anderem mit folgenden Themen befassen: Jugendsexualität im internationalen Vergleich, Sexualität und Behinderung, Einflüsse der Medien, Aspekte sexueller Ausbeutung u.v.m.

Die Teilnahme kostet 200 Euro.

Kontakt und Anmeldung:

Dr. Irene Schneid-Horn
Kelterbergstraße 9
76593 Gernsbach
Telefon (07224) 65 49 97
Telefax (07224) 26 09
iaah-europe2002@gmx.net

FORTBILDUNGEN

Mädchengesundheitsladen

Der Mädchengesundheitsladen in Stuttgart führt regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen durch. In der zweiten Jahreshälfte 2002 wird unter dem Titel „Selbstverletzendes Verhalten bei Mädchen und Frauen“ eine zweitägige Fortbildung angeboten. Nach theoretischen Inputs über Erscheinungsformen und Hintergründe dieses Phänomens, bei dem sich Mädchen selbst Verletzungen zufügen bis hin zu Suizidversuchen, wird der Schwerpunkt des Seminars auf dem Umgang mit den Betroffenen sowie den Möglichkeiten und auch den Grenzen der pädagogischen Hilfestellung liegen. Anhand konkreter Fallbeispiele werden Interventionsstrategien erarbeitet.

Termin ist der 26.–27. September 2002, jeweils von 10 bis 17 Uhr. An-

meldungen sind bis zum 18. September möglich, die Kosten betragen 105 Euro.

Um „Burn out in der Mädchenarbeit“ geht es in einer Veranstaltung am 21. Oktober von 9.30 bis 17 Uhr (55 Euro), zu der bis zum 11. Oktober Anmeldungen möglich sind. Die Mädchen selbst oder jüngere Kolleginnen fragen immer häufiger kritisch nach dem Sinn der Mädchenarbeit. Fragen danach, ob die Mädchenarbeit noch zeitgemäß sei, werden laut, zudem ist ihre finanzielle Absicherung oft gefährdet.

Für Mädchenarbeiterinnen, die schon lange in der Praxis stehen, führt diese Situation nicht selten zu Unlust und Missmut. Der Fortbildungstag bietet Gelegenheit, sich mit der aktuellen Diskussion um Mädchenarbeit und ihre Konzepte kritisch auseinander zu setzen.

Anmeldung:

Mädchengesundheitsladen
Lerchenstraße 53
70176 Stuttgart
Telefon (0711) 223 99 82
Telefax (0711) 226 25 67

Sexualpädagogische Weiterbildung für pädagogisch und beratend Tätige

Das Institut für Sexualpädagogik bietet seit 1989 eine zertifizierte Fortbildung in 10 Wochenendblöcken über eineinhalb Jahre an. Sie richtet sich an haupt- und ehrenamtlich in Erziehung, Betreuung, Beratung und im pflegerischen Bereich Tätige, die sich für den alltäglichen Umgang mit Sexualität in ihren Institutionen und für geplante sexualpädagogische Arbeit qualifizieren möchten.

Die nächste Jahresfortbildung beginnt im Februar 2003. Anmeldeabschluss ist der 15.12.2002. Die Seminargebühren inklusive Unterkunft (EZ) und Verpflegung betragen pro Wochenende 290 Euro.

Kontakt:

Institut für Sexualpädagogik (isp)
Telefon (0231) 14 44 22
i-s-p@gmx.de
www.isp-dortmund.de

Sexualpädagogische Weiterbildung für MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe

In Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe und Prof. Dr.

Joachim Walter von der Evangelischen Fachhochschule Freiburg hat das isp eine eigenständige sexualpädagogische Weiterbildung für MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe entwickelt.

Die Weiterbildung wird ab Januar 2003 in drei Regionen des Bundesgebietes angeboten und umfasst insgesamt 10 Wochenendseminare innerhalb von eineinhalb Jahren. Angesprochen werden haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen, die in Schulen sowie in Wohn-, Werk- oder Freizeiteinrichtungen mit lern-, geistig- bzw. mehrfach behinderten Menschen arbeiten.

Die erfolgreiche Teilnahme an der Weiterbildung wird mit einem Hochschulzertifikat bescheinigt.

Kontakt:

Institut für Sexualpädagogik (isp)
 Telefon (0231) 14 44 22
 i-s-p@gmx.de
www.isp-dortmund.de

Geschlechtsbezogene Pädagogik im Elementarbereich

Im Mittelpunkt dieses Seminarangebots der Heimvolkshochschule „Alte Molkerei Frille“ steht die Erzieherin mit ihrem biographischen Hintergrund und ihrem weiblichen Rollenverständnis, die auf diesen Grundlagen eine bedeutende Stellung für die geschlechtsspezifische Sozialisation von Mädchen und Jungen einnimmt.

Im Seminar wird die Bedeutung der Selbstreflexion für ein qualifiziertes, verantwortliches pädagogisches Handeln diskutiert, und es wird viel Wert auf den direkten Bezug zum Berufsalltag jeder einzelnen Teilnehmerin gelegt werden. Auch für den gemeinsamen Austausch ist viel Zeit vorgesehen. „Gewinnbringende Veränderungsmöglichkeiten können anhand von konkreten Konfliktsituationen aus dem Alltag erprobt werden“, heißt es dazu im Programm.

Die Veranstaltung mit dem Untertitel „Problemlösung statt Zusatzbelastung“ findet vom 6. bis 8. November 2002 in Petershagen (Nordrhein-Westfalen) statt. Die Teilnahme kostet 100 Euro.

Anmeldung:

Heimvolkshochschule
 „Alte Molkerei Frille“
 Freithof 16
 32469 Petershagen
 Telefon (05702) 9771
 Telefax (05702) 2295
 info@hvhs-frille.de
www.hvhs-frille.de

Jugendliche und sexuelle Orientierung heute

„Zwischen Handy, Schule und Zukunftsträumen – Jugendliche und sexuelle Orientierung heute“ heißt eine Fortbildung für MitarbeiterInnen der Jugendhilfe, die sich aus sechs eintägigen und einer zweitägigen Veranstaltung ab August 2002 bis Juni 2003 zusammensetzt.

Die Fortbildung hat zum Ziel, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Einrichtungen, die mit Kindern und Jugendlichen pädagogisch arbeiten, so zu qualifizieren, dass sie sich selbst beim Thema „sexuelle Orientierung“ sicher fühlen, darüber informieren, dazu beraten und im Rahmen ihrer Arbeit eigenständig Angebote entwickeln und durchführen können.

Die Veranstaltung besteht aus mehreren, aufeinander aufbauenden Teilen und

- vermittelt theoretische Hintergründe,
- stellt geeignete sexualpädagogische Methoden und Materialien vor,
- bietet einen Einblick in Erfahrungen aus der pädagogischen Praxis,
- vermittelt Beratungskompetenz und
- begleitet den Aufbau eines Netzwerks von Fachkräften zum Thema sexuelle Orientierung in Schleswig-Holstein.

Die Fortbildungsreihe richtet sich an haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe (öffentliche und freie Träger) sowie Interessierte aus anderen Bereichen pädagogischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Sie wird von der Informations- und Beratungsstelle „Na Sowas“ des Jugendnetzwerks Lambda Nord e.V. in Kooperation mit dem Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein durchgeführt.

Eine Teilnahme setzt die Bereitschaft voraus, sich selbst und Erfahrungen aus der eigenen Arbeit einzubringen, sowie im Rahmen der Fortbildung selbstständig ein Projekt zum Thema sexuelle Orientierung durchzuführen.

Veranstaltungsort ist die Evangelische Akademie in Bad Segeberg. Der Kostenanteil beträgt 160 Euro für hauptamtlich und 80 Euro für ehrenamtlich Tätige.

Anmeldung:

Na Sowas
 Berliner Ring 12
 23843 Bad Oldesloe
 Telefon (04531) 88 58 78
 Telefax (04531) 88 58 59
nasowas@lambda-online.de

DOKUMENTATIONEN

Jugendkulturen

Voraussichtlich im August 2002 wird die Dokumentation der Tagung „Sexualpädagogik und Jugendkulturen“ erscheinen, die der Pro Familia Bundesverband im Dezember 2001 in Dresden durchgeführt hat (vgl. Beitrag von Heike Lauer in FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung Heft 1/2002). Diese Dokumentation umfasst rund 80 Seiten und kann kostenlos bezogen werden.

Bestelladresse:

Pro Familia e.V.
 Bundesverband
 Stresemannallee 3
 60596 Frankfurt
 Telefon (069) 63 90 02
<http://www.profamilia.de>

PROJEKTE

JugendFilmTage

Am 11. Juni eröffnete Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin die JugendFilmTage 2002 der BZgA. Kostenlos können Schulklassen in verschiedenen Städten der Bundesrepublik vier preisgekrönte Filme sehen, die sich mit den Themen Sexualität, Liebe, Freundschaft und HIV/Aids auseinandersetzen:

- „Das erste Mal“, Deutschland 1996, für 14- bis 17-Jährige,
- „Raus aus Amal“, Schweden/Dänemark 1998, für 14- bis 17-Jährige,
- „Mississippi – Fluss der Hoffnung“, USA 1995, für 11- bis 13-Jährige,
- „Beautiful Thing“, Großbritannien 1996, für 14- bis 17-Jährige.

Von Oktober bis Ende November sind diese Filme in folgenden Städten zu sehen: Köln, Göttingen, Braunschweig, Regensburg, Augsburg, Bremen, Schwerin und Bielefeld.

Außerdem gibt es im Rahmenprogramm jeweils Aktionen für SchülerInnen. Für die LehrerInnen werden im Vorfeld Workshops und Infopakete angeboten.

Im Internet finden sich unter der Adresse www.machsmitt.de und www.loveline.de weitere Hinweise, unter anderem auf einen Kreativ-Wettbewerb, bei dem neue Motivideen zur Aidsprävention gesucht werden.

Termine und Kontakt:

www.machsmitt.de

www.loveline.de

Doppelt anders – doppelt gefordert!

Lesbische und schwule Jugendliche mit Behinderung erleben eine zweifache Ausgrenzung: einerseits aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigung und andererseits wegen ihrer Liebe zu Menschen ihres eigenen Geschlechts. Deshalb startet das Jugendnetzwerk Lambda e.V. im Frühjahr 2002 das Projekt „Doppelt anders – doppelt gefordert!“ mit folgendem Aufruf:

„Wir wollen mit jungen Lesben und Schwulen mit körperlichen Behinderungen auf die Lebenssituation dieser Jugendlichen aufmerksam machen. Durch die Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Medien und die Erstellung eigener Informationsmaterialien sollen bundesweit Informationen verbreitet werden. In diesem Zusammenhang suchen wir Jugendliche und junge Erwachsene bis 27 Jahre, die bereit sind über ihren Alltag, ihr Leben, ihr Coming-Out, ihre Freuden und Sorgen, Hoffnungen und Wünsche zu erzählen und solche, die selber gerne interviewen und fotografieren möchten. Außerdem suchen wir lesbische und schwule gehörlose Jugendliche, die Interesse haben, Informationsmaterial über das Coming-Out und das lesbisch-schwule Leben für Gehörlose zu erstellen.“

Kontakt:

Jugendnetzwerk Lambda e. V.
Thomas Rattay
Telefon (04531) 88 58 13
Telefax (04531) 88 58 59
JAB@lambda-online.de

INSTITUTIONEN

25 Jahre „Dr. med. Mabuse“

„Basis-demokratisch und chaotisch – so trat ‚Dr. med. Mabuse‘ in jungen Jahren auf. Längst ist aus dem Spontiblatt eine ernst zu nehmende medizinische Zeitschrift geworden“, urteilte die Frankfurter Rundschau am 25. Mai aus Anlass des 25-jährigen Bestehens dieser Publikation. „Dr. med. Mabuse“ erscheint sechsmal im Jahr mit einer Auflage von 20 000 Exemplaren. Das Blatt steht für eine soziale und humane Medizin und hat sich in den 80er

Jahren weiteren Berufsgruppen, vor allem den Pflegeberufen geöffnet.

Zu „Mabuse“ gehört aber auch ein Verlag mit etwa 40 Neuerscheinungen jährlich und eine Versandbuchhandlung. Der Mabuse-Verlag weist zur Zeit auf die zweite, aktualisierte Ausgabe eines (1991 rasch vergriffenen) Buches zur Sozialgeschichte der Menstruation hin, das die historischen und bis heute gängigen Vorurteile und Mythen über die Menstruation aufzeigt. Das reich illustrierte, 190 Seiten starke Buch ist nach eigenen Angaben das einzige zum Thema. „Kenntnisreich, dabei sehr lesbar und verständlich“, so ein Kritiker, „führen die Autorinnen uns vor, wie die Vorstellung von der weiblichen Krise, von der unausweichlich regelmäßigen Krankheit entstanden ist, aber auch wie sich Frauen im Verlauf der Emanzipation gegen die vermeintliche Leistungsschwäche, gegen die chauvinistische Theorie von der natürlichen Frauenneurose zur Wehr gesetzt haben.“

„Die unpässliche Frau. Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene“ von Sabine Hering und Gudrun Maierhof umfasst etwa 190 Seiten und kostet 19,90 Euro.

Ein Probeexemplar der Zeitschrift „Dr. med. Mabuse“ und ein Verlagsprospekt können kostenlos angefordert werden.

Bestelladresse:

Mabuse-Verlag
Postfach 90 06 47
60446 Frankfurt am Main
Telefon (069) 97 07 40 72
Telefax (069) 70 41 52
E-Mail: info@mabuse-verlag.de
www.mabuse-verlag.de

Institut für Gender-Perspektiven

Das Institut für Gender-Perspektiven bietet die Durchführung von Informationstagen, Seminaren und Trainings sowie Praxisbegleitungen zur Vermittlung von Gender-Kompetenz an. Zielgruppen für zwei jeweils unterschiedlich konzipierte Angebote sind zum einen Institutionen aus dem öffentlichen Bereich, gemeinnützige Träger der Jugend- und Sozialarbeit, Träger im Gesundheitswesen, politische und gewerkschaftliche Interessenvertretungen, zum anderen Männer und Frauen, die sich als Einzelpersonen interessieren.

Einzelheiten können einem Faltblatt entnommen werden, das das Institut auf Anfrage verschickt.

Kontakt:

Institut für Gender-Perspektiven
Heimvolkshochschule „Alte Molkerei Frille“
Freithof 16
32469 Petershagen
Telefon (05702) 97 71
Telefax (05702) 22 95
E-Mail: info@hvhs-frille.de
www.hvhs-frille.de

Bildungsinstitut „Kraftprotz“

„Kraftprotz“ ist ein Bildungsinstitut für Jungen und Männer, das ein breites Angebot an Fortbildungen zur geschlechtsbewussten Sozialarbeit bereithält: „Basis-Trainings Jungenarbeit“ sind Bausteine einer Grundausbildung, die zu einer Fortbildungsreihe kombinierbar sind. Für besondere Arbeitsbereiche wie Kindertagesstätten, Schulen oder Jugendhilfeeinrichtungen werden „Spezialisten-Trainings“ angeboten. Außerdem bietet „Kraftprotz“ Praxis- und Teambegleitung sowie Teamsupervision an und führt direkt mit Jungen im Auftrag von Schulen und Jugendeinrichtungen Abenteuer-camps und Selbstbehauptungs-Trainings durch.

In der Männerarbeit bietet das Institut vor allem Systemische Männerberatung, Impulsworkshops für Männergruppen und Kurse für werdende Väter sowie Väter und Kinder an.

Kontakt:

Kraftprotz. Bildungsinstitut für Jungen und Männer
Josef Riederle
Vorderer Mühlenweg 17
24242 Felde
Telefon/Telefax (04340) 1884
J.Riederle@t-online.de

INTERNET

„Loveline“ rund ums Reisen

Bei der Jugend-Homepage „www.loveline.de“ der BZgA dreht sich in den Sommermonaten Juni bis September alles um das Reisen. Dieses Schwerpunktthema ist auf die Themen und Materialien der Aktion „On Tour! L'Amour?“ zugeschnitten, die wir im letzten FORUM an dieser Stelle ausführlich vorgestellt haben: FAQs, Umfragen, Gewinnspiele und Experten-chats geben Hinweise beziehungsweise beantworten Fragen der Jugendlichen

rund um die Themen Reisen, Verhütung und Aidsprävention.

Kontakt:

www.loveline.de

Relaunch der BZgA-Homepage

Die Homepage der BZgA, die über Ziele, Aufgaben und Angebote informiert, ist neu konzipiert und übersichtlicher gestaltet worden.

Wichtige Neuigkeiten stehen als kurze Einleitung (Lead) gleich auf der Hauptseite und können von dort als Volltext abgerufen werden.

Die drei Hauptrubriken sind „Die BZgA“, „Service“ und „Kampagnen“. Unter „Die BZgA“/„Profil“ sind etwa Aufgaben und Struktur der BZgA erläutert, und es kann der komplette aktuelle Jahresbericht eingesehen werden.

Unter „Studien/Untersuchungen“ sind alle Studien, Forschungsergebnisse und Dokumentationen in der Regel als vollständige Textversionen oder Kurzfassungen abrufbar. Diese Daten können als pdf-Datei geöffnet und ausgedruckt werden. Weitere Stichworte sind „Internationale Beziehungen“ (Konzepte internationaler Zusammenarbeit), „Marktbeobachtung“ (das Gesundheitssystem der BZgA), „Ausstellungen“ (die Wanderausstellungen zu Themen wie Aids, Sucht, Ernährung), „Gesundheit und Schule“ (Medien für Eltern und Lehrkräfte).

Die Rubrik „Kampagnen“ bietet ausführliche Informationen zu 15 Angeboten, Aktionen und Kampagnen der BZgA wie „Gib AIDS keine Chance“, „Kinder stark machen“, „Blut- und Plasmaspende“, „Gut drauf“ und der diesjährigen „Kinderliedertour“ mit Musik und Bewegungsspielen für Kinder ab fünf Jahren.

Unter „Sexualaufklärung und Familienplanung“ findet sich ein Link zur Homepage der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, und über „www.loveline.de“ geht's zur Jugend-Homepage zur Sexualaufklärung.

Kontakt:

www.bzga.de

Website zu diesem aktuellen Thema. Sie informiert übersichtlich über das Gender-Mainstreaming-Prinzip und die Umsetzungsstrategie der Bundesregierung, die das Konzept im Juni 1999 in ihre Geschäftsordnung aufgenommen hat. Für die Umsetzung ist eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verantwortlich. Neben Fortbildungen für die Beschäftigten hat jedes Ressort der Bundesregierung ein Modellprojekt eingerichtet, mit dem das Gender-Mainstreaming-Prinzip erstmals umgesetzt wird (s.a. die oben beschriebene Broschüre „Gender Mainstreaming. Was ist das?“).

Kontakt:

www.gender-mainstreaming.net

Website zu Gender Mainstreaming

Seit Anfang Juli präsentiert die Bundesregierung der Öffentlichkeit unter www.gender-mainstreaming.net eine

BERICHTE

- 3 **Qualitätssicherung in der Abteilung
„Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**
Ilona Renner
- 8 **Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung
und Prävention**
Harald Lehmann, Jürgen Töppich
- 14 **Qualität gemeinsam gestalten –
Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung**
Ottomar Bahrs
- 23 **Wirkungsqualität einer Website
„Usability Inspection“ von www.loveline.de, der Jugend-
Homepage der BZgA zur Sexualaufklärung**
Boris Weinrich
- 28 **„Mona, Lisa und Herr Hahnentritt“
Eine „KundInnenbefragung“ mit Kindern zu sexual-
pädagogischen Medien**
Andrea Hilgers
- 32 **Evaluation der Eltern-Broschüre „Körper, Liebe,
Doktorspiele“**
Wilfried Höveler
- 39 **Evaluation der Broschüre „Wie geht’s – wie steht’s?“**
Wilfried Höveler
- 47 **Evaluation eines Faltblatts
der BZgA zum Thema „Pränataldiagnostik“**
Petra Schöneberger

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung

Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

<http://www.sexualaufklaerung.de>

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung/BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA
Erscheint jährlich viermal.
Aufnahme nach 1996,1
ISSN 1431-4282

Konzeption:
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung
Text und Redaktion:
Heike Lauer, Frankfurt
Layout und Satz:
Dietmar Burger, Berlin
Druck: Moeker/Merkur, Köln
Auflage: 1./13./09.02

FORUM Sexualaufklärung und Familien-
planung 2/3–2002 ist kostenlos erhältlich unter
der Bestelladresse
BZgA, 51101 Köln
Best.-Nr. 13 32 91 10
order@bzga.de
Alle Rechte vorbehalten.
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.

INFOTHEK

- 52 **Broschüren, Fachheftreihe, Bücher, Arbeitshilfen,
Tagungen, Fortbildungen, Dokumentationen, Projekte,
Institutionen, Internet**

