

Podiumsdiskussion

Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Thema der Qualifizierung für die Stadtteilarbeit?

Prof. Dr. Beate Blättner, Fachhochschule Fulda

Dr. Birgit Hoppe, Stiftung SPI, Berlin

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Prof. Dr. Eva Luber, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Fachhochschule Esslingen

Moderation: Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.

Dr. Geene

Zur Vorstellung meiner Gesprächspartner/innen: Frau Prof. Luber ist Sozialmedizinerin und unterrichtet an der Hochschule Magdeburg-Stendal am Standort Magdeburg. Sie bildet angehende Gesundheitswirte aus.

Herr Prof. Trabert ist sicherlich vielen bekannt als engagierter Arzt der Obdachlosenmedizin aus Mainz. Er unterrichtet hauptberuflich Sozialarbeiter an der Fachhochschule Nürnberg.

Frau Dr. Hoppe bereichert unseren Kreis durch ihre Arbeit mit Berufserfahrenen. Sie ist stellvertretende Direktorin der Stiftung SPI und dort für den Geschäftsbereich Fachschulen, Qualifizierung & Professionalisierung zuständig. Dort werden Arbeitnehmer/innen der Jugendhilfe und der Altenpflege fort- und weitergebildet.

Einen solchen Hintergrund hat auch Frau Prof. Dr. Beate Blättner. Sie hat lange an der Volkshochschule gearbeitet und unterrichtet jetzt an der Fachhochschule Fulda Studiengänge im Gesundheits- und Pflegemanagement sowie Public Health mit den neuen Abschlüssen „Bachelor of Science“ und „Master of Science“. Das Stichwort dieser neuen Bezeichnungen „Bachelor“ und „Master“-Studiengänge ist insofern für uns wichtig, weil wir uns mit den neuen Konzepten beschäftigen wollen, mit denen Qualifikationen für Gesundheitsförderung systematisch entwickelt werden können. Wir wollen hier nicht die alten Streitereien neu ausfechten um Fragen wie: Wer hat die Besitzrechte? Wer hatte zuerst die Ideen? Ist Gesundheitsförderung nur Sozialpädagogik als alter Wein in neuen Schläuchen?

Wir haben Frau Prof. Blättner gebeten, zu Beginn

unserer Diskussion auf dem Podium aus ihrer Sicht und aus ihrer Erfahrung darzustellen, wo entscheidende Qualifikationsaspekte in der Ausbildung liegen.

Frau Prof. Blättner

Vielen Dank. Ich bin im Vorfeld gebeten worden, ein paar, vielleicht zur Diskussion provozierende Thesen vorzutragen. Erst habe ich gedacht, das gelingt mir wahrscheinlich nicht, aber ich versuche mal, ob ich das doch hinkriege. Und zwar möchte ich gleich mit einer Einschränkung unseres Themas beginnen, das da heißt „Gesundheitsförderung und Prävention – ein Thema der Qualifikation für die Stadtteilarbeit.“ Ich habe mich mit der Frage der Gesundheitsförderung und der Qualifizierung für die Gesundheitsförderung beschäftigt, nicht mit der für die Prävention. Und zwar absichtsvoll. Ich unterscheide beides. Prävention sollte nicht unmittelbar mit der Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht werden. Wenn man Prävention ernsthaft betreiben will, dann hat das sehr viel mit Kontrollfunktion zu tun, und genau davon möchte die Gesundheitsförderung weg bzw. damit hatte sie noch nie viel zu tun. Daher spreche ich jetzt ausdrücklich nur von der Qualifizierung für Gesundheitsförderung.

Es stellt sich die Frage, was jemand können muss, der Gesundheitsförderung im Stadtteil betreiben will. Vorab ein Wort zu meinem Sprachgebrauch: Ich benutze im Weiteren die männliche Form als Ausdruck des gender mainstreaming, auch weil wir hier auf dem Podium eine weibliche Mehrheit haben. Ein Gesundheitsförderer muss im Stadtteil zunächst einmal primär wirklich gute Stadtteilarbeit machen. Insofern also nichts Neues. Ich knöpfe hier an die Aussagen von Klaus Peter Stender an, dessen Beitrag hier in der Dokumentation ebenfalls veröffentlicht ist (s. Beitrag „Voneinander lernen – Gemeinsam etwas bewegen! Warum ist es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?“). Aber ich will dazu auch kritisch anmerken, dass in den inzwischen über zwanzig Jahren, in denen ich mich mit der Gesundheitsförderung beschäftige, mir immer wieder alle möglichen Professoren gesagt haben, das sei für sie nichts Neues, das würden sie schon immer machen. Meine Antwort ist heute immer noch die, die ich damals gegeben habe: Wenn sie das schon immer gemacht und auch schon immer gut gemacht hätten, dann wären wir heute doch erhebliche Schritte weiter. Irgendetwas muss nicht ganz richtig gemacht worden sein oder nicht ganz funktioniert haben, sonst wären wir jetzt nicht an diesem Punkt.

Doch es geht primär darum, gute Stadtteilarbeit zu machen, Stadtteilarbeit, die gesund-

heitswissenschaftlich fundiert sein soll. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse muss ein Stadtteilgesundheitsförderer umsetzen, indem er die Logik individuellen Handelns von Menschen versteht, darüber hinaus aber auch systemisch denkt und politisch handelt.

Wenn Sie mich jetzt fragen, was davon das Wichtigste ist, dann kann ich das natürlich nicht entscheiden, weil alles gleichermaßen wichtig ist. Aber meine Aussage dazu wird immer von dem abhängig sein, was ich im Moment als Defizit wahrnehme. Zurzeit würde ich sagen, das Defizit liegt auf der Ebene des politischen Handelns. Ich habe den Eindruck, es gerät in Vergessenheit, dass unsere heutigen Probleme, gerade in Bezug auf soziale Benachteiligung, durchaus politisch gemachte Probleme, politisch auch verschärfte Probleme sind, die sich nicht immer nur durch gute Stadtteilarbeit ausgleichen lassen.

Wenn Sie jetzt weiterfragen, was man denn jetzt braucht, um das alles umzusetzen, ganz konkret, um diese Arbeit machen zu können, dann lehne ich mich an das sog. Kompetenzmodell an. Gemeint ist das Modell der Schlüsselkompetenzen aus der handlungsorientierten Didaktik.

(1) Ich möchte bewusst mit den Methodenkompetenzen anfangen. Ich denke, es ist eine wichtige methodische Kompetenz, strategisch planen zu können. Das beginnt damit, Methoden des Projekts- und Qualitätsmanagement zu beherrschen. Projektmanagement, um das auch zu ergänzen, aber immer auch mit Hinblick darauf, dass es eben nicht Projekte bleiben, sondern diese Projekte irgendwie institutionell verankert sein müssen. Es ist zentral wichtig, über solche Methoden zu verfügen; es sind Methoden zum Entwickeln von Strategien, um Vorhaben politisch und innerinstitutionell auch wirklich durchsetzen zu können und Verbündete zu finden.

Ein zweiter Bereich von methodischen Kompetenzen ist das wissenschaftliche Denken und Arbeiten. Es geht heute nicht mehr ohne Evidenzforschung, also Methoden systematischer Recherche und Bewertung von Interventionen. Ein Gesundheitsförderer muss auch Gesundheitsberichte lesen können. Er muss theoretisch fundierte Begründungen liefern können. Und er muss Methoden der quantitativen und der qualitativen empirischen Sozialforschung anwenden können, um Analyse und Evaluation auch wirklich durchzuführen.

Einen dritten methodischen Bereich möchte ich unter dem Stichwort kommunikatives Handeln zusammenfassen. Es ist sehr hilfreich, Methoden von Moderation und Konfliktmanagement zu beherrschen und Gesprächsführung zu können, eben all das, was Ihnen unter dem

Stichwort Partizipation auch als methodische Kenntnisse einfallen würde.

(2) Ich komme jetzt als zweites zur Sozialkompetenz. Zuerst geht es mir hier um die Fähigkeit, zu verstehen, was es wirklich heißt, jemanden zu akzeptieren. Es bedeutet, Menschen in der inneren Logik ihres Handelns begreifen und annehmen zu können und zwar auch dann, wenn diese Logik der eigenen Lebenseinstellung sehr fern steht. Und das gilt in der gesamten Spannweite, die die Logik arbeitsloser Jugendlicher oder obdachloser Frauen umfasst, aber auch die Logik von Staatssekretären muss der Gesundheitsförderer verstehen und akzeptieren können. Natürlich ist es dafür notwendig, auch die jeweiligen Fähigkeiten entdecken und unterstützen zu können und das auch wiederum nicht nur beim Klientel, sondern auch bei Kooperationspartnern.

Eine zweite nötige Fähigkeit auf dieser Ebene ist die der Kooperation. Ich glaube, das ist sehr schwierig, ein Neben- und Miteinander unterschiedlicher Berufsgruppen nicht nur zuzulassen, sondern im Team auch wirklich zusammenarbeiten zu können, ohne allzu viel Konkurrenzen aufzubauen.

Und ein dritter, mir sehr wichtiger Bereich, ist der der Durchsetzungsfähigkeit. Ein Gesundheitsförderer muss eigene Vorstellungen und Ideen auch dann durchsetzen können, wenn sie dem augenblicklichen Mainstream nicht entsprechen, dann muss er hartnäckig sein und angemessen argumentieren können.

(3) Dann muss ein Gesundheitsförderer über sog. Selbstkompetenzen verfügen. Ich halte es durchaus für sehr hilfreich, wenn ein Gesundheitsförderer auch ein eigenes Gesundheitsbewusstsein entwickelt hat. Allerdings meint Gesundheitsbewusstsein hier nicht eine Art Verbots- und Gebotsorientierung, sondern ein umfassendes Verständnis von Gesundheit, wie es Peter Paulus formuliert hat. Er unterscheidet zwischen einer Einstellung, bei der es um Respekt und Wertschätzung sich selbst, anderen und der Umwelt gegenüber geht, und so etwas wie ein vernetztes Wissen als Gegenstück zu Informationsmüll. Und für ihn gehört zum Gesundheitsbewusstsein auch Handlungsfähigkeit – als Wissen um die Möglichkeiten des Handelns, aber auch als die Überzeugung, diese Möglichkeiten ausüben zu können. Hierzu zählt auch eine Fähigkeit, in verschiedenen Situationen den Umständen, den beteiligten Personen und ihren bzw. dem eigenen Körper gegenüber angemessen zwischen möglichen Alternativen überhaupt entscheiden zu können. Ich halte diesen dritten Bereich, also den der angemessenen Auswahl zwischen Alternativen, für eine ganz wesentliche Qualifikation eines Gesundheitsförderers.

Zur Selbstkompetenz gehört auch die Fähigkeit zu reflektieren, weshalb man die Arbeit eines Gesundheitsförderers eigentlich machen will. Und ob es einem gelingt, manchmal auch Abstand dazu zu gewinnen. Was für mich damit verbunden ist, ob ein professioneller Gesundheitsförderer auch andere Dinge als die Arbeit in seinem Leben hat, die ihn zufrieden machen.

(4) Ich nenne das Feld der Fachkompetenzen bewusst am Schluss. Erst dachte ich, vielleicht sollte ich hierauf ganz verzichten. Dann habe ich aber auf der Tagung bemerkt, das kann ich nicht und will daher zwei aus meiner Sicht ganz wichtige Fachkompetenzen benennen: die Idee der Salutogenese und des Kohärenzinns. Es scheint mir immens wichtig, diese Ideen auch wirklich zu verstehen und nicht nur bei Gelegenheit immer wieder mal den Namen Antonovsky fallen zu lassen, sondern auch zu wissen, was er geschrieben hat und was es eigentlich bedeutet. Ein Gesundheitsförderer muss Erfahrungen von Konsistenz, von Teilhabe an Entscheidungen und ein Gleichgewicht zwischen Anforderung und Ressourcen tatsächlich schaffen wollen, er muss dazu beitragen wollen, dass benachteiligte Jugendliche so etwas wie Lebensglück fühlen, Sinn im Leben finden und in Bezug auf ihre Zukunft und realisierbare Wünsche entwickeln können.

Eine zweite Fachkompetenz ist es, ein Verständnis von sozialer Benachteiligung zu haben, das einen auch wirklich handlungsfähig macht und das nicht zu stark von eigenen Vorurteilen geprägt ist. Bei den Studierenden, die ich im Moment ausbilde, stelle ich bei kritischem Hinsehen vor allem bei den Gesundheitsberufen – bei der Pflege zum Beispiel – fest, dass diesbezüglich einige Kenntnisse fehlen, die in der Sozialarbeit schon eher zu finden sind. Es geht hier um die Bedeutung von Lebenskontext, Lebensbedingungen und Lebensphasen. Zum Beispiel sollte ein Gesundheitsförderer wissen, dass Risikobereitschaft, Grenzerfahrungen und Orientierungslosigkeit etc. in der Phase von Jugendlichkeit ganz entscheidend und prägend sind. Es bringt mich als Pädagogin schon zum Schmunzeln, wenn ich immer wieder höre, es sei ja ganz eindeutig erwiesen, dass wir unbedingt Kindern beibringen müssen, wie sie gesund leben können, weil diese Fähigkeiten und Einstellungen dann im Erwachsenenalter erhalten blieben. Ich kenne keine einzige Studie, die belegen kann, dass man es wirklich schafft, diese Fähigkeiten über die Zeit der Pubertät hinaus zu retten. Wenn es eine solche Studie gibt, lerne ich gerne dazu. Aber ich halte das für eine bisher unbelegte Behauptung.

Ein Gesundheitsförderer muss auch Wissen

um systemische Zusammenhänge haben, Wissen über nachhaltige Auswirkungen eigener Entscheidungen. Dazu gehört für mich auch das Wissen über die Strukturen von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Und es schadet nicht unbedingt etwas, wenn man die Sprache der Medizin versteht, weil man sie gelegentlich benutzen muss, um mit den Kooperationspartnern einen Dialog tatsächlich führen zu können.

Nach dieser skizzenhaften Beschreibung dessen, was man als Gesundheitsförderer alles können muss, stellt sich die Frage: Wo kann man das denn alles lernen? Zurzeit habe ich hierfür zwei Antworten: Einerseits in einem anwendungsorientierten Studium, das nicht auf reinen Wissenserwerb setzt, sondern auf Kompetenzerwerb, andererseits durch reflektierte Lebenserfahrung. Einige der geforderten Kompetenzen kann man sich nicht durch ein Studium aneignen, sondern es braucht eine ganze Menge Lebens- und Berufserfahrung, um sich mit diesen Themen sinnvoll auseinanderzusetzen. Ich stelle diesen Gedanken nur so in den Raum, damit wir ihn vielleicht in der Diskussion dann noch vertiefen können.

Dr. Geene

Vielen Dank für dieses ausführliche Statement. Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz – diese Stichworte sind entscheidend für eine Qualifikation, wie Sie sie skizziert haben.

Frau Dr. Hoppe, Ihre Studierenden haben bereits Berufserfahrung, Häufig hört man von Praktiker/innen, das sei zu abstrakt, zu weit hergeholt. Wie ergeht es Ihnen, wenn Sie mit solch umfassenden Ansprüchen konfrontiert werden?

Frau Dr. Hoppe

Schon als ich während der Tagung den Referaten zuhörte und auch noch einmal während Ihrer Ausführungen, Frau Blättner, überlegte ich, wie es wäre, wenn dies ein Qualifizierungsauftrag für unsere Erzieher/innen und Heilpädagog/innen und die Menschen in den korrespondierenden Fort- und Weiterbildungsbereichen wäre. Wenn sie wüssten, dass Gesundheitsförderung in diesem Sinn jetzt zusätzlich zu dem, was sie sowieso schon an Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und -diagnostik erwerben, Teil ihres Bildungsauftrages werden wird, dann würden mir die Erzieher/innen und Heilpädagogen/innen zunächst sagen: Das klingt gut, aber in der Verdichtung unserer Arbeitsprozesse ist es schwierig umzusetzen.

Rückgewendet bedeutet das natürlich: Will man den Qualifizierungsauftrag für die Multiplikatoren diesbezüglich ernst nehmen (und das

muss man ja schlechterdings, weil sich in Fragen der Gesundheit alles bündelt – nicht zuletzt sind ja auch die Kriterien für Gesundheitsförderung sehr nahe an individueller Entwicklungsförderung in den Grundsätzen und Kategorien orientiert), muss ich mich als diejenige, die Bildungsprozesse plant, fragen: Was gehört in Ausbildung, was gehört in Weiterbildung?

Wenn ich auf die Curricula schaue für die unterschiedlichen Berufsgruppen – Altenpfleger/innen, Erzieher/innen, Heilpädagogen/innen –, stehe ich dann vor der Aufgabe, dass ich für die jeweilige Ausbildung entscheiden muss, was von den anderen Qualifizierungszielen eventuell zurückgenommen werden könnte. Wir wissen alle, dass allein der Komplex „Bildungsauftrag in der Kinder- und Jugendhilfe“ im Moment sehr viel zeitliche Ressourcen frisst. Bezüglich des Anforderungsprofils stehen wir hier ein bisschen vor der Quadratur des Kreises. Es könnte also sein, dass die Bildungsverantwortlichen dasselbe sagen: Bei der Verdichtung unserer Bildungsauftrages wissen wir beim besten Willen nicht, wo auch das noch Platz haben könnte.

Doch warum soll es den Menschen, die Bildung betreiben, anders gehen als denen, die vor Ort arbeiten und versuchen, fachliche Entwicklung voran zu treiben? Um das generelle Problem der Verdichtung zu lösen, müsste man sich vor allem überlegen – und hier sehe ich einen Anknüpfungspunkt an das, was Sie eben gesagt haben –, dass man nicht nur hehre, sehr abstrakte Ziele definiert, die dann im Grunde genommen schwer zu füllen sind, sondern dass man erst mal damit beginnt, Ausbildungszeit hierfür zu finden. Der Zugang kann dabei nicht quantitativ sein. Vielmehr kann der Weg nur über veränderte Lernformen in der Qualifizierung gehen. Wir müssen uns daran orientieren, dass jeder Lernweg individuell ist. Das öffnet Wege für Beschleunigung und Differenzierung von Lernwegen und Lernerfolgen. Das wäre dann exemplarisch auch das, was den „neuen“ Bildungsauftrag in der Entwicklungsförderung ausmacht. Neben der Form muss inhaltlich beachtet werden, dass ein exemplarischer Zugang zum Themenkomplex „Gesundheit“ – jenseits der Fragen, die eher die soziale Arbeit oder die Gesundheitswissenschaftler interessieren – nur von der Devise „Gesundheit muss Spaß machen“ ausgehen kann. Erst wenn ich weiß, dass sozial benachteiligte Menschen, die nicht sehr viel Spaß haben, vermutlich nur zu erreichen sind, wenn etwas einen Spaßfaktor hat, kann ich auch irgendwie eine Idee kriegen, wo Türen zu öffnen sind für Gesundheitsförderung. Und das öffnet dann die Möglichkeit zur Ebene exemplarischer Entwicklungsbegleitung und dann eben auch zur Ebene exemplarischen

Lernens. Das wäre dann natürlich erneut eine Frage der Qualifizierung. Wie setzt man so etwas um? Das will ich jetzt hier nicht ausführen; es könnte aber interessant sein, sich im Verlauf des Gesprächs noch eingehender darüber Gedanken zu machen.

In jedem Fall bedeutet dieser Zugang immer eines: In allen relevanten Berufen (Heilpädagogen/innen, Erzieher/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen), in denen professionelle Multiplikatoren tätig sind, ist es das Ziel, dass Menschen in der Lage sind, für sich selber zu sorgen. Die Reflexion der eigenen Grundhaltung und der Vielfalt von Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit hilft, methodisch Kriterien und Kategorien im Sinne einer Checkliste zu identifizieren, zeigt auf, wo Türen liegen können, die man als Fachkraft für einen Zugang ausprobieren kann. Damit ist auch die Frage, womit man beginnt – in Qualifizierung und in Ausbildung –, letztendlich sekundär. Erfahrung, als exemplarische Erfahrung identifiziert, kann übertragen werden auf weitere mögliche Impulse zur Entwicklungsförderung.

Dr. Geene

Vielen Dank. Gerhard Trabert, du hast zwei verschiedene Ausbildungsgänge hinter dir, du hast erst Sozialarbeit, dann Medizin studiert. Wenn du jetzt die Kompetenzen nimmst, die Beate Blättner dargestellt hat, in welcher Fachdisziplin ist es denn einfacher, mit diesen Kompetenzen zu arbeiten?

Prof. Trabert

Schwierige Frage. Aber bitte erlaube mir, bevor ich sie beantworte, einen kleinen Schlenker zu machen: Ich kann nicht hier sitzen und über Gesundheitsförderung diskutieren, ohne die aktuellsten Entwicklungen im Gesundheitswesen zu kommentieren: So empfinde ich das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz als unausgewogen und sozial ungerecht. Das darf hier nicht ungesagt bleiben! Ich nehme Engagement und Kreativität im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wahr, es wird versucht, ein patientennahes Konzept aufzubauen. Auf der einen Seite wird etwas Positives im Gesundheitssektor entwickelt und aufgebaut, während dies auf der anderen Seite wieder relativiert, unterlaufen, ja abgebaut wird. Gerade durch meine Erfahrungen in der konkreten Arbeit mit sozial benachteiligten Menschen, z.B. mit der extrem von Armut betroffenen Gruppe der wohnungslosen Menschen, aber auch im Bereich Gesundheitsprävention in einem sozialen Brennpunkt, in dem sehr viele Kinder leben, erlebe ich das Gesundheitsmodernisierungsgesetz als etwas, das viele Menschen verunsichert. Ich erlebe es als etwas, das dazu führt,

dass weniger Gesundheitsförderung, weniger Prävention in Anspruch genommen wird, weil jeder glaubt, das kostet jetzt erst mal wieder mehr Geld. In unserem niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsprojekt für wohnungslose Menschen werde ich oft gefragt: Müssen wir 10 Euro Praxisgebühr bezahlen? Kostet uns das was? Müssen wir etwas dazuzahlen? Das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz benachteiligt besonders Menschen aus Randgruppen, und das halte ich wirklich für einen politischen Skandal. Das darf hier, auch wenn der Mitorganisator von der Bundesregierung ist, nicht ungesagt bleiben. Ich frage mich, wer hat das Gesetz gemacht? Und auf wen hat man gehört? Und welche Experten hat man mit hinzugezogen? Entstanden ist auf jeden Fall ein ungerechtes, unsoziales Gesetz. Es trifft besonders kranke Menschen und sozial benachteiligte Menschen.

Diese Position ist das Resultat – und damit komme ich auf die Frage der Kombination von Sozialarbeit und Medizin zurück – meiner Ausbildung. Ich habe in den 70er Jahren Sozialarbeit studiert. Zu jener Zeit haben wir vor allem diskutiert, sehr intensiv und kontrovers politisch, mehr als dass wir wirklich studiert hätten. Diese Diskussionen hatten aber dennoch einen außerordentlichen Wert, sie vermittelten uns durch diese intensive Auseinandersetzung mit politischen Strukturen eine gesellschaftsstrukturelle Beurteilungskompetenz. Es war die Zeit der so genannten Roten Armee Fraktion, des gewaltsamen Widerstandes gegen die gesellschaftlichen Bedingungen, des zu verurteilenden Terrorismus. Es ging z.B. um Fragen: Wie kann man den Staat sozialer gestalten? Welche Handlungsansätze sind noch legitim und welche nicht? Vielleicht haben wir damals zu viel politisch diskutiert. Heute erlebe ich als Professor an einer Fachhochschule ein entgegengesetztes Phänomen, die Studenten diskutieren heute zu wenig politische Themen. Die hier stattfindende, strukturelle gesundheitspolitische Diskussion müsste einen viel größeren Raum einnehmen. Um soziale Ungerechtigkeiten zu beseitigen, muss politischer Druck ausgeübt werden, und dies funktioniert am besten, wenn sich Profis, Mediziner/innen, Sozialarbeiter/innen, Pädagogen/innen, Erzieher/innen, mit den Betroffenen solidarisieren, um dann die Fakten gemeinsam öffentlich darzulegen.

Eine Ursache für die Mängel dieses Gesetzes und für den langen, mühsamen Weg zu Prävention und Gesundheitsförderung sehe ich in der geringen Lobby, die sozial benachteiligte Menschen haben. Nicht umsonst wird ständig wiederholt, dass der Setting-Ansatz in anderen Ländern vor zwanzig Jahren schon aktuell

war. Wir hinken hinterher. In Frankreich würden wahrscheinlich eine Million Menschen auf die Straße gehen und gegen dieses Gesundheitsmodernisierungsgesetz demonstrieren. In Deutschland habe ich das Gefühl, es wird mehr oder weniger akzeptiert.

Es geht also um die Kompetenz, wirklich auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu achten, sich mit ihnen zu solidarisieren und dann außerhalb der konkreten praktischen Arbeit politisch zu argumentieren und zu handeln. Dies ist etwas, was ich während meiner beiden Studien gelernt habe. Besonders mein Sozialarbeiterstudium hat mich dazu befähigt, die Frage nach strukturellen Verursachungsfaktoren zu stellen. Dies ist eine Basis, die ich als sehr wichtig und elementar empfunden habe. Deshalb ist es mir sehr wichtig, dass die Berufsgruppen Sozialarbeit und Medizin zusammengebracht werden. Dass man sich schon im Studium kennen lernt, damit Ignoranz und Arroganz sich gar nicht erst ausprägen können, sondern dass man die Kompetenzen, die beide Seiten haben, nutzt, und zwar für die Betroffenen.

Dr. Geene

Bevor du jetzt schon gleich das Wort an Lotte Kaba-Schönstein weitergibst, ergreife ich eine zweite Chance mit meiner Frage. Denn es ist ja noch eine Medizinerin auf dem Podium. Ich kann es also noch bei Eva Luber versuchen. Eva, was ist wichtiger für die Basiskompetenzen, von denen Beate Blättner gesprochen hat, die Medizin oder die Sozialarbeit?

Prof. Luber

Meiner Meinung nach gibt es neben der Medizin und der Sozialarbeit auch noch viele, viele andere Basiskompetenzen. Wahrscheinlich sind das eben gerade diese, die hier im Raum vertreten sind. Wenn ich mir aber jetzt meine Studenten angucke – wir bilden ja nicht nur Gesundheitsförderer aus, sondern auch Heilpädagogen/innen, Sozialpädagogen/innen, Gebärdensprachler/innen, Dolmetscher/innen, Musiktherapeuten/innen usw. –, dann finde ich es interessant, dass man schon unter diesen Studierenden durchaus etwas unterschiedliche Profile entdecken kann. Schon, wenn man nur die Gesundheitsförderer betrachtet – was wahrscheinlich der Hintergrund deiner Frage ist, obwohl das den anderen nicht ganz gerecht wird –, dann sind die sehr, sehr unterschiedlich. Wir haben welche, die interessieren sich zum Beispiel für Bewegung, für Sport. Die machen dann den Übungsleiterlehrgang Sport und gehen später auch in diese Branche.

Wir haben aber auch viele andere, die waren vorher SoFas, das ist die Abkürzung für Sozialversicherungsfachangestellte. Diese

Studierenden haben eine Nähe zur Sozialversicherungswirtschaft im weitesten Sinne. Viele von ihnen sind in den Krankenkassen untergekommen, gerade als die Gesundheitsförderung neu aufgebaut wurde. Wenn man sich diese Studierenden anschaut, dann haben die natürlich auch äußerst unterschiedliche Profile, je nachdem, wie sie sich ihr Studium aussuchen und was sie von uns haben wollen. Was ich als Ärztin mitbringe – ich bin eigentlich Kinderärztin –, wird nicht von sehr vielen nachgefragt. Das interessiert dann schon eher die Heilpädagogen. Da gibt es einige, ich nenne sie „die kleinen Doks“, die wahrscheinlich lieber Medizin studiert hätten. Wenn sie ein Referat halten in Lehrveranstaltungen, in denen ich es mir angewöhnt habe, weder Latein noch Englisch, sondern wirklich Deutsch zu sprechen, bräuchten diese Studierenden eigentlich einen Fachdolmetscher, weil sie nur mit lateinischen Begrifflichkeiten arbeiten.

Für uns ist es gut, dass wir so eine große Breite der Disziplinen haben, die in dieses Studium einfließen. Im Englischen gibt es diesen Begriff, *feeding disciplines*, im Deutschen würde man sagen, die Fütter-Disziplinen, also praktisch die Unterfütterung der Gesundheitsförderung. Und da spielen eine sehr große Rolle: Politologie, Soziologie, Öffentlichkeitsarbeit, aber auch Umwelt- und Stadtplanung und eben auch Medizin, Psychologie und Sozialarbeit als die engeren Bereiche.

Das beantwortet vielleicht auch deine Frage nach den Kernbereichen: Aus meiner Sicht sind dies die Medizin, die Psychologie und die Sozialarbeit. Denn gerade, wenn wir uns Kinder in sozialen Brennpunkten und die so genannten neuen Krankheiten angucken, dann sind das keine Erkrankungen mehr, bei denen der medizinische Fachverstand reicht. Deswegen würde ich also unbedingt die Erweiterung auf Psychologie vornehmen wollen.

Dr. Geene

Vielen Dank, Eva Luber. Lotte, bevor du nach Esslingen gegangen bist, hast du in einem WHO-Lehrgang gestandene SoFas – Sozialversicherungsfachangestellte – ausgebildet. Welche Studierenden oder welche Auszubildenden sind dir denn lieber? Die gestandenen Gesundheitsleute aus den Ämtern, die sich fortbilden und sich auf etwas Neues einlassen oder die jungen Studierenden?

Prof. Kaba-Schönstein

Ich habe früher internationale Fortbildungslahrgänge zur Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Zentrum für angewandte Gesund-

heitswissenschaften der Uni und Fachhochschule Lüneburg gemacht. Der letzte dieser Lehrgänge wurde mit Unterstützung und in Kooperation mit der Europäischen Union durchgeführt. Qualifiziert wurden Schlüsselpersonen aus verschiedenen Bereichen und verschiedenen Berufen (Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen, Ärzte/innen, Pädagog/innen, Sozialwissenschaftler/innen etc.), nicht nur aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie kamen von der regionalen und nationalen Ebene. Darunter waren auch einige SoFas, die sich hochgearbeitet hatten bis zur Landesebene der Krankenversicherung oder gar zur Bundesebene. Das war aber eher die Ausnahme. Es waren allerdings schon alles „gestandene Berufstätige“, und das war höchst interessant.

Ich bin jetzt in der Sozialarbeit, als Dekanin eines Fachbereichs Gesundheit und Pflege für zwei Pflegestudiengänge zuständig. In beiden Bereichen haben wir auch ganz viele „Gestandene“ mit Berufsausbildung. Und einige wenige sind dabei, die direkt nach dem Abitur Sozialarbeit oder Pädagogik studieren. Das hat auch Vorteile, diese Studierende haben den Theoriehintergrund noch sehr präsent, und sind in dieser Hinsicht auch sehr interessiert. Insgesamt wissen die Gestandenen, die schon Vorberufe hatten, viel genauer, weshalb sie studieren und was sie besonders interessiert.

Ich möchte auch noch kurz auf ein Projekt eingehen, das Herr Trabert schon erwähnte. Ich habe zusammen mit der Uni Freiburg und der katholischen Fachhochschule Freiburg ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen durchgeführt. Es sollte der Verbesserung der Ausbildung dienen. Ziel war es, die Betroffenen schon in der Ausbildung für Kooperation zu befähigen. Daraus entstanden die gemeinsamen Seminare für Sozialarbeit- und Medizinstudierenden, die wir heute veranstalten, um den Studierenden zur Vorbereitung auf die spätere Kooperation ein paar Grundlagen vom jeweils anderen Bereich schon in der Ausbildung zu vermitteln. Unterrichtsgegenstand sind die Grundlagen der jeweiligen Ausbildung und der Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitskonzepte.

Dr. Geene

Vielen Dank, Lotte. Ich habe die Diskussionsbeiträge vorhin so verstanden, dass das alte Konzept der Gesundheitserziehung überholt sei und sich jetzt ein neues Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt, so wie es Thomas Altgeld in seinem Beitrag dargestellt hat. Wenn ich das auf den pädagogischen Ansatz beziehe, bedeutet dies, dass die Gesundheitsförderer nicht mehr für die Gesundheitsberatung aus-

gebildet werden, sondern als Gesundheitsmanager/innen – dem Kompetenzen-Konzept von Beate Blättner folgen. Aber da kommt natürlich der Einwand von Gerhard Trabert völlig zurecht, der da sagt: Da sollen Gesundheitsmanager/innen ausgebildet werden, aber tatsächlich sind die Mega-Tendenzen der Gesellschaft eher dagegen gewandt. Der Frust wird größer. Die Verelendung nimmt zu. Die Schere sozialer Ungleichheit klafft weiter auseinander. Wie begegnen Sie Ihren Studierenden, wenn sie dann sagen: Jetzt habe ich alle möglichen Kompetenzen erworben, aber die Ressourcen werden immer weniger.

Frau Prof. Blättner

Das ist eine Frage, auf die ich manchmal den Studierenden gegenüber schlicht und einfach keine Antwort habe. Das muss ich ganz ehrlich sagen.

Ich will aber erst mal bei Ihrer Aussage anfangen, mit der Gesundheitsförderung käme was Neues. Das sehe ich nur sehr bedingt so. Und zwar ist das nicht nur auf der politischen Ebene, die Herr Trabert schon angesprochen hat, sondern auch auf der konzeptionellen Ebene zweischneidig. Einerseits wurde noch nie so viel von Gesundheitsförderung gesprochen wie zurzeit, andererseits geht es, wenn man genau hinsieht, wieder sehr viel mehr um klassische Prävention als das noch vor vier, fünf Jahren der Fall war. Ich bin nicht sicher, ob wir uns wirklich schon ganz klar auf einem Weg nach vorne bewegen, oder ob das manchmal eher so eine Ein-Schritt-vor-und-zwei-zurück-Bewegung ist und sich ein solcher Rhythmus irgendwie einpendelt.

Vom Ansatz her ist es richtig, dass wir jetzt Gesundheitsmanager/innen ausbilden, und zwar in mehrerer Hinsicht. Heute braucht man nicht nur Gesundheitsförderprofis, heute muss man sich mit Managementstrategien auskennen, um Gesundheitsförderung wirksam betreiben zu können. So würde ich das formulieren. Und ich würde mir wünschen, dass die Manager/innen – was man auch immer im Einzelnen darunter verstehen mag, eben diejenigen, die Leitungsfunktionen in Institutionen übernehmen –, dass die in der Lage sind, die Ideen der Gesundheitsförderung wirklich zu verstehen und umzusetzen. Wenn wir das schaffen würden, hätten wir ein gutes Ziel erreicht. Ich glaube, dass das im Grunde möglich ist, weil sich ökonomische und sozialkritisch politische Ansätze nicht immer zwingend widersprechen müssen. Es gibt sehr viele offenkundige Widersprüche, wenn man sehr einseitig auf kurzfristig, ökonomische Aspekte setzt. Aber wenn man im Sinne von Nachhaltigkeit denkt, muss das nicht unbedingt widersprüchlich sein.

Dr. Geene

Frau Hoppe, Sie haben vorhin schon dargestellt, dass Ihre Studierenden in der Praxis einen sehr dichten Arbeitsprozess erleben, und es deswegen dort so schwierig ist, Gesundheitsförderung als Orientierung vorzutragen. Welche Möglichkeiten haben Sie unter diesen Bedingungen überhaupt für eine Vermittlung von Gesundheitsförderstrategien?

Frau Dr. Hoppe

Ich habe nicht gemeint, dass es grundsätzlich schwierig ist. Es ist mehr so, dass der Verdrängungswettbewerb auf dem sozialen Markt und die Konkurrenz der Konzepte in diesem Arbeitsbereich einer Offenheit gegenüber einem erweiterten Gesundheitsförderungsverständnis entgegenwirken. Das führt eher zu professionalisierter und spezialisierter Abgrenzung. Dagegen stehen Kooperationsbereitschaft und Offenheit als zentrale Profile von Professionalität, die man in der Qualifizierung irgendwie erreichen muss. Damit meine ich, dass Fachkräfte trotz der wesentlichen Fähigkeit, sich distanzieren zu können und ihr Aufgabenprofil zu bestimmen, zugleich Lust auf Einmischung in andere Bereiche brauchen, aber auch eine Lust darauf, dass andere sich bei ihnen einmischen und dass man sich immer wieder neu definieren muss. Das ist ein sehr schwieriger Lernprozess. Denn in diesem Sinn ist jedes neu auftauchende Problem, jede Veränderung der Bedingungen, auch wenn man sie politisch nicht begrüßt oder unterstützt, eine Situation, die man als Lernanlass für sich als Professioneller in diesem Bereich definieren muss. Natürlich kann man das nicht immer schaffen, das wäre allzu ideal gedacht. Aber wenn man es nicht mehr als Ziel verfolgt, dann muss man ehrlicherweise sagen, dass man den jeweiligen Beruf in seiner Multiplikatorenfunktion nicht mehr sach- und fachgerecht nach dem Stand der Kunst ausüben kann.

In dem Zusammenhang würde ich ganz gerne noch einmal auf den Punkt der regelhaft dynamischen Elemente der eigenen Berufsidentität zurückkommen. Sie erinnern sich: Auf dieser Tagung ging es ja auch um das Problem, wie komplex die Zusammenhänge sind, z.B. wenn man sich anschaut, wie sich der demographische Wandel mit der Gesundheitsförderung verbindet oder wie sich die Gemeinwesenarbeit entwickelt usw. Das sind eine Menge Anforderungen.

Wahrscheinlich können aber die meisten von uns zugleich folgendes über sich bemerken: Wir erleben unsere eigene Verberuflichung, unseren Qualifikationsprozess erstmal als eine Erfolgsstrategie und sind froh, dass wir

das, was wir gelernt haben, gut machen. Wir reden nun die ganze Zeit über Schnittstellen, über sehr komplexe Schnittstellen. Psychologisch gesehen weiß man, dass, je komplexer etwas wird, die Tendenz zunimmt, sich bei der Planung von etwas Neuem doch wieder an Vergangenen zu orientieren. Damit entsteht die Gefahr, dass Vertrautes reproduziert wird, damit wir uns (wieder) sicher fühlen. Dieses Erkenntnis ist entscheidend für die Reflexion der Wirkung jedweden Inputs im Sinne von Fachwissen.

Gesundheitsförderung bedeutet ja nicht, zuvorderst zu fragen, was morgens gefrühstückt werden soll oder, wenn man schon rauchen muss, in welcher Ecke man das tun darf. Es geht um sehr viel grundsätzlichere, exemplarische Fragen. Ich glaube, Ausbildung kann hier nur auf der Basis eines systematischen Perspektivwechsels funktionieren, die muss sich auf die Haltung als eigentlicher Lerngegenstand zentrieren. Schließlich müssen Multiplikatoren verkörpern, was sie initiieren wollen. Dies gibt noch mal den Hinweis auf notwendige andere Lernformen. Dazu gehören im hohen Maße exemplarische Lernformen, die das Dialogische (Ich und mein Klient, Ich und die Mutter, Ich und das Kind und so weiter und so weiter) verlassen und hingehen zu einem sehr systemischen Ansatz in Richtung Planspiel. Dazu gehört auch die Übereignung „qualifizierungsbegleitender Bildungsbudgets“ im Sinne selbstorganisierten Lernens.

Dr. Geene

Vielen Dank. Gerhard Trabert, du hast schon deutlich gemacht, du möchtest heute politisch diskutieren. Zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GMG) hast du dich gerade schon geäußert. Nun habe ich hier auch noch eine andere politische Frage auf dem Zettel. Es gibt ja noch ein anderes Gesetz, das in der Pipeline ist, das Präventionsgesetz. Wir können wahrscheinlich nicht erwarten, dass das Präventionsgesetz die 10 Euro-Praxisgebühren wieder abschafft. Aber du darfst dir jetzt mal etwas wünschen. Was wünschst du dir denn vom Präventionsgesetz?

Prof. Trabert

Visionen wurden ja schon von Herrn Brocke benannt. Ich finde Visionen, Wünsche, Träume unverzichtbar. Die Träume von heute sind die Realitäten von morgen. Was wünsche ich mir oder was erhoffe ich mir von diesem Gesetz? Eine schwierige Frage. Momentan ist es einfach so, dass die gesellschaftliche Diskussion zum GMG auch in mir zu einer ambivalenten Grundstimmung geführt hat. Ich denke, wir sind an einem ganz wichtigen Punkt angelangt.

Entweder es geht in die eine Richtung – Privatisierung, Entsolidarisierung – oder in die andere – gerechte Verteilung und betroffenenzentrierte Medizin. Ich hoffe, dass durch diese Diskussion zum Präventionsgesetz, durch den § 20 im SGB V, durch das stärkere Integrieren des Aspektes und der Folgen der sozialen Benachteiligung, eine bestimmte Sensibilität erreicht wird, bei Politikern, bei Leuten, die sich professionell mit diesem Thema beschäftigen, überhaupt in der Gesellschaft. Das ist eine meiner großen Hoffnungen. Auf die derzeitige Politik oder auf die gesellschaftliche Diskussion zurückkommend, glaube ich, es ist sehr wichtig, dass wir unser Handeln öffentlich machen, um es transparenter zu halten, um es nachvollziehbarer zu gestalten. Menschen, die in ganz anderen Bereichen leben, die einen anderen Lebenskontext haben, sollen verstehen, warum wir so oder so argumentieren. Sie sollen verstehen, warum es eben nicht reicht zu sagen, na ja, der Sozialhilfeempfänger soll aufhören zu rauchen und zu trinken und dann ist das Problem gelöst. Es soll deutlich werden, dass ein solches Risikoverhalten eine biographisch-soziale Geschichte hat. Das entbindet niemanden von der Eigenverantwortlichkeit, aber es ist fast unerträglich, die derzeit vorherrschende Individualisierung von gesundheitlichen Risiken und das Ausblenden von gesellschaftlichen Faktoren immer wieder zu hören. Und ich erhoffe mir von dieser Diskussion zur Gesundheitsprävention, dass man tiefer geht, dass man hinterfragt, warum bei uns die Schere zwischen arm und reich so auseinandergeht und warum immer mehr Menschen in unserer Gesellschaft eine geringere Chance haben, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Dies ist eine große Hoffnung und ein Wunsch, den ich mit dieser Veranstaltung verbinde.

Dr. Geene

Danke. Eva Luber, du hast gerade berichtet von vielen deiner Studierenden, die aus dem Bereich Sport und Bewegung kommen, die Sozialversicherungsfachangestellte waren oder die kleine Doks sind, wie du sie gerade genannt hast. Nun will dein Kollege Eberhard Göpel aus Magdeburg eine gesunde Stadt machen. Und da sagt das Quartiersmanagement, wir brauchen Nachwuchskräfte von der Hochschule. Was gibst du denn jetzt deinen kleinen Doks mit auf dem Weg, damit sie im Quartier Gesundheitsförderung betreiben können?

Prof. Luber

Als Erstes würde ich ihnen sagen, dass sie nicht allzu viel Angst haben sollen vor den großen Doks. Aber der wichtigste Bereich, den wir in Deutschland bisher noch nicht richtig

angedacht haben, ist die Koordination. Und das ist es eigentlich, was in der beruflichen Alltagsarbeit geleistet werden muss. Gesundheitsförderung lebt in Vernetzung. Und das ist etwas, was bisher eben noch nicht immer mitgedacht wird. Ein Aspekt davon ist die Evaluation. Der Punkt Evaluation wurde in den Abstracts für die Referate und den Inputs für die Arbeitsgruppentiteln nur einmal in einem Halbsatz erwähnt. Immerhin. Denn die Frage, wer diese ganzen Prozesse koordinieren soll und wer diese Koordinationstätigkeiten bezahlt, die wird überhaupt nicht erwähnt. Dennoch ist das das Wichtigste, was Gesundheitswirte zu leisten haben. Sie haben Prozesse zu koordinieren, die wesentlich deutlicher, schärfer und auch unfreundlicher ausgetragen werden, als diese kleine Diskussion, die wir vorhin hier hatten über Begriffe wie Erstgeburtsrecht und Leihmutterchaft. Darüber lässt es sich relativ leicht diskutieren, das ist alles sehr emotional und in die Tiefe gehend und letztendlich auch fruchtbar. Diese Diskussionen müssen im Alltag gehandhabt werden. Wir können nicht davon ausgehen, dass alles, was wir machen wollen – vernetzen, ressortübergreifend und ressourcenbewusst arbeiten – in einem machtfreien Raum passiert. Wir brauchen eine sehr, sehr hohe Professionalität im Moderieren und Koordinieren solcher Prozesse. Ich denke, darauf müssen wir unsere Gesundheitswirte vorbereiten. Und dann brauchen sie noch einen Arbeitgeber, der ihre Arbeit bezahlt. Dann denke ich, brauchen wir keine Angst mehr zu haben mit dem Präventionsgesetz. Dann läuft das.

Dr. Geene

Vielen Dank. Lotte Kaba-Schönstein, gerade weil ihr so viele verschiedene Ansätze habt, wen würdest du denn von deinen Studierenden für die Stadtteilarbeit vorsehen?

Prof. Kaba-Schönstein

In erster Linie die Sozialarbeit- und Sozialpädagogikstudierenden, aber zunehmend mehr auch die Pflegestudierenden, weil diese auch für den Bereich Koordination zunehmend angefragt werden und sich da für Deutschland neue Bereiche erschließen. Aber eigentlich haben die Sozialarbeitstudierenden bei uns, wenn sie alles belegen, was sie belegen können, eine wichtige Grundqualifikation für Stadtteilarbeit und für Gesundheitsförderung. In der Vorbereitung auf dieses Podium habe ich mir auch überlegt, was man so als Kernbereich nennen könnte. Peter Franzkowiak hat dazu einen schönen Überblick erstellt, ausgehend von den Aktionsstrategien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Er benennt drei Bereiche von Tätigkeiten und Kompetenzen:

1. Interessen vertreten und Partei ergreifen: Die Rolle und Funktion ist hier Anwaltschaft. Prinzipien, Ziele und Methoden sind Beteiligung und Partizipation – ein klassischer Sozialarbeitsbereich seit langem – und gleichzeitig Gesundheitsförderung.

2. Befähigen und Ermöglichen, Rolle und Funktion als Anbieter/in, Unterstützer/in und Prinzipien: Das zielt ab auf Aktivierung, darauf, Kompetenzen zu fördern und Gesundheitspotenziale ausschöpfen.

3. Vermitteln und Vernetzen, Rolle und Funktion: Hier setzt die Arbeit von Mediatoren/innen und Moderatoren/innen an. Die Prinzipien sind Kooperation, Koordination und Vernetzung – auch das ist ein klassischer Bereich, den unsere Sozialarbeitabsolvent/innen mitbringen, in dem sie also nicht nachqualifiziert werden müssten.

Ich möchte noch kurz auf den von Beate Blättner vorgestellten, sehr umfassenden Gesamtkatalog von notwendigen Kompetenzen eingehen, dem ich mich anschließen. Aber interessant finde ich zu überlegen, was davon in welche Ausbildung muss? Und was in welche Weiterbildung? Und was in welche berufs begleitende Fortbildung?

Und hier wäre es aus meiner Sicht wichtig zu überlegen, wer – welche Berufsgruppen – diese Arbeit machen sollte und was diese schon in ihrem Grundcurriculum haben und mitbringen und in welchen Bereichen man ihnen eine Fortbildung anbieten müsste, um diese Kompetenzen für die Stadtteilarbeit zu vermitteln.

Dr. Geene

Vielen herzlichen Dank. Ich denke, die Podiumsrunde hat deutlich gemacht, dass auch an den Fachhochschulen eine intensive Diskussion zur Gesundheitsförderung und dem Qualifizierungsbedarf dafür geführt wird. Das hat Beate Blättner mit den verschiedenen Kompetenzstufen sehr anschaulich dargestellt. Wichtig ist es aber auch, die kritische Mahnung von Frau Hoppe zu berücksichtigen, damit die Praxis konkret erfasst wird. Dies ist ein Prozess, an dem wir weiter arbeiten.