

Kapitel 11

Jugend, Peer-Education und Gesundheit: eine zweifelhafte Methode zur Verringerung von sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich

Yaëlle Amsellem-Mainguy

„Heutzutage beschäftigen sich alle staatlichen Einrichtungen mit der Gesundheit junger Menschen. Angefangen bei Regionalbehörden in Ballungsräumen, Ländern, Bezirken und Regionen bis hin zu Institutionen der Europäischen Union, haben alle Entscheidungsebenen ein Interesse an dieser Problematik. Entsprechend schließen viele Einrichtungen und Institutionen für Kinder und Jugendliche den Gesundheitsbereich in ihre Arbeit ein (Schulen, Jugendinformationszentren, lokale Arbeitsgruppen, Herbergen für junge Arbeiter, etc.) und es werden häufig neue spezifische Einrichtungen eröffnet (Jugendfürsorgezentren, Beratungseinrichtungen und beispielsweise Jugendzentren). Umgekehrt schließen allgemeinere Instrumente im Bereich Gesundheit systematische Maßnahmen für Jugendliche ein; dies gilt insbesondere für mobile Psychiaterteams, Bereitschaftsdienste für die Aufnahme und Versorgung in Krankenhäusern, lokale Gesundheitsförderung, kommunale Gesundheitsworkshops oder niederschwellige Aufnahmezentren.“ (Amsellem-Mainguy and Loncle 2010, S. 42)

Patrick Peretti-Watel erläutert hierzu:

„Die Frage der Gesundheit spielt heutzutage in jedem Bereich eine Rolle: Ein Schüler mit schlechten Noten ist 'schlecht an die Schule angepasst', genauso wie ein Mann, der mit seiner Erektion unzufrieden ist, sich selbst als sexuell 'krank' einstuft. Mit dem Gesundheitsbegriff wird Glück verknüpft... Wenn in diesem Zusammenhang bei Präventionskampagnen ein günstiges Gesundheitsverhalten (ausgewogene Ernährung, körperliche Bewegung und dergleichen) und die Bekämpfung von Risikoverhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und dergleichen) in den Vordergrund gestellt werden, schließt der Widerspruch zwischen einem gesunden und ungesunden Verhalten zwangsläufig eine moralische Komponente mit ein (darüber hinaus ist aus etymologischer Sicht ungesund, was gesundheitsschädlich ist und moralischen Grundsätzen widerspricht). ... Bezüglich des Risikoverhaltens von Jugendlichen wer-

den insbesondere Präventionskampagnen sehr wahrscheinlich von stereotypen Vorstellungen junger Menschen beeinflusst.“ (Peretti-Watel 2010)

Die Gesundheitspolitik für 16- bis 25-jährige Jugendliche beruht in erster Linie noch immer auf der Schilderung von Risiken, der diese Altersgruppe ausgesetzt ist und zwar zum Nachteil eines Ansatzes, der auf ‚Ressourcen und Wünschen der Jugend‘ beruht und der ihre Gesundheit einbezieht. Dieser Gesichtspunkt verdeutlicht die unzureichende Beteiligung junger Menschen bei der Gestaltung der Politik, die sie betrifft, ebenso ein keimendes Gefühl der Stigmatisierung von Seiten der Erwachsenengesellschaft, das möglicherweise zu Misstrauen oder Widerstand gegen die von Professionellen implementierten Maßnahmen führt. Obwohl diese ‚Lücke zwischen der Jugend- und Erwachsenengesellschaft‘ auf verschiedenen Ebenen (Jugendvertretungen, geringe Anteilnahme im politischen Bereich) nicht nur auf den Gesundheitsbereich zutrifft, ist es ganz klar notwendig, alternative Maßnahmen vorzuschlagen für die Prävention und Gesundheitserziehung junger Menschen, die ihre Erwartungen und Bedürfnisse am besten befriedigen. In diesem Sinne kann die Gesundheitserziehung durch Gleichaltrige eine echte Möglichkeit sein, diese Lücke zu schließen und die Entwicklung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit zu begrenzen.

In Erweiterung ihrer Analyse zum Thema AIDS schlägt Florence Maillouche entsprechend vor, dass

„die Projektion Jugendlicher in das Mittelfeld des präventiven Apparats wahrscheinlich das Ergebnis eines Synkretismus aus Epidemiologie, Soziologie und Psychologie ist. Dieser Synkretismus war besonders darin erfolgreich, mit einer Altersgruppe, mit der Jugend als reine demografische Kategorie verstanden wird, die Vorstellung zu verbinden, dass junge Menschen eine spezifische Natur besitzen, die durch Verantwortungslosigkeit, Nachlässigkeit, einer Neigung zur Beeinflussung und Feindseligkeit gegenüber der Erwachsenenwelt gekennzeichnet ist und die sich durch Provokationen, Verstöße und das freiwillige Eingehen von Risiken ausdrückt.“ (*Eine Quellenangabe fehlt im Originaltext, Anm. d. Red.*)

Das ist der Hintergrund, vor dem heutzutage Peer-Prävention im gesamten Territorium stattfindet. Jedoch geht die noch nie da gewesene Verschärfung des Gesundheitsproblems junger Menschen nicht mit einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes einher.

Gesundheitserziehung junger Menschen kann nicht als Einbahnstraße verstanden werden. Ganz im Gegenteil: Eine Strategie unterschiedlicher Interventionen und Ausführungsformen ist notwendig (auf Basis eines von Erwachsenen initiierten Programms oder auf Initiative von Jugendlichen auf Basis gegenseitiger Wertschätzung), die Fragen auf unterschiedlichste Weise aufgreift. Alle dargelegten Gedanken unterstreichen die Bedeutung der Reflektion über Gesundheitserziehungsmethoden und ihre Diversifikation, wobei der Schwerpunkt auf der aktiven und interaktiven Teilnahme Jugendlicher mit dem übergeordneten Ziel liegt, sie in ihren Lernprozess einzubeziehen und sie zu befähigen, sozusagen ihre Fähigkeit, aktiv zu werden, zu erkennen und mehr Einfluss auf ihr eigenes Leben zu gewinnen (mit anderen Worten *Empowerment*). Unter den angewandten Ansätzen, mit denen man die Position Jugendlicher als treibende Kraft der Gesundheitserziehung und -förderung stärken wollte, sind die Peer-Ansätze seit etwa 20 Jahren in

Frankreich weit verbreitet, weshalb es notwendig ist, ihnen an dieser Stelle mehr Aufmerksamkeit zu widmen.³⁵ In Frankreich gedeihen zahlreiche Peer-Programme zu Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, deren Zielgruppe insbesondere Jugendliche sind. Das Interesse an derartigen Präventionsprogrammen³⁶ zu verschiedenen Gesundheitsfragen (Süchte, Ernährung, Zugang zur Versorgung, Sexualität ...) nimmt auch in anderen Bevölkerungsgruppen zu: ältere Menschen, Prostituierte, Menschen in Notlagen usw.

Von Beginn an wurde der Begriff Peer-Education verwendet, um damit die ‚Bildung junger Menschen durch junge Menschen‘ zu beschreiben, wobei sich hinter dieser vereinfachten Darstellung eine Vielzahl von Herangehensweisen und Interessen verbergen (INSERM 2001). Dabei kann inzwischen die Vorstellung hinterfragt werden, dass alleine die Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe genügt, um den Peer-Status zu definieren, wobei die Unterschiede zwischen den Jugendlichen erheblich sind (Labadie 2012), unterschiedliche Lebenswege nicht belegt werden müssen und der Prozess der Identitätsfindung auch durch Zugehörigkeitsgruppen mit spezifischen Affinitäten und Lebensstilen bedingt ist, die oft miteinander verglichen werden.

Der Peer-Ansatz wurde zunächst für die Primärprävention angewendet (wo Gesundheitsprobleme oder Krankheiten im Vordergrund standen, schließt er heutzutage beispielsweise Impfungen oder Aktionen gegen Risikofaktoren mit ein). Gesundheitserziehung/-förderung durch Peers wird nun auch im Bereich der Sekundärprävention (die in einem frühen Entwicklungsstadium der Krankheit genutzt wird) und der Verringerung von Risiken (Hauptziel ist die Verringerung von Schadensrisiken, die mit Drogenkonsum in Verbindung stehen) angewendet. Diese Aktionen sollten heutzutage nicht als konkurrierende, sondern eher ergänzende und verstärkende Maßnahmen betrachtet werden.

35 Dabei ist zu beachten, dass Frankreich in puncto Peer-Education beispielsweise hinter den englischsprachigen Ländern hinterherhinkt, welche bereits in den siebziger Jahren Maßnahmen insbesondere im Bereich der Suchtprävention ergriffen haben. Dieser Schritt folgte wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen von präventiv tätigen Akteuren, die besagen, dass es effektiver ist, junge Menschen mit einzubeziehen und deren Kompetenzen aufzubauen, statt diese Programme lediglich auf die Risiken auszurichten.

36 Dies ist besonders gut anhand der im Jahr 2010 vom Jugendministerium veröffentlichten Projektausschreibung für Projekte nachvollziehbar, die durch den *Fonds d'expérimentation pour la jeunesse AP2* gefördert werden, und die später Anlass zu einer nationalen Beurteilung im Rahmen von ESPAIR (Education santé par les pairs) gaben, welche von Éric Le Grand durchgeführt wurde.

DEFINITIONEN

Gesundheitsprävention

Die Prävention umfasst alle „Maßnahmen, die darauf abzielen, die Wirksamkeit verursachender Faktoren oder Gesundheitsprobleme zu minimieren, den Ausbruch von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen zu verhindern, ihre Ausbreitung einzudämmen oder ihre Folgen zu begrenzen. Präventive Maßnahmen können medizinische Intervention, Umweltschutz, gesetzgeberische, finanzielle oder Verhaltensmaßnahmen, politischer Druck oder Gesundheitserziehung sein.“* Die Maßnahmen reichen von Mitteln, die verabreicht werden, um das Auftreten von Symptomen zu verhindern oder ihre Entwicklung einzudämmen, sie können aber auch die Eliminierung von Risikofaktoren und Unterstützungsmöglichkeiten für die soziale Rehabilitation von Patienten beinhalten.

Gesundheitserziehung

„Gesundheitserziehung sollte den Bürger befähigen, sich im Laufe seines Lebens Kenntnisse und Mittel zum Schutz, idealerweise für die Verbesserung der eigenen Gesundheit und die der Gesellschaft, anzueignen.“**

„Eine Strategie, die sich prinzipiell auf Lernprozesse konzentriert und dabei auf Wissen, Haltungen, Verhalten, Werte und den Entscheidungsprozesse wirkt. Diese sind mit den Zielen der Gesundheitsprävention, dem Schutz oder der Förderung, aber auch mit der Rehabilitation und der Einhaltung medizinischer und pharmazeutischer Behandlungen verbunden. Sie beschäftigen sich aber auch mit den Zusammenhängen, in denen die Lernprozesse äußerst günstig sind (Verhältnis von zwischenmenschlicher Hilfe, Klinik, kleiner Gruppe, Massenpublikum...).“***

„Die Gesundheitserziehung sollte unter dem Gesichtspunkt einer langfristigen Perspektive für die Entwicklung individueller und kollektiver Fähigkeiten betrachtet werden, die sowohl ein höheres Lebensalter und als auch eine Verbesserung der Lebensqualität sicherstellen... Sie sollte nicht bei der Information über Risiken stehen bleiben – obwohl dieser Schritt für die Bewusstseinsbildung notwendig ist –, sondern sollte sich das Ziel setzen, zumindest bedeutende Änderungen der Einstellungen und Haltungen von Einzelnen zu bewirken und, besser noch, diese dazu befähigen, Wünsche nach Verhaltensänderungen zum Ausdruck zu bringen und sie zu einer besseren Umsetzung zu befähigen.“****

Gesundheitsförderung

Die Definition der Gesundheitsförderung bezieht sich auf den Text der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986,***** herausgegeben von der WHO:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig,

dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“

* Definition der Datenbank des Gesundheitswesens: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>.

** Französischer Nationaler Plan für die Gesundheitserziehung, Frz. Gesundheitsministerium, präsentiert im Ministerrat im Februar 2001.

*** „La promotion de la santé comme perspective“, Santé Société, Serie „Promotion de la santé“, Regierung von Quebec, Ministerium für Gesundheit und soziale Dienste, S. 9.

**** Lévy E., L'éducation pour la santé, Meinung des Wirtschafts- und Sozialrats, Paris 1982, S. 858.

***** www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

„PEER-PRÄVENTION‘ ODER ‚PEER-EDUCATION‘?

Die Europäische Kommission definiert Peer-Education wie folgt:

„Dieser Bildungsansatz stützt sich auf Peers (Personen gleichen Alters, sozialer Herkunft, Stellung, Bildung oder Erfahrung), um zu informieren und Verhaltensweisen und Werte zu fördern. Peer-Education stellt eine Alternative oder Ergänzung zu traditionellen Gesundheitserziehungsstrategien dar. Dieser Ansatz beruht auf der Tatsache, dass in bestimmten Lebensabschnitten, insbesondere im jugendlichen Alter, dieser Einfluss stärker ist als andere Einflüsse.“

Der Peer-Ansatz entspricht der Vorstellung von Symmetrie, aber auch von Gegenseitigkeit und Gleichberechtigung. Mit anderen Worten liegt die Attraktivität dieses Ansatzes im Aufbau einer Beziehungsdynamik, die auf der Ähnlichkeit zwischen dem Multiplikator und dem Empfänger (oder Nutzer) beruht. Diesem Ansatz liegt die jeweilige Bedeutung der Peer-Gruppe für den Identitätsbildungsprozess, die insbesondere im Jugendalter durch die Einführung gemeinsamer Werte und vorgeschriebener/verbotener Handlungsweisen und ganz allgemein auf Sozialisierungsprozessen beruht, zu Grunde. Dabei sind Familie und Schule nicht die einzigen Faktoren im Sozialisierungsprozess, und sie vermitteln manchmal entgegengesetzte Normen. Daher hüten sich Jugendliche häufig vor einem genauen Ein-

blick seitens ihrer Peers, nehmen aber ebenso die Botschaften, die über die Medien verbreitet werden und die ihre Sozialisierung beeinflussen, wahr. Trotz manchmal abweichender Zielstellungen arrangieren sich junge Menschen mit unterschiedlichen Sozialisierungsformen (Familie, Schule, Peers ...), und manchmal schätzen sie es, wenn deren Vertreter eine enge Verbindung mit bestimmten Normen haben, für die sie stehen.

Bei dieser Methode spielen der Austausch und die zwischenmenschlichen Beziehungen eine entscheidende Rolle, die manchmal dabei helfen, Gemeinschaften oder Gruppen mit gleichen Zielstellungen zu stärken oder zum Vorschein zu bringen. Der Peer übernimmt von Anfang an die Rolle der Kontaktperson, die in einem bestimmten Präventionsbereich tätig ist.

Gesundheitspräventionsmaßnahmen durch Peers ist nicht von einem starren Geflecht aus Einstellungen und Verhalten, die angenommen oder nicht angenommen werden sollen, geprägt oder beruhen nicht auf Überzeugung oder Überredung, sondern sind eher in Erzählungen über sich selbst, in denen das Wechselspiel von Grenzen und Möglichkeiten reflektiert wird, eingebettet. Präventive Maßnahmen durch Peers greifen durch Nähe und Authentizität und erhalten eine besondere Bedeutung, weil der Grundsatz gilt, dass, je glaubwürdiger eine Informationsquelle ist, sie umso attraktiver für den Empfänger erscheint.

HINWEISE

Verschiedene Peer-Konfigurationen

„Ein Peer wird als solcher bezeichnet, weil er ‚ähnlich‘ ist. Wenn er aber ähnlich ist, wie kann er dann anders sein? Wie wird er dann mit dem notwendigen Abstand betrachtet, dass er noch Peer bleibt, ohne dass er zum Außenseiter wird? Welche Ähnlichkeit ist erforderlich, welche ist schädlich, überflüssig oder unzureichend? Zudem besteht immer das unterschwellige Risiko ein ‚Peerot‘ zu werden. Dieser ist eine liebenswürdige, junge und starke Person, die zu jeder guten Tat bereit ist und schnell zum ‚Sprachrohr der Erwachsenen‘ wird und ihre guten Grundsätze weitergibt. Oft ist der einzige Grund, zum Peer erkoren zu werden, das passende Alter, wobei die Frage entsteht, ob dies ein ausreichendes Kriterium ist, um die Peer-Rolle zu übernehmen. Wenn der Peer genau so ist wie ich, was kann er mir bieten? Und wenn er andere Dinge weiß und sagt als ich, ist er dann noch ich? Ist er dann mein Peer? Um in der Teenagersprache zu bleiben, wenn er mich mit den Regeln und Grundsätzen, die ihm in der kranken Schule eingebläut wurden, bombardiert, ist er ein Clown und kein Peer, sondern ein ‚Peerot‘. Daher entspricht die richtige Position des Peers eher dem Mittler zwischen der Botschaft und dem Adressaten, eher der Funktion eines Boten anstatt Sprechers. Jemand, der fast so ist wie ich und weiß, wie er mit diesem feinen Unterschied umgehen muss.“*

Aus dieser Sicht wurden unterschiedliche Klassifikationen vorgeschlagen, um die Vielschichtigkeit des Peer-Ansatzes zu erfassen. Zwei Hauptparadigmen können unterschieden werden:**

- ▶ **„Multiplikatoren“** sind für die Verbreitung von Informationen und Empfehlungen zu einem bestimmten Thema in ihrem Lebensumfeld verantwortlich;
- ▶ **„Peers“ für die gegenseitige Hilfe** werden darin geschult, ihren Freunden zuzuhören, und ggf. eine Bestimmungsrolle zu übernehmen (Probleme Jugendlicher aufdecken) oder den Kontakt zwischen betroffenen Jugendlichen und Spezialisten oder Einrichtungen herzustellen.

Neuere Studien***, die zu Peer-Education durchgeführt wurden, gehen weiter und zeigen, dass drei Hauptbereiche der Peer-Intervention unterschieden werden können: **Sozialer Einfluss** (hier ist die Rolle des Peers vom Einfluss geprägt, den er gegenüber den Personen, die ihm nahe stehen, mit dem Ziel ausübt, Verhaltensänderungen, Einstellungen oder Werte zu fördern oder zu verhindern); **Soziale Ressource** (hier ergibt sich die Rolle des Peers aus den Beziehungen, die durch gegenseitige Hilfe und Austausch entstehen, um das eigene und das Wohlbefinden anderer sicherzustellen, wobei die Peers eine gemeinsame Gruppe bilden, die zu einer Ressource für alle wird); und **Soziale Kontakte** (hier ist der Peer eine Person, die zu einem anderen oder entgegengesetzten sozialen Bereich gehört und symbolische oder materielle Brücken zwischen diesen Bereichen aufbaut – hier sind Peers Peer-Mediatoren oder ‚Förderer‘).

* Chobeaux F. (2012), „L'éducation par les pairs: attentes et limites“, *La Santé de l'homme*, Nr. 421, S. 15-16.

** Baudier F., et al. (1996), *Approche par les pairs et santé des adolescents, Actes du séminaire international francophone, Besançon, 5–7 Dezember 1994*, CFES, Serie „Séminaires“.

*** Bellot C. and Rivard J. (2012), „Québec: l'intervention par les pairs investit la promotion de la santé“, *La Santé de l'homme* Nr. 421, S. 18-19.

NÄHE UND BEZIEHUNG ALS KERN DES ANSATZES

Der Alltag junger Menschen ist vom allgegenwärtigen und starken Einfluss von Peers im Identitätsbildungsprozess gekennzeichnet. Junge Menschen umgeben sich wie Erwachsene auch mit Menschen, die ihnen ähnlich sind. Die Ähnlichkeit kann mit dem Alter zusammenhängen (trifft auf Jugendliche oder generell auf junge Menschen zu), Geschlecht, aber auch Status oder Rollen, Werte und Gewohnheiten (Partys feiern) oder Genuss (Selbsthilfegruppen). Jedoch reichen diese Faktoren der Nähe an sich nicht aus, sondern es braucht zudem eine starke Verflechtung, eine Beziehung, die gewählt wird und anerkannt ist. Diese muss gleichzeitig so angesehen sein, dass der andere ein Peer werden kann. Im Jugendalter werden

Heranwachsende zwischen Familie und der Peer-Gruppe hin und her gerissen, wobei jede dieser beiden eine große Rolle in ihrem Leben spielt. Die Peer-Gruppe ist sehr wichtig und hilft dabei, wenn junge Menschen selbstständig werden, sich schrittweise von der Familie lösen und erwachsen zu werden, wobei jedes Individuum den nötigen Freiraum hat, um seine eigene Persönlichkeit gegenüber seinen Peers auszubilden. Hier ist man sich darüber einig, dass „das Konzept des Peers kein streng statisches, sondern ein dynamisches Konzept ist, bei dem die Ähnlichkeit durch die Interaktion zwischen dem Ich und den Anderen die Aufrechterhaltung der Beziehung definiert.“ (Bellot and Rivard 2007)

Jugend an der ersten Stelle und die spezifische Rolle danach

Die erwähnte Nähe – die tatsächliche und manchmal die vermeintliche – ist die entscheidende Grundlage für den Peer-Ansatz, aber das Konzept geht darüber hinaus und weist den Peers auf der Grundlage der Beziehungsdynamik spezifische Rollen zu. Wird der Peer als ähnliches oder gleichartiges Individuum wahrgenommen, impliziert dies auch Nähe zu denen, für die er eine spezifische Rolle spielen wird. Daher setzt der Peer-Ansatz, im Gegensatz zur gewohnten Top-Down-Intervention seitens der Experten, eine horizontale Kommunikation voraus. Dieser kleinste Nenner an Nähe zwischen Gleichaltrigen genügt häufig, um die Maßnahmen der Peer-Intervention in Gang setzen zu können. Im Gegensatz zu dem, was bei einer eher konventionellen, sozialen Intervention passiert, spielt bei Peers die Ähnlichkeit zu denjenigen, zu denen sie eine Beziehung pflegen, und die Wahrnehmung als jemand, der so ist wie ich, eine ganz entscheidende Rolle, bevor sie eine spezifische Rolle bei präventiven Maßnahmen spielen können. Dies macht jedoch die Interaktion weder offensichtlich noch einfach, weshalb sich die jungen Peers in der Schule beispielsweise mit der Warten-und-sehen-was-passiert-Haltung der anderen Mitschüler, die wiederum eher an direkte Interventionen gewöhnt sind, arrangieren müssen. Diese häufig beobachtete Warten-und-sehen-was-passiert-Haltung ist oft ein innovativer Zug dieses Ansatzes, denn bei der Peer-Education soll es um nachhaltige Auswirkungen gehen. Es ist tatsächlich so, dass die anderen Schüler sich erst an diese jungen ‚Peer-Educatoren‘ gewöhnen und deren Rolle vollständig begreifen müssen.

Eine auf Authentizität beruhende Beziehung

Beim gemeinsamen hautnahen Erleben, auf das sich junge Menschen freuen, funktioniert die Nähe zwischen jungen Menschen ebenso und stellt einen wesentlichen Beziehungsaspekt dar. Sie impliziert, dass junge Peers von anderen Jugendlichen als authentische, glaubwürdige Individuen wahrgenommen werden, die sich selbst treu bleiben möchten, d. h. sie wollen keine Vorbilder werden, sondern lieber Erfahrungen und Informationen weitergeben. Weil sie das weitergeben möchten, was ihnen selbst zuteil wurde (oder ihnen möglicherweise vorenthalten wurde) bringen sich Peers als positive Vorbilder für junge Menschen, die sich selbst treu bleiben, aber für andere engagieren und mit anderen zusammenarbeiten, ein. Diese Authentizität begünstigt das Gefühl der Sicherheit und der Anerkennung.

FREIWILLIGE PEERS PROFITIEREN AM MEISTEN

Gewöhnlich werden Peers auf freiwilliger Basis ausgewählt, obwohl nicht alle Freiwillige akzeptiert werden und die Auswahl entsprechend mehr oder weniger expliziter Kriterien, je nach Programm und Zielen, erfolgt. In anderen Fällen können Peers ausgewählt werden, weil sie die wohlwollende Aufmerksamkeit Erwachsener aus ihrem Umfeld auf sich gezogen haben (Lehrer, Sozialarbeiter, Verbandsmitglieder und andere). Aus diesem Grund kann man kein direktes und einheitliches Profil für Peers vorgeben, sondern das Profil muss jeweils von den Erwachsenen, die die Programme leiten, erörtert und diskutiert werden.

Entsprechend den Studien, die Anfang dieses Jahrtausends durchgeführt wurden, sind die Auswirkungen auf Jugendliche verschieden, obwohl durchgehend bei allen Jugendlichen, die sich als Peers engagieren, eine Bereicherung der Persönlichkeit zu verzeichnen ist (INSERM 2001). Diese Entwicklung der Persönlichkeit äußert sich in Selbstbehauptung, Selbstvertrauen oder in der Fähigkeit, etwas zu bewirken, und im weiteren Sinne, in der Fähigkeit, zum eigenen und dem Wohlbefinden anderer beizutragen (dem Druck der Gruppe zu widerstehen oder in der Lage zu sein, Stress und Gefühle in bestimmten Situationen zu ertragen, um nur zwei Beispiele zu nennen). Allgemein gesehen erlangen sie dadurch Fähigkeiten (Zuhören, Empathie, Unterstützung, Mediation), die sie anwenden können, wenn sie zum Beispiel einen bestimmten Bildungsweg einschlagen oder in die Arbeitswelt eintreten.

Man kann es daher bedauern, dass Peers meistens Jugendliche sind, die sich bereits engagieren und mit einbezogen sind. Am Beispiel der Schule zeigt sich, dass Gesundheitserziehungsprogramme mit Peers zu einer Verbesserung des Erwachsenen-Schüler-Verhältnisses beiträgt. Dort, wo Peers bereits Schülersprecher oder Delegierte des Schullebens sind, konsolidieren sie ihre Leistungen und ihr Wissen, wobei sie denen, die größere Schwierigkeiten haben, über die erwarteten schulischen Leistungen hinaus etwas zu erreichen, dies nicht ermöglichen. Trotzdem betonen alle durchgeführten Studien, dass die Teilnahme von Peers am Schulleben einen positiven Einfluss auf ihr Selbstbild und das Bild, das andere von ihnen haben, ausübt und dass sich dies auch auf ihre Lebensqualität (Selbstachtung), ihren akademischen Erfolg und die Verringerung von Fehlzeiten auswirkt. Die Frage ist nun, wie man diejenigen Jugendlichen, die die größten Schwierigkeiten haben, in Projekte der Gesundheitserziehung mit Peers einbeziehen kann, damit sie andere Fertigkeiten gewinnbringend einbringen und dadurch wiederentdecken können, dass ihre Anwesenheit in der Schule einen Sinn macht. Im weiteren Sinne sind Jugendliche mit einer gewissen Anfälligkeit diejenigen, die am meisten vom Peer-Sein profitieren, selbst wenn sie dies nur gelegentlich sind und selbst wenn dies eine längere Zeit oder eine andere Art von Training voraussetzt. Das Risiko besteht darin, dass die Jugendlichen durch das Coaching und die Einübung der Peer-Rolle zu professionell, d. h. sozusagen zu ‚Peer-Workern‘ (im Sinne eines Professionellen, der wegen seines Laienwissens rekrutiert wird) oder zu ‚Peer-Schülern‘ werden (und daher lediglich auf eine rein akademische Übung reagierend mit dem Ziel, das Richtige zu tun und gut angesehen zu werden).

Der Peer-Ansatz für die Gesundheitserziehung, -förderung und Prävention ist nur dann sinnvoll, wenn er mit anderen Maßnahmeprogrammen, die insbesondere auf die Änderung der unmittelbaren Umgebung eines jungen Menschen abzielen, verbunden ist (mit der Perspektive, dass die Gesundheitsförderung angenommen wird). Daher müssen auch organisatorische Rahmenbedingungen miteinbezogen werden, beispielsweise wenn jugendliche Peers sich zu Ernährungsfragen äußern, muss die Schulmensa zugänglich und miteinbezogen sein. Ähnlich kann es sinnvoll und notwendig sein, wenn Jugendliche auf Schwierigkeiten beim Zugang zu Fürsorgeeinrichtungen und -leistungen hinweisen, die Zugänglichkeit (Öffnungszeiten, Lage) der Fürsorgeeinrichtungen, die diese Projekte eingeführt haben, zu hinterfragen. Gesundheitserziehung durch Peers ist keinesfalls die Vertretung oder der Ersatz für beruflich qualifizierte Erwachsene und ist auch nicht als alleinige Maßnahme ausreichend – andernfalls kann dem Jugendlichen eine zu große Verantwortung übertragen werden. Die Erwartungen Jugendlicher gehen auch generell nicht in diese Richtung. Während sie sich mehr Raum für die Erfahrungen anderer Jugendlicher oder Personen, die in der gleichen Situation wie sie selbst sind, wünschen, wollen sie aber aus Angst vor Isolation nicht, dass die Peers alleinig agieren.

HINWEISE: INFORMATIONSQLLEN ZU GESUNDHEITSFAGEN

Bei der Frage der Prävention durch Peers ist eine Klarstellung bezüglich der Informationsquellen zu Gesundheitsfragen für Jugendliche erforderlich.

Frauen suchen mehr nach Informationen als Männer

Generell sind Frauen in Bezug auf ihre Gesundheit vorsichtiger als Männer, da sie es in erster Linie sind, die sich in der Familie mit diesen Fragen beschäftigen. Das Internet hat hier keinerlei Veränderung des Verhaltensmusters bewirkt. Daher spielen Mütter für Jugendliche eine besonders große Rolle bezüglich der Information zu Gesundheitsfragen.* Zudem greifen junge Frauen bei Fragen zur Gesundheit wesentlich häufiger auf Medien zurück: Im Gegensatz zu ein bis zwei Männern verfolgen zehn von sieben Frauen Fernseh- oder Radiosendungen zum Thema Gesundheit.** Diese Ergebnisse knüpfen an die geschlechterspezifische Aufgabenverteilung im häuslichen Umfeld an, wobei in den Aufgabenbereich der Frauen Bildung, Unterhalt, Fürsorge und Aufmerksamkeit gehören.

Information wird auch über Institutionen verbreitet

Die vorgestellten Daten der Studie über die Sexualität in Frankreich liefern einen wertvollen Einblick in die Informationsquellen zu Gesundheitsfragen. Die Ergebnisse zeigen beispielsweise, dass bei der Frage der Verhütung unter den drei Hauptinformationsquellen, die von weiblichen Jugendlichen genannt werden***, zuerst die Schule, dann das Fernsehen und an dritter Stelle die Mutter rangiert, bei den männlichen Jugendlichen kommt zuerst die Schule, dann das Fernsehen und an dritter Stelle Mitschüler. Werden die jüngeren und die

älteren Generationen miteinander verglichen, kann eine zeitliche Entwicklung festgestellt werden. Peer-Gruppe und Frauenmagazine, die für die Generation der über 50-Jährigen die beiden wichtigsten Informationsquellen bildeten, nehmen relativ gesehen an Bedeutung ab. Die Rolle der Schule nimmt zu. Die Rolle der Mutter bleibt gleich. Unter den weiblichen Jugendlichen rangiert der Arzt vor den Freundinnen. Unter den Jungen spielen die Peers weiterhin eine spezifische Rolle.****

Internet

Das Internet wurde als verfügbare Informationsquelle zu Gesundheitsfragen angenommen. Bezüglich des Verhaltens von Jugendlichen zeigt die Untersuchung des französischen Gesundheitsbarometers Baromètre santé 2010 (INPES), dass alle 15- bis 30-Jährigen im Internet surfen und etwas weniger als die Hälfte (48%) haben bereits zu Gesundheitsfragen im Internet recherchiert (Informations- und Ratsuche). Bei Gesundheitsfragen nimmt das Alter derer, die das Internet benutzen, zu: 39% der 15- bis 19-Jährigen; 50% der 20- bis 25-Jährigen und 55% der 26- bis 30-Jährigen. Auch hier sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellbar: Weibliche Jugendliche geben öfter als männliche Jugendliche an, dass sie Informationen zur Gesundheit im Internet suchen. Da es in den Interviews sehr offensichtlich ist, dass dies für Jugendliche in erster Linie ‚Mädchenkram‘ ist, sollte geprüft werden, ob die Vorgehensweise an sich sinnvoll ist.*****

Es muss zudem klar sein, dass Information zwar Wissen und Darstellungen formt, sie aber auch Normen vermittelt. Information zu Gesundheit hat zwar den Effekt, dass sie die Aufmerksamkeit eines bestimmten Publikums zu einer bestimmten Frage erregt und dadurch Bewusstsein schafft, so wird aber auch in allen, im Gesundheitsbereich durchgeführten Studien betont, dass Information zwar unverzichtbar ist, es aber nicht genügt, nur zu informieren und zu überzeugen, um Verhaltensänderungen zu erzielen.

* Amsellem-Mainguy Y. (2006), „Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes: les mères comme actrices privilégiées en matière de prévention de sexualité and de contraception“, Recherches Familiales Nr. 3, S. 49–59.

** Baromètre santé 2010, „Sentiment d’information et craintes des jeunes en matière santé“, INPES.

*** Das Internet war in dieser Umfrage nicht unter den vorgeschlagenen Antworten.

**** Bozon M. (2008), „Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus“, in Bajos N. und Bozon M. (eds), Enquête sur la sexualité en France, Pratiques genre et santé, La Découverte, Paris, S. 118–119.

***** Amsellem-Mainguy Y. (2015), „À la fin tu penses que tu vas mourir, mais tu y retournes!“ Jeunes, santé et Internet, INJEP-Studienbericht [Online].

LITERATUR

- Amsellem-Mainguy Y. and Loncle P. (2010), "Introduction", *Agora débats/jeunesses* No. 54, S. 42.
- Baudier F., et al. (1996), *Approche par les pairs et santé des adolescents, Actes du séminaire international francophone, Besançon, 5–7 December 1994*, CFES, series "Séminaires".
- Bellot C. and Rivard J. (2007), "L'intervention par les pairs: un enjeu de multiple reconnaissance", Beitrag beim zweiten internationalen Kongress von Schulungsleitern in der Sozialarbeit und französischsprachiger Experten im Sozialbereich, Namur, Belgien, 3.–7. Juli.
- Bellot C. and Rivard J. (2012), "Québec: l'intervention par les pairs investit la promotion de la santé", *La Santé de l'homme* No. 421, S. 18–19.
- Chobeaux F. (2012), "L'éducation par les pairs: attentes et limites", *La Santé de l'homme*, No. 421, S. 15–16.
- INSERM (2001), *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*, series "Expertise collective".
- Labadie F. (ed.) (2012), *Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse 2012*, La Documentation française, Paris.
- Maillochon F. (2000), "Les jeunes et le sida: entre 'groupe à risque' et 'groupe social'", in Le Bras H. (ed.), *L'invention des populations : biologie, idéologie et politique*, Odile Jacob, Paris.
- Peretti-Watel P. (2010), "Morale, stigmata et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles", *Agora débats/jeunesses* No. 56, 3, S. 73–85.