

Martin Hafen

Mediatoren, Multiplikatorinnen, Mentoren, Drehpunkt- und Schlüsselpersonen in Prävention und Gesundheitsförderung

Problemstellung

„Da in der Gesundheitsförderung tätige Institutionen und Fachkräfte meist nur in begrenztem Umfang die Zielgruppen direkt erreichen können (begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen sowie Zugangsmöglichkeiten), sind sie in der Regel auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angewiesen.“ Mit diesem Satz leitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in ihrem Glossar ‚Leitbegriffe in der Gesundheitsförderung‘ den Abschnitt zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein (BZgA, 2011). In der Folge führen die Autoren aus, dass es beim Multiplikatorenkonzept nicht nur – wie durch die Bezeichnung impliziert – um eine Verbreitung der Botschaften professioneller Prävention und Gesundheitsförderung geht, sondern auch um eine Verstärkung ihrer Wirkung. In der Folge verweist die BZgA auf weitere Begriffe wie ‚Mediator/Mediatorin‘, ‚Schlüsselpersonen‘, ‚Drehpunktpersonen‘, die „zum Teil ... synonym“ mit dem Multiplikatorenbegriff verwendet würden. Die Autoren schlagen vor, den Multiplikatorenbegriff „für ein einseitiges Kommunikations- und Marketingkonzept zu verwenden“ und den Mediatorenbegriff, wenn die betreffenden Personen „zwischen Absender- und Empfängerseite eine vermittelnde Funktion“ übernehmen. Den Begriff ‚Drehpunktpersonen‘ setzt die BZgA zumindest implizit synonym zu ‚Mediatoren‘, während ‚Schlüsselpersonen‘ als „wichtige Akteure in sozialen Kontexten, z. B. Entscheidungsträgerinnen und -träger in einer Einrichtung oder einem Betrieb“ bezeichnet werden.

In anderen Publikationen wird der Begriff ‚Schlüsselperson‘ in den Vordergrund gestellt – so etwa bei *Willemer* (2010, S. 371), der mit dem Begriff ‚Schlüsselpersonen‘ Menschen bezeichnet, die aufgrund ihrer Funk-

tion, ihrer Rolle, ihrer Sprachkompetenz oder auch ihrer Persönlichkeit in einem Sozialraum eine zentrale Stellung einnehmen und selbst Kontakt zu vielen unterschiedlichen Personengruppen haben. *Wahrenberger/Baumgartner* (2011, S. 16) wiederum verwenden den Begriff als Oberbegriff und ordnen Schlüsselpersonen sowohl die Funktion der Multiplikation als auch die Funktion der Vermittlung im Sinne des Mediatorenbegriffs der BZgA zu. Wie heterogen die Begrifflichkeit in diesem Themenbereich ist, zeigt schließlich eine weitere Publikation der BZgA (2011b). Hier werden im Rahmen der Beschreibung von Good Practice-Projekten zusätzlich Begriffe wie ‚Türöffner‘ (275f.) und ‚(Gesundheits-)Mentoren und Mentorinnen‘ (305ff.) eingeführt, die „gute Kontakte zur Zielgruppe und deren Einrichtungen“ resp. ein „großes Potenzial ... als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ haben (308).

Wir wollen es bei diesen Beispielen bewenden lassen. Sie zeigen, dass die Begrifflichkeit wie in andern Themengebieten von Prävention und Gesundheitsförderung heterogen und bisweilen metaphorisch geprägt ist. Dies erschwert, das in großem Umfang vorhandene Praxiswissen zu ordnen und es mit Blick auf wissenschaftliche Erkenntnisse (Theorien, empirische Untersuchungen) weiter zu entwickeln. Wie fruchtbar gerade eine Verbindung mit sozialwissenschaftlichen Theorien sein könnte, zeigt die BZgA in ihrem Glossar, in dem sie das Multiplikatorenkonzept mit Verweisen zur Diffusionstheorie und von dort weiter zur sozial-kognitiven Theorie von Bandura und anderen theoretischen Ansätzen vertieft. Diese theoretischen Ausführungen werden vorbildlich in Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung gestellt; eine Schärfung der zur Diskussion stehenden Konzepte und Begriffe vor dem Hintergrund dieser Theorien unterbleibt jedoch.

Zusammenfassung:

In der Fachliteratur wird die Zusammenarbeit mit Mediatorinnen, Schlüsselpersonen, Mentorinnen, Drehpunktpersonen, Türöffnern oder Multiplikatorinnen als wichtiger methodischer Zugang in Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben. Dabei wird in der Regel nicht exakt definiert, was unter den genannten Konzepten zu verstehen ist und inwiefern sie sich voneinander unterscheiden. In diesem Text wird auf der Basis einer systemtheoretischen Grundlage eine Klärung dieser Fragen angestrebt und ein theoretisch begründeter Vorschlag in Hinblick auf die Begrifflichkeit gewagt.

Schlüsselworte:

Prävention, Gesundheitsförderung, Systemtheorie, Mediatoren, Schlüsselpersonen, Multiplikatoren, Mentoren

Abstract:

In specialist literature the cooperation with mediators, key persons, (health-)mentors, door-openers, or multipliers is described as an important methodical approach in prevention and health promotion. Thereby it is normally not exactly defined what the different concepts mean and in which respect they differ from each other. This text aims at answers to these questions on a systems-theoretical basis and presents a theoretically founded proposal of terminology.

Key words:

prevention, health promotion, systems theory, key persons, multipliers, mediators, mentors

In diesem Aufsatz wird eine solche theoretisch fundierte Begriffsklärung vor dem Hintergrund der soziologischen Systemtheorie (Luhmann) und der davon abgeleiteten systemischen Präventionstheorie (Hafen 2005, 2007) angestrebt. Den Ausgangspunkt bildet eine Einführung in die systemtheoretischen Konzepte, die sich für dieses Unterfangen eignen; in der Folge werden die oben beschriebenen Begriffe und Konzepte mithilfe dieser Grundlagen systemtheoretisch reformuliert und davon ein Begriffsvorschlag abgeleitet.

Einzelpersonen oder soziale Systeme

Wir starten unsere systemtheoretische Analyse mit der Frage, wie die zur Diskussion stehenden Phänomene (Multiplikatorinnen, Mediatoren, Schlüsselpersonen, Mentoren, Türöffner, Drehpunktpersonen) exakt beschrieben werden können. Die BZgA schreibt in ihrem Glossar: „Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, Pädagogik sowie Angehörige der Zielgruppen sein“ (BZgA 2011a). Diese Zuordnung impliziert, dass mit den Begriffen nicht nur Einzelpersonen (z. B. Angehörige der Zielgruppen), sondern auch soziale Systeme (Berufsgruppen, Institutionen) als Multiplikatoren (Mediatorinnen etc.) bezeichnet werden. Der Begriff ‚Schlüsselperson‘ schließt diese Möglichkeit mit seinem expliziten Personenbezug aus, was auf einen grundsätzlichen Unterschied zwischen den Konzepten verweist. Es ist aber auch möglich, dass die Formulierung der BZgA nicht sorgfältig durchdacht ist und gar nicht soziale Systeme (Berufsgruppen, Institutionen) gemeint sind, sondern Angehörige (Mitglieder) dieser sozialen Systeme.

Dieser Punkt ist insofern von Bedeutung, als wir aus den Erfahrungen mit dem Setting-Ansatz wissen, dass ‚Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung‘ (Pelikan 2007) andere Kompetenzen und methodische Zugänge erfordert als Gesundheitsförderung mit Einzelpersonen. Obwohl man sich durchaus vorstellen kann, dass es so etwas wie ‚Schlüsselorganisationen‘ gibt, die für die Durchsetzung von Interessen und Zielen der Gesundheitsförderung wichtig sind (etwa im Kontext

von politischen Entscheidungsprozessen), wollen wir die hier zu erörternden Konzepte doch auf Einzelpersonen beschränken, mit denen die Fachleute von Prävention und Gesundheitsförderung zusammenarbeiten. Die meisten dieser Personen gehören der Zielgruppe an, an die sich die Präventionsfachleute richten möchten; andere wiederum sind Mitglieder von Organisationen, die für die Zielgruppenreichung von Bedeutung sind.

Die Trennung von Sozialem, Körper und Psyche

Die Rede von ‚Einzelpersonen‘ korrespondiert gut mit dem systemtheoretischen Personenbegriff, der die Beziehung von Menschen zu sozialen Kontexten beschreibt. Luhmann (1998, 19) geht in seinen theoretischen Arbeiten davon aus, dass „... nur die Kommunikation kommunizieren kann ...“ – und nicht etwa: der Mensch. In andern Worten: Kommunikationssysteme oder soziale Systeme wie Organisationen oder Gruppen ‚bestehen‘ nicht aus Menschen; vielmehr bilden und reproduzieren sie sich als Kommunikationsprozesse, die sich in ihrem (autopoietischen) Vollzug von Systemen in ihrer Umwelt abgrenzen. Zu dieser Umwelt gehören auch die Menschen mit ihren psychischen und körperlichen Systemen. Was ein Mensch (psychisch) denkt und wahrnimmt, ist zwar als Umweltbedingung hochrelevant für die Kommunikation, und doch ist die Kommunikation etwas grundsätzlich anderes als die Summe der psychischen und auch körperlichen Prozesse in ihrer Umwelt.

Wir haben es demnach mit einer Differenzierung von Systemebenen (Soziales, Psyche, Körper) zu tun, die füreinander relevante Umwelten bilden, sich aber wechselseitig nicht determinieren, sondern eine Eigendynamik aufweisen. Zudem verfügen sie über ganz spezifische Operationen – Kommunikationen in sozialen Systemen, Gedanken/Wahrnehmungen in psychischen Systemen und biologische Prozesse in den körpereigenen Systemen.

Der Mensch im sozialen System

Angesichts dieser Trennung der Systemebenen stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis der ‚Mensch‘ zur

Kommunikation steht. Nach Luhmann (1994, 429) werden Menschen in sozialen Systemen als Personen in die sozialen Systeme inkludiert. ‚Person‘ meint in diesem Sinne nichts Psychisches oder Körperliches. Der Begriff steht für eine Kommunikationsstruktur, die festlegt, in welcher Hinsicht Menschen in einem sozialen System von Bedeutung sind. Man könnte auch sagen, dass die Menschen in sozialen Systemen als Personen konstruiert werden – als Kolleginnen, als Klienten, als Zielpersonen, als Gesundheitsförderungsfachleute, als Hans Meier oder als Elfriede Kunz. Wie diese Konstruktion ausfällt, hängt vom sozialen System ab. Entsprechend ist ein ‚Mensch‘ an der Arbeitsstelle eine andere Person und wird mit andern Erwartungen konfrontiert als in der Familie oder im Sportverein. Jedes System legt die Aspekte fest, die für seine eigene Konstruktion der inkludierten Personen von Bedeutung sind. Neben Rollenaspekten können auch das Aussehen, die Kleidung, die erlangten Ausbildungsscheine, das Sprechen einer Fremdsprache, der kulturelle Hintergrund und viele andere Merkmale von Bedeutung sein.

Die Begriffe ‚Multiplikatorin‘, ‚Mediator‘, ‚Schlüsselperson‘, ‚Mentorin‘, ‚Türöffner‘, ‚Drehpunktperson‘ bezeichnen in diesem Sinn Rollen Aspekte von Personen in bestimmten sozialen Systemen, die für die Gesundheitsförderung von Relevanz sind – etwa in einem benachteiligten Stadtteil, in einer Jugendgruppe, an einer Schule oder in einem Kulturzentrum. Sie stehen für Erwartungen, die mit diesen Personen und ihrem Handeln in Verbindung gebracht werden – etwa die Verbreitung von gesundheitsförderlichen Informationen oder die Steigerung der Glaubwürdigkeit dieser Botschaften. Selbstverständlich ist es nicht beliebig, welche Personen für diese Aufgaben ausgewählt werden. So ist laut BZgA (2012) „ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen ihnen und den in der Gesundheitsförderung Tätigen“ notwendig. Zudem muss ihre „Glaubwürdigkeit und Akzeptanz bei den Zielgruppenmitgliedern“ garantiert sein, und sie müssen über „Kompetenzen in Fragen der Gesundheit und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung“. Während sich das Kriterium der ‚Glaubwürdigkeit und Akzeptanz‘ auf

die soziale Positionierung dieser Personen im Zielsystem bezieht, umfasst das Kriterium ‚Kompetenzen‘ sowohl psychische Aspekte dieser Menschen (z. B. Wissensbestände) als auch die Zuschreibung von kommunikativen Fähigkeiten.

Die Beeinflussbarkeit von Systemen

Bevor wir uns vertieft mit der Funktion der besagten Personen im Kontext der Gesundheitsförderung auseinandersetzen, wollen wir uns noch kurz mit den Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung beschäftigen, andere Systeme zu erwünschten Veränderungen zu bewegen. Ausgangspunkt der Überlegungen bildet das Konzept der operativen Geschlossenheit von Systemen. Es besagt, dass Systeme zwar auf ihre Umwelt angewiesen sind, dass sie aber weder direkt auf die Systeme in ihrer Umwelt zugreifen können, noch deren System „außerhalb seiner Grenzen“ operieren kann (Luhmann, 1998: 222).

Wenn Gesundheitsförderung beabsichtigt, die Gesundheitskompetenz von Individuen zu verbessern oder in sozialen Systemen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Strukturen) zu bewirken, dann kann sie die entsprechenden Prozesse in den betreffenden psychischen und sozialen Systemen nicht direkt bewirken. Vielmehr sieht sie sich darauf beschränkt, Kommunikationsprozesse in der Form von Beratung, Sensibilisierung, Motivation, Partizipation, Lobbying etc. zu gestalten und zu hoffen, dass diese Kommunikation in den Zielsystemen zu möglichst viel erwünschten Veränderungen (Lernprozessen) und möglichst wenig unerwünschten Nebenwirkungen führt.

Es sind aber letztlich die einzelnen Systeme selbst, die (bewusst oder unbewusst) bestimmen, welche Informationen sie aufnehmen, wie sie diese Informationen interpretieren und mit welchen Strukturanpassungen sie darauf reagieren. Angesichts dieser schwierigen Interventionsverhältnisse tun Gesundheitsförderungsfachleute gut daran, in Hinblick auf die eigenen Beeinflussungsmöglichkeiten eine gewisse Bescheidenheit und Nüchternheit wal-

ten zu lassen. Andererseits sind sie diesen Verhältnissen auch nicht einfach ausgeliefert. Vielmehr haben sie die Möglichkeit, ihre Einflusschancen durch eine möglichst gut durchdachte, idealerweise evidenzbasierte, Gestaltung der Methodik zu erhöhen (Hafen 2007, S. 36). Und hier kommen die Multiplikatoren, Mediatoren, Schlüsselpersonen etc. wieder ins Spiel, denn sie sind nichts anderes als ein methodisches Gestaltungsmittel zur Verbesserung der Wirkung gesundheitsförderlicher Interventionsversuche.

Die Funktion der Multiplikatoren (Mediatorinnen etc.)

Wenn wir nach der Funktion dieser Personen aus der Sicht der Gesundheitsförderungsfachleute fragen, dann stoßen wir auf drei zentrale Unterstützungsmöglichkeiten, die mit den beschriebenen schwierigen Interventionsverhältnissen zusammenhängen und in der Folge näher eingeführt werden: Bereitstellung von Systemkenntnissen und Zugangsmöglichkeiten, Erhöhung der Anschlussfähigkeit, Verbreitung von Botschaften.

Bereitstellung von Systemkenntnissen und Zugangsmöglichkeiten

Soziale und psychische Systeme sind infolge ihrer operativen Geschlossenheit nicht einfach zu beobachten. Je enger eine Person mit einem System verbunden ist und je besser sie seine Geschichte kennt, desto mehr weiß sie über das System und desto besser kann sie abschätzen, wie ein System – sei es ein soziales wie eine Organisation oder ein psychisches – auf bestimmte Botschaften reagiert und was es braucht, um sich im gewünschten Sinn zu verändern. Die Organisation von interaktiven und partizipativen Prozessen ist ein methodisches Mittel der Gesundheitsförderung, um dieser Schwierigkeit zu begegnen – die Zusammenarbeit mit Personen, die dieses Systemwissen mitbringen, ein anderes. Die Art der Zusammenarbeit kann dabei unterschiedlich gestaltet sein.

‚Schlüsselpersonen‘ im oben beschriebenen Sinn der BZgA dienen als ‚Türöffner‘, d. h. sie stellen ihre personalen Merkmale den Gesundheitsförderungsfachleuten im Sinne von Bour-

dieu (1983) als ‚soziales Kapital‘ zur Verfügung und ermöglichen so Initiierung von Kooperationsystemen in der Form von Beratungen, Projekten oder Anlässen, die den direkten Kontakt zu den Zielpersonen erlauben. ‚Mediatorinnen‘ oder ‚(Gesundheits)Mentorinnen‘ wiederum übernehmen (wie nachfolgend erläutert) den Kontakt im Sinne der Gesundheitsförderung selbst und dienen mit ihren psychischen Systemen im Sinne von ‚Drehpunktpersonen‘ als Schnittstelle zwischen den Zielsystemen und den Gesundheitsförderungsfachleuten, die nicht nur eine einseitigen, sondern auch eine wechselseitigen Austausch ermöglicht. Dabei leisten sie nicht selten ein beachtliches Maß an ‚Übersetzungsarbeit‘, die notwendig ist, weil die Systeme oft unterschiedliche Sinnhorizonte (Wissensbestände, kulturelle Einordnung von Sachverhalten etc.) haben und andere Sprachen (Fremdsprachen und systembezogene Sprachen wie Fachsprachen, Jugendsprachen) sprechen.

Erhöhung der Anschlussfähigkeit

Wir haben gesehen, dass die systemtheoretische Fassung des Begriffs ‚Person‘ die Erwartungen beschreibt, die in einem sozialen System an einen Menschen gerichtet werden. Wie dieser Mensch im System als Person konstruiert wird, beeinflusst die Art und Weise seiner kommunikativen Relevanz. Nun weiß man aus unterschiedlichen Forschungsbereichen (etwa der Kommunikationsforschung, aber auch der Präventionsforschung, (z. B. zu Peer-Ansätzen), dass die Wirkung von Botschaften davon abhängt, wem diese Botschaften zugeschrieben werden. Die Anschlussfähigkeit von Botschaften und die damit verbundene Bereitschaft zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen hängen demnach zu einem beachtlichen Teil vom Status, der Beliebtheit, der Reputation und anderen personalen Faktoren ab, die der Person zugeschrieben werden, welche die Botschaften verbreitet und ihnen auf der Verhaltensebene folgt (Vorbildfunktion).

Gelingt es, solche Meinungsführerinnen und -führer dazu zu gewinnen, Botschaften im Kontext der Gesundheitsförderung zu vertreten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich auf der

Ebene des sozialen Systems und bei den psychischen Systemen in der relevanten Umwelt die erwünschten Veränderungen einstellen. Wichtig ist dabei, dass die betreffenden Personen ‚Eigenschaften‘ wie Reputation, Vorbildcharakter etc. nicht einfach (in einem ontologischen Sinn) ‚haben‘. Diese Eigenschaften werden ihnen zugeschrieben und es jeweils das betreffende soziale System, das bestimmt, wie diese Zuschreibung erfolgt. Ein Schüler, der sich aus Sicht der Lehrkräfte wegen seiner Einsatzbereitschaft als Mediator eignet, ist für seine Mitschüler und Mitschülerinnen möglicherweise ein ‚Streber‘, der eher einen negativen Einfluss auf die Veränderung ihrer Bereitschaft zu gesundheitsförderlichem Handeln hat.

Verbreitung von Botschaften

Wir haben gesehen, dass sich die Wirkungen von kommunikativen Beeinflussungsversuchen tendenziell erhöhen, wenn ein direkter (interaktiver) Austausch mit den Zielsystemen stattfindet. Das ist eine Erklärung dafür, dass massenmedial (z. B. über Plakatkampagnen oder Fernsehspots) vermittelte Gesundheitsbotschaften die erwünschten Lernerfolge und Verhaltensänderungen in geringerem Maß bewirken, als wenn die Botschaften im direkten Kontakt im Rahmen von interaktiven Kommunikationsprozessen vermittelt werden. Der Grund dafür ist klar: Solche interaktiven Prozesse erlauben den Aufbau einer interpersonellen Beziehung mit einer gewissen Tiefe. Wenn man den Bezug zu den systemtheoretischen Grundlagen wieder aufnimmt, kann solche Beziehungen von Luhmanns Konzept der ‚zwischenmenschlichen Interpenetration‘ umschreiben – einer Form von Kommunikation, in welcher „mehr und mehr Bereiche des persönlichen Erlebens und des Körperverhaltens eines Menschen zugänglich und relevant werden und dieser Sachverhalt sich wechselseitig einspielt“ (Luhmann 1994, 304).

Das große Problem der Gesundheitsförderung (wie auch der Schule) ist, dass der Aufbau derartiger Beziehungen zu den Zielpersonen Zeit erfordert und im Rahmen von Projekten selbst mit weit entwickelten Partizipationsprozessen nur beschränkt

möglich ist. Es ist ein wichtiger Aspekt der Arbeit mit Multiplikatorinnen (Mediatoren, Mentorinnen etc.), Personen für die Verbreitung der Botschaften zu gewinnen, die sich bereits auf eine mehr oder weniger ‚tiefe‘ Beziehung zu den Zielpersonen abstützen können. Damit lassen sich zwei Ziele zugleich erreichen: Einerseits erreicht man (indirekt) mehr Zielpersonen, als wenn man diese Personen direkt kontaktiert; andererseits führen die personalen Merkmale der Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zu einer erhöhten Akzeptanz der Botschaften.

Verbreitungs- und Erfolgsmedien

An dieser Stelle bietet sich an, das Multiplikatoren- und Mediatorenkonzept in Bezug zur systemtheoretischen Medientheorie zu stellen. Nach Luhmann (1997, 202ff.) bilden sich im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung zwei Formen von Kommunikationsmedien heraus: Verbreitungs- und Erfolgsmedien. Verbreitungsmedien wie die Sprache, die Schrift und später – ausgehend vom Buchdruck – die Massenmedien inkl. des Internets machen Informationen zeitgleich für große Zahl von Adressaten und Adressatinnen zugänglich, und es ist klar, dass auch die Gesundheitsförderung auf die Nutzung dieser Medien angewiesen ist, um ihre Botschaften zugänglich zu machen.

Erfolgsmedien wiederum sind darauf ausgerichtet, der ‚Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation‘ (Luhmann 1993) zu begegnen, die durch die operative Geschlossenheit der Systeme und die zunehmende Komplexität der Gesellschaft bedingt ist. Diese Medien haben zum Ziel, die Wahrscheinlichkeit von erwünschten Anschlüssen an eine bestimmte Kommunikation zu erhöhen. Ein Beispiel für ein solches Medium ist das Geld, welches Kommunikationsprozesse im Wirtschaftssystem in größerem Ausmaß wahrscheinlicher macht, als wenn ‚Zahlungen‘ in Form von Naturalien oder Dienstleistungen erbracht werden. Ein anderes Beispiel ist (politische) Macht, mit der – abgestützt durch das Rechtssystem – mit expliziter oder impliziter Androhung von Sanktionen ein bestimmtes Handeln eingefordert wird. Gerade machtgestützte Interventionsversuche finden

auch in Prävention und Gesundheitsförderung Anwendung, insbesondere wenn ein Verhalten mit gesetzlichen Regelungen wie Verkaufsverboten oder der Gurtentragungspflicht im Sinne der Gesundheitsförderung beeinflusst werden soll.

Aber auch Geld wird als Erfolgsmedium eingesetzt, z. B. wenn Raucher eine höhere Krankenkassenprämie zahlen müssen oder ein bestimmtes Verhalten mit materiellen Anreizen gefördert werden soll. Weiter kommt auch die Moral, ebenfalls ein gesellschaftsweites Erfolgsmedium, in Prävention und Gesundheitsförderung wie auch in der nachhaltigen Entwicklung (Hafen 2011) immer wieder zum Einsatz, wenngleich mit eingeschränkter Wirkung, da Systeme moralisierenden Botschaften gegenüber offenbar einen Abwehrreflex haben und der Einsatz von Moral konfliktfördernd wirkt. Schließlich wäre als Erfolgsmedium die Furcht zu nennen, wobei die Furchtappellforschung (vgl. für einen Überblick Barth/Bengel 1999) zeigt, dass Furchtinduktion nur unter bestimmten Bedingungen wirkt – insbesondere wenn den Zielpersonen Schutzmöglichkeiten mitkommuniziert werden können.

Die mediale Nutzung von Multiplikatorinnen und Mediatoren

Die schon früher (Hafen 2007, 271) formulierte Idee ist nun, die Unterscheidung von Verbreitungs- und Erfolgsmedien für die Beschreibung von Multiplikatoren, Mediatorinnen, Mentoren oder Schlüsselpersonen zu nutzen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der oben aufgeführten Bedeutung der BZgA können dann als Verbreitungsmedien verstanden werden, die von den Gesundheitsförderungsfachleuten dazu genutzt werden, eine größere Zahl von Zielpersonen (indirekt, dafür interaktiv) zu erreichen. Mediatoren und Mediatorinnen wiederum, aber auch Mentorinnen und Drehpunktpersonen, können als Erfolgsmedien verstanden werden, die den Botschaften der Gesundheitsförderung zu einer erhöhten Wirkung verhelfen. Klar ist, und das drückt sich in der eingangs beschriebenen Heterogenität der Begriffe im Feld aus, dass die eingesetzten Personen die beiden medialen Aspekte in vielen Fällen verei-

nen, also sowohl eine größere Anzahl von Zielpersonen erreichen als auch (aufgrund ihrer personalen Merkmale) eine bessere Wirkung erzielen als Gesundheitsförderungsfachleute, denen es an Systemkenntnissen und Einfluss auf die Zielpersonen fehlt. Zudem können diese personalen Medien auch in umgekehrter Richtung genutzt werden, indem sie die den Gesundheitsförderungsfachleuten die Anliegen und Wünsche der Zielpersonen besser zugänglich machen und bei allfälligen Interessenskonflikten zu vermitteln.

Etwas anders liegt der Fall bei den ‚Schlüsselpersonen‘ und ‚Türöffnern‘ im oben beschriebenen Sinn, da diese den Kontakt zwischen den Gesundheitsförderungsfachleuten und den Zielpersonen nicht einfach übernehmen, sondern es den Fachleuten mittels ihrer personalen Merkmale (etwa der Name einer Person und die ihr zugeschriebene Reputation) ermöglichen, den direkten Kontakt selbst wahrzunehmen.

Reformulierung der Begrifflichkeit

Selbstverständlich wäre es wünschbar, die bestehenden heterogenen, bisweilen widersprüchlichen Bezeichnungen durch theoretisch begründete Begriffe zu ersetzen. Andererseits dürfen die Begriffe ein gewisses Abstraktionsniveau nicht überschreiten, wenn sie in der professionellen Praxis anschlussfähig sein sollen. Multiplikatoren als ‚Verbreitungsmedien‘ und Mediatorinnen als ‚Erfolgsmedien‘ zu bezeichnen, ist da nicht sonderlich hilfreich. Da die besagten Personen oft beide Aspekte in sich vereinen, wäre ohnehin ein übergeordneter Begriff wünschbar, unter dem sich dann unterschiedliche Funktionen zuordnen ließen, denen dann in einem weiteren Schritt noch spezifische Tätigkeiten und Kompetenzen zugeordnet werden könnten.

Eine Möglichkeit für einen solchen übergeordneten Begriff wäre ‚Medium‘ (ursprünglich lat.: Mitte, Mittelpunkt) – ein Begriff, der praktisch in allen Ausformungen den Aspekt des Vermittelns und teilweise (z. B. bei den Massenmedien) auch den Aspekt der Verbreitung beinhaltet. Nachteilig ist sicher, dass der Begriff anderweitig besetzt ist. So werden die Massenmedien gerne als ‚Medien‘ bezeichnet, oder es ist in ‚esoterischen‘ Zusammenhängen die Rede von einem Medium, das den Kontakt zwischen unserer immanenten und einer transzendenten Welt herstellt. Wollte man die Begriffe ‚Medium‘ und ‚Medien‘ für die hier diskutierten Belange nutzbar machen, müsste man sie wohl weiter spezifizieren. Vielleicht könnte man im obigen Sinn von ‚personalen Medien‘ sprechen. Das wäre theoretisch gut begründbar, in der Praxis aber wohl kaum anschlussfähig.

Von den bestehenden Begriffen erscheint aus der Perspektive der hier verfolgten Theorielinie der Mediatorenbegriff am günstigsten. Zum einen ist der Wortstamm vom Begriff ‚Medium‘ abgeleitet; zum andern ist der Vermittlungsaspekt (im Sinne der Vermittlung von Informationsmöglichkeiten) von zentraler Bedeutung, und schließlich spielt auch der Verbreitungsaspekt eine Rolle, da die Mediatorinnen ja mit ganzen Zielgruppen zusammenarbeiten. Das Problem ist hier, dass der Begriff ‚Mediator‘ oder ‚Mediatorin‘ relativ eng mit dem Bereich der Konfliktmediation verbunden ist. Andererseits ist diese Bedeutung von Mediation auch im hier verhandelten Themenbereich von Bedeutung – seltener bei der Vermittlung von Konflikten zwischen den Gesundheitsförderungsfachleuten und den Zielgruppen und häufiger bei der Vermittlung zwischen unterschiedlichen Interessen, die sich durch den unterschiedlichen (etwa alters-, bildungs-, einkommens-, migrationsbedingten) Hintergrund der Par-

teien ergeben. Schließlich lässt sich die Bedeutung von ‚Vermittlung‘ auch für die Bezeichnung von ‚Schlüsselpersonen‘ oder ‚Türöffnern‘ im Sinne der BZgA nutzen, da diese Personen den Gesundheitsförderungsfachleuten Kontaktmöglichkeiten vermitteln.

Abschließende Bemerkungen

In diesem Text wird der mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie begründete Vorschlag gemacht, den Mediatorenbegriff als Überbegriff für Nichtfachleute zu verwenden, mit denen Gesundheitsförderungsfachleute systematisch zusammenarbeiten, um die Erreichung ihrer Ziele wahrscheinlicher zu machen. Diese Nichtfachleute können gleichzeitig selbst Zielpersonen der präventiven Aktivitäten sein, müssen aber nicht. Sie unterscheiden sich von ‚reinen‘ Zielpersonen dadurch, dass ihnen besondere Fähigkeiten (Fachwissen, Kommunikationskompetenz, Akzeptanz bei den Zielpersonen etc.) zugeschrieben werden, welche die Erreichung der Gesundheitsförderungsziele begünstigen. Die hier zur Begriffsklärung genutzten theoretischen Grundlagen deuten an, dass (auch) die Arbeit mit Mediatorinnen und Mediatoren kein ‚Königsweg‘ von Prävention und Gesundheitsförderung ist, aber doch ein sinnvoller Zugang, dessen weitere methodische Entwicklung, theoretische Fundierung und empirische Erforschung sich lohnt.

Literatur bitte bei der Redaktion (peter.sabo@t-online.de) oder dem Verfasser anfordern.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. phil. Martin Hafén
Hochschule für Soziale Arbeit Luzern
Kompetenzzentrum Prävention und Gesundheitsförderung
Werftstr. 1, Postfach 3252, CH-6002 Luzern
Tel. 0041 +61 36748 81
E-Mail: martin.hafen@hslu.ch
Web: <http://www.fen.ch>

Mediatoren, Multiplikatorinnen, Mentoren, Drehpunkt- und Schlüsselpersonen in Prävention und Gesundheitsförderung

Literatur:

Barth, Jürgen; Bengel, Peter (1999): Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. 2. Auflage; Köln: BZgA

Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten, Göttingen (Schwartz), 1983, S. 183-198

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.). (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen. 5. erw. & überarb. Aufl.; Köln: BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.). (2012): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Online-Glossar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/> (Download 4.1.2012)

Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen; Heidelberg

Hafen, Martin (2007): Grundlagen systemischer Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis; Heidelberg

Hafen, Martin (2011): Gesundheitsförderung, Prävention und Nachhaltige Entwicklung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Eine systemtheoretische Analyse von drei Konzepten der Zukunftsbeförderung. Luzern: interact
Luhmann, Niklas (1993): Die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation. In ders., Soziologische Aufklärung 3 – Soziales System, Gesellschaft, Organisation (S. 25-34). 3. Auflage; Opladen

Luhmann, Niklas (1994): Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie. 5. Aufl.; Frankfurt am Main

Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main

Luhmann, Niklas (1998a): Was ist Kommunikation? In Fritz B. Simon, Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie (S. 19-31). 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Luhmann, Niklas (1998b): Gesellschaftliche Struktur und semantische Tradition. In ders., Gesellschaftsstruktur und Semantik (S. 9-71). Bd. 1. 2. Auflage; Frankfurt am Main

Pelikan, Jürgen M. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. In Prävention und Gesundheitsförderung, 2007 (2), (S. 74-81)

Baumgartner, Karin; Wahrenberger, Felix (2011): Schlüsselpersonen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Wie arbeiten Fachpersonen mit Schlüsselpersonen zusammen, um präventives Handeln zu fördern? Masterarbeit Master of Advanced Studies (MAS) Prevention & Health Promotion, 2009 – 2011, Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Willener, Alex (2010): Sozialräumliches Handeln. In Bernard Wandeler (Hrsg.), Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion (S. 349-382); Luzern