

---

# **Zielgruppengerechte(r) Medieneinsatz und Informationsaufbereitung zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen – Ein Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit**

**Masterarbeit  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Master für wirtschaftswissenschaftliche Berufe  
Management im Gesundheitswesen**

Betreuerin: Mag.<sup>a</sup> Katharina Resch, MSc.

Eingereicht von: Julia Zottl, BA

Personenkennzeichen: 1010269027

Datum: 21. Mai 2012

## **DANKSAGUNG**

Zu dem Gelingen dieser Masterarbeit haben bestimmte Personen durch ihre Unterstützung maßgeblich beigetragen. Ihnen soll im Folgenden mein Dank ausgesprochen werden.

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Masterarbeit-Betreuerin Frau Mag.<sup>a</sup> Katharina Resch, MSc. bedanken, die mir beim Verfassen der vorliegenden Arbeit mit Unterstützung zur Seite stand. Ich danke ihr dabei vor allem für die überaus kompetente inhaltliche und methodische Unterstützung, ihre konstruktive Kritik und für den strukturierten Aufbau der Betreuung. Außerdem danke ich ihr für die Beantwortung vieler Fragen sowie für ihre Zuverlässigkeit und ihre aufmunternden Worte.

An zweiter Stelle möchte ich mich bei allen InterviewpartnerInnen bedanken. Ich danke einerseits den BasisbildungstrainerInnen aus der Basisbildung in Niederösterreich (St. Pölten), dass sie sich die Zeit genommen haben, um mit mir ein Interview zu führen. Ich danke für die überaus spannenden Erzählungen aus ihrem Arbeitsalltag mit funktionalen AnalphabetInnen die mir die Beantwortung der Forschungsfragen ermöglichten. Andererseits danke ich den ExpertInnen der beiden Gesundheitsförderungsorganisationen Fonds Gesundes Österreich und Wiener Gesundheitsförderung. Ich danke ihnen dafür, dass sie sich für die Interviews bereit erklärt und mir in den Interviews Einblicke in den Umgang der Organisation mit dem Thema Analphabetismus gewährt haben.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie, vor allem bei meinen Eltern Anna und Leopold Zottl, bedanken. Ich danke Ihnen für die sowohl emotionale als auch finanzielle Unterstützung während meiner Studienzeit, die mir eine erfolgreiche Beendigung des Studiums ermöglichte. Ihnen und dem Rest meiner Familie danke ich für ihre Liebe, ihre aufmunternden Worte und ihr Einfühlungsvermögen, die mich bei dem Verfassen dieser Masterarbeit stärkten und auch für mein Durchhaltevermögen sorgten.

## KURZFASSUNG

Unterschiede im Gesundheitszustand sind zu einem großen Teil auf Unterschiede in sozioökonomischen Faktoren zurückzuführen, wobei die Annahme besteht, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Menschen aus der oberen sozialen Schicht. Als Ansätze zur Reduzierung dieser gesundheitlichen Ungleichheit werden unter anderem Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt, wie z.B. die Gesundheitsaufklärung. Diese bedient sich Massenmedien, um Informationen über Gesundheit und Krankheit an die Bevölkerung zu vermitteln. In der Literatur wird jedoch darauf hingewiesen, dass diese Informationen oftmals zu komplex und zu umfangreich sind, um Menschen der unteren Schicht zu erreichen. Eine Personengruppe welche dabei aufgrund geringer Schulbildung und meist prekärer Arbeitsverhältnisse als Risikogruppe zur Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden kann, ist die der funktionalen AnalphabetInnen.

Ziel der vorliegenden Arbeit lag in der Identifizierung geeigneter Medien zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen. Auch eine für diese Zielgruppe adäquate strukturelle Informationsaufbereitung innerhalb von Medien galt es zu ermitteln. Es wurden Proxy-Interviews mit BasisbildungstrainerInnen durchgeführt, die stellvertretend für die sensible Personengruppe antworteten. Die anschließende Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

Die Interviewergebnisse zeigen das Vorhandensein vier zentraler Elemente: Medienart, Umfang der Information, Verständlichkeit, Orientierung. Prinzipiell eignet sich jedes Medium zur Erreichung von funktionalen AnalphabetInnen. Bei visuellen Medien gilt es besondere Kriterien zu beachten. Wichtig ist es zum Beispiel, den Informationsumfang gering zu halten um keine Überforderung auf Seiten der NutzerInnen zu riskieren. Auch sollte einfache Sprache und die Darstellung einfacher Sachverhalte fokussiert werden. Zuletzt gilt es, funktionalen AnalphabetInnen Orientierungsmöglichkeiten im Text zu bieten (z.B. Bilder, klare Gliederung).

Schlüsselbegriffe: soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsaufklärung, funktionale AnalphabetInnen, Medien, Informationsaufbereitung

**ABSTRACT**

Differences in health are often based on differences in socioeconomic factors, such as education, income and employment status. It is assumed that people from lower social classes generally have poorer health than those from higher social classes. Approaches for reducing this health inequality cover methods of health promotion or prevention, including health education. Health education informs the population about health and sickness using mass media, such as print media, radio and TV. However, the literature indicates that this information is frequently too complex for people from lower social classes. Due to their low education and their likelihood of having unstable employment or no job at all, functional illiterates are one such group from the lower classes that has a higher risk of experiencing health inequality.

The aims of this thesis were to identify the appropriate media for reaching functionally illiterate people and to determine the adequate structural preparation of the information within this media. For this purpose, proxy interviews were conducted with basic skills trainers, who were selected to respond on behalf of the target group due to the difficulty of contacting such people. Subsequent analysis of the interviews was carried out using qualitative content analysis.

The results refer to four specific elements: type of media, range of information, comprehensibility and orientation. In principle, all media are suitable for reaching functional illiterates. Visual media have to take certain criteria into account. To avoid an excessive demand on functional illiterates, it is important to reduce the range of information. Furthermore, easy language and exposition of easy issues should be employed. Finally, options for providing the optimal orientation within the media should be considered. This includes, for example, the use of pictures, the use of a clear structure (e.g. by using bullets) and at the very least the use of an adequate font size.

Keywords: health and social inequality, health promotion, prevention, health education, functional illiterates, media, editing information

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstellung	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfrage	5
1.3	Methodik und Vorgehensweise	6
<b>2</b>	<b>BEGRIFFSKLÄRUNG</b>	<b>8</b>
2.1	Soziale Ungleichheit und Gesundheit	8
2.1.1	Soziale Ungleichheit	8
2.1.2	Gesundheitliche Ungleichheit	9
2.2	Analphabetismus	10
2.2.1	Primärer Analphabetismus	10
2.2.2	Sekundärer Analphabetismus/Funktionaler Analphabetismus	11
2.3	Gesundheitsförderung	13
2.4	Prävention	14
<b>3</b>	<b>SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT</b>	<b>14</b>
3.1	Zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit	15
3.1.1	Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit	16
3.1.2	Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit	18
3.1.3	Ansätze zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit	26
3.2	Zusammenfassung	28
<b>4</b>	<b>ANALPHABETISMUS</b>	<b>29</b>
4.1	Funktionaler Analphabetismus in Österreich	29
4.2	Ursachen von funktionalem Analphabetismus	31
4.2.1	Ursachen im Elternhaus	31
4.2.2	Ursachen in der Schule	32
4.2.3	Ursachen aufgrund veränderter gesellschaftlicher Anforderungen	33
4.3	Alphabetisierung funktionaler AnalphabetInnen	33
4.3.1	Basisbildung in Österreich	34
4.4	Sozioökonomische Faktoren funktionaler AnalphabetInnen	37
4.4.1	Funktionaler Analphabetismus und Bildung	37
4.4.2	Funktionaler Analphabetismus und beruflicher Status	38
4.4.3	Gefahr der Homogenisierung aufgrund sozioökonomischer Daten	39

---

<b>4.5</b>	<b>Funktionaler Analphabetismus und Gesundheit</b>	<b>41</b>
4.5.1	Health Literacy	42
<b>4.6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>GESUNDHEITSFÖRDERUNG</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Grundlagen der Gesundheitsförderung</b>	<b>49</b>
5.1.1	Ottawa Charta	49
5.1.2	Gesundheitliche Chancengleichheit	51
5.1.3	Der Setting-Ansatz	51
5.1.4	Empowerment	52
5.1.5	Das Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung	52
<b>5.2</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>54</b>
5.2.1	Präventionsansatz	54
5.2.2	Zum Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Prävention	56
<b>5.3</b>	<b>Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>58</b>
5.3.1	Gesundheitskommunikation	58
<b>5.4</b>	<b>Gesundheitsförderung/Prävention und funktionale AnalphabetInnen</b>	<b>65</b>
5.4.1	Gefahr der Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit	65
<b>5.5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>66</b>
<b>6</b>	<b>MEDIENEINSATZ BEI FUNKTIONALEN ANALPHABETINNEN</b>	<b>67</b>
<b>6.1</b>	<b>Qualitative Untersuchung</b>	<b>67</b>
6.1.1	Gütekriterien qualitativer Forschung	68
6.1.2	Methode der Befragung	70
6.1.3	Proxy-Interviews	72
6.1.4	Experteninterviews	75
6.1.5	Interviewauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse	77
<b>6.2</b>	<b>Ergebnisdarstellung der Proxy-Interviews</b>	<b>79</b>
6.2.1	Merkmale der KursteilnehmerInnen in der Basisbildung	80
6.2.2	Persönliches Aufsuchen der Zielgruppe	81
6.2.3	Geeignete Medien zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen	81
6.2.4	Strukturelle Aufbereitung von Informationen	83
6.2.5	Reaktion funktionaler AnalphabetInnen auf bestimmte Medien und deren Aufbereitung	88
6.2.6	Vor- und Nachteile bestimmter Medien und deren Aufbereitung in Anwendung bei funktionalen AnalphabetInnen	89
<b>6.3</b>	<b>Ergebnisdarstellung der Experteninterviews</b>	<b>90</b>

---

6.3.1	Fonds Gesundes Österreich	91
6.3.2	Wiener Gesundheitsförderung	93
6.3.3	Gemeinsamkeiten beider Organisationen	95
<b>6.4</b>	<b>Interpretation der Ergebnisse</b>	<b>96</b>
6.4.1	Interpretation der Ergebnisse der Proxy-Interviews	96
6.4.2	Interpretation der Experteninterviews	106
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK</b>	<b>108</b>
<b>7.1</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>109</b>
<b>7.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>115</b>
7.2.1	Methodische Reflexion	117
<b>7.3</b>	<b>Ausblick</b>	<b>118</b>
<b>8</b>	<b>VERZEICHNISSE</b>	<b>120</b>
<b>8.1</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>120</b>
<b>8.2</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>133</b>
<b>8.3</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>133</b>

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

AMS	Arbeitsmarktservice
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda (wie vorgenannt)
et al.	et alii (und andere)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HLS-E	Health Literacy Survey- Europe (Untersuchung zur Health Literacy in Europa)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
S.	Seite
s.	siehe
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
www	World Wide Web (Internet)
z.B.	zum Beispiel

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Problemstellung

Dutzende Beiträge in Broschüren, Flyern, Zeitungen oder im Internet bieten tagtäglich Informationen unterschiedlichster Art. Im Bereich Gesundheit handelt es sich dabei oft um Informationen zur Förderung der Gesundheit – angefangen bei Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit bis hin zu umfangreichen Bewegungsempfehlungen. Informationen dieser Art werden aber nicht nur in den eben genannten Medien, sondern auch im Fernsehen oder Radio präsentiert. Die Vermittlung von Gesundheitsinformationen wird dabei vor allem im Rahmen der Gesundheitsaufklärung, als einer Methode der Gesundheitsförderung und Prävention, eingesetzt (Waller, 2002, S. 208). Gesundheitsaufklärung bedient sich dem Einsatz von Gesundheitskampagnen und damit dem Einsatz von Massenmedien, um eine Vielzahl von Personen zu erreichen (Hurrelmann, 2006, S. 202). Zu den Massenmedien zählen die Aufklärungs- und Informationsbroschüren, Fernsehen, Hörfunk und Printmedien (Rossmann, 2010, S. 16). Ziel der Gesundheitsaufklärung besteht in der bevölkerungsweiten Vermittlung von Gesundheits- und Krankheitswissen, damit adäquate Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit und bei Auftreten von Krankheit getroffen werden können (Hurrelmann, 2006, S. 232). Übergeordnetes Ziel ist die Erhöhung der so genannten „Health Literacy“ um eine Reduktion der Morbidität und eine Erhöhung der Lebensqualität zu erreichen (ebd.). „Health Literacy“, zu Deutsch „Gesundheitskompetenz“, beschreibt die Fähigkeit der kritischen Aufnahme und Verarbeitung von Informationen zu gesundheitsförderndem Verhalten (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 4). Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1998) wird sie als Gesamtheit kognitiver und sozialer Fähigkeiten definiert, die die Individuen dazu motiviert und befähigt, Zugang zu Informationen betreffend die Gesundheit zu erhalten, diese zu verstehen und so zu nutzen, dass ein guter Gesundheitszustand erreicht und aufrecht erhalten werden kann (www). Health Literacy umfasst drei Ebenen, die von einer grundlegenden Orientierung im

Gesundheitssystem und dem Lesen und Schreiben wichtiger Gesundheitsinformationen, über die aktive Teilhabe im Gesundheitswesen und dem Extrahieren wichtiger Informationen, bis hin zu einer kritischen Analyse von Informationen aus dem Gesundheitswesen reichen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S.7, Nutbeam, 2000, S. 264). Dabei nehmen vor allem die Lese- und Schreibfähigkeiten der NutzerInnen von Gesundheitsinformationen eine wichtige Rolle ein. So wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Levels von Lese- und Schreibfähigkeiten auch das Maß an Autonomie und die persönliche Teilhabe im Gesundheitssystem beeinflussen (Nutbeam, 2000, S. 264). Um die angebotenen Informationen, meist vermittelt durch Massenmedien, also verstehen, adäquat verarbeiten und nutzen zu können, wird ein gewisser Grad an Health Literacy vorausgesetzt.

Wie bereits einige Zeilen weiter oben erwähnt, handelt es sich bei der Gesundheitsaufklärung um eine Methode, die im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zum Einsatz kommt. Gesundheitsförderung wird dabei als Ansatz verstanden, Menschen zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu befähigen, wobei der Fokus vor allem auf den gesundheitsstärkenden Ressourcen liegt. Im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung stehen also jene Faktoren, die den Menschen, trotz schädlicher Umwelteinflüsse, gesund erhalten. Prävention wiederum fokussiert auf die Beeinflussung von Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit zum Ausbruch einer Krankheit erhöhen. Durch bestimmte Maßnahmen, die zu verschiedenen Zeitpunkten und an verschiedenen Zielgrößen ansetzen, soll das Auftreten oder das Voranschreiten einer Krankheit verhindert werden. Obwohl die Gesundheitsförderung und die Prävention auf zwei unterschiedlichen theoretischen Annahmen fundieren, verfolgen sie dennoch dasselbe Ziel: einen individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn. Die Verfolgung eines gemeinsamen Ziels zeigt sich auch oftmals in den ähnlichen Methoden die von beiden Ansätzen verwendet werden. So lässt sich Gesundheitsaufklärung laut Waller (2002) sowohl der Prävention als auch der Gesundheitsförderung zuordnen (S. 208). Auch der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (FGÖ, 2010), führender Förderer von Gesundheitsförderungsprojekten in Österreich, nennt in seinen Aufgabenfeldern die „Forcierung der Vernetzung der in der Gesundheitsförderung und umfassenden Primärprävention Tätigen [...]“ (S. 6). Auch hier wird ersichtlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention sich in der

Praxis ergänzen sollten. Neben dem individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn, als gemeinsames Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention, verfolgt die Gesundheitsförderung ein weiteres Ziel: Die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit. Dabei sollen alle Menschen, unabhängig ihrer vertikalen und horizontalen Merkmalen, die Möglichkeit zur Gestaltung und Erhaltung ihrer Gesundheit erhalten (FGÖ, 2005a, www). Die vertikalen und horizontalen Merkmale müssen hier in Zusammenhang mit gesundheitlicher Chancengleichheit einer besonderen Betrachtung unterzogen werden. Vertikale Merkmale umfassen die drei Dimensionen Bildung, berufliche Stellung und Einkommen und legen den sozioökonomischen Status und die Schichtzugehörigkeit einer Person fest. Treten Unterschiede in diesen vertikalen Merkmalen auf, so ist die Rede von der „vertikalen sozialen Ungleichheit“ (Mielck&Helmert, 2006, S. 603). Horizontale Merkmale wiederum umfassen unter anderem Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität. Unterschiede in den horizontalen Merkmalen führen zur „horizontalen sozialen Ungleichheit“, die quer zu der vertikalen sozialen Ungleichheit verläuft (Hradil, 2009, S. 45). Vor allem die Unterschiede in den Dimensionen Bildung, berufliche Stellung und Einkommen können in weiterer Folge einen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person nehmen, wodurch es zu einer „gesundheitlichen Ungleichheit“ kommt. Zwar wird der Gesundheitszustand von Personen nicht direkt durch diese Dimensionen beeinflusst, jedoch durch die mit der Schichtzugehörigkeit verbundenen Lebensbedingungen (Mielck, 2000, S. 156).

Einer Personengruppe der in der Diskussion um die Health Literacy und die soziale und gesundheitliche Ungleichheit besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss, ist die Gruppe der funktionalen AnalphabetInnen. Funktionale AnalphabetInnen weisen zwar Schriftsprachkenntnisse auf, jedoch entsprechen diese Kenntnisse nicht den gesellschaftlichen Mindeststandards, wodurch alltägliche Dinge, wie zum Beispiel das Lesen oder das Ausfüllen eines Formulars Probleme bereiten. Zu funktionalen AnalphabetInnen zählen beispielsweise Personen mit Lernrückständen aufgrund unzureichender pädagogisch-didaktischer Angebote während der Schulzeit. Erwachsene mit Migrationsstatus sowie schulpflichtige Personen sind davon ausgeklammert (Egloff, Grosche, Hubertus, Rüsseler, 2011, S, 13). Durch das unter dem Mindeststandard liegende Niveau an Schriftsprachkenntnissen wird die Unfähigkeit beschrieben, die Schrift im Alltag so zu gebrauchen, wie es im sozialen Kontext als selbstverständlich angenommen wird

(Rothe, 2012, S. 205). Schätzungen zufolge leben in Österreich zwischen 140.000 bis zu 600.000 Erwachsene, die als funktionale AnalphabetInnen zu bezeichnen sind (Klostermann, 2011, www). Daten zu dieser Annahme lieferte die 1994 durchgeführte International Adult Literacy Survey (IALS), eine internationale Studie zur Erhebung von Illiterlität zwischen verschiedenen Nationen (Kloyber, 2007, S. 2-3). Obwohl Österreich nicht an der Studie teilnahm, wurden vergleichbare Daten für Österreich veröffentlicht. Um nun auch für Österreich Primärdaten zum funktionalen Analphabetismus zu erhalten, nimmt Österreich an einer von 2011 bis 2013 durchgeführten Studie zur Untersuchung allgemeiner Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags und Berufes teil, wobei beispielsweise die Lese- und Verständnisfähigkeit von kurzen Texten gemessen wird (Statistik Austria, 2011a, www). Weitere vergleichbare Daten für das Ausmaß des funktionalen Analphabetismus in Österreich können durch Ergebnisse der deutschen „leo. – Level- One Studie“ gegeben werden, da Österreich und Deutschland ähnliche Bildungssysteme aufweisen (Friesenbichler&Hackl, 2011, www). Laut den Ergebnissen dieser Studie sind 14,5% der erwachsenen, deutsch sprechenden Bevölkerung in Deutschland vom funktionalen Analphabetismus betroffen.

Durch die „leo – Level- One Studie“ konnte nachgewiesen werden, dass 47,7% der funktionalen AnalphabetInnen über untere Bildungsabschlüsse (Pflichtschule, Hauptschule) verfügen (Grotlüschen&Riekmann, 2011, www). Daraus ergibt sich ein erhöhtes Risiko für die Nicht-Teilhabe an Erwerbsarbeit (Bindl, Schroeder & Thielen, 2011, S. 209) für prekäre Arbeitsverhältnisse (Grotlüschen, Riekmann & Buddeberg, 2012, www) sowie für den Druck, schriftsprachliche Anforderungen zu meistern (Bindl et al., 2011, S.91). Dazu kommt, dass Personen mit geringen Schriftsprachkenntnissen auch meist eine geringere Health Literacy aufweisen. Studienergebnisse konnten nämlich zeigen, dass Personen mit geringem Schulabschluss sowie Arbeitslose eine geringere Health Literacy aufweisen (Pelikan, Röthlin, Ganahl, 2012, S. 38-39). Eine geringe Health Literacy wiederum hat negative Auswirkungen auf das Verstehen von Gesundheitsthemen. Auch vermehrter Spitalsbesuch und Notfallbehandlungen sowie eine geringere Anzahl von Impfungen konnte bei Personen mit geringer Health Literacy nachgewiesen werden (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, Crotty, 2011, S. 103).

Der meist niedrige Bildungsstatus, prekäre Arbeitsverhältnisse sowie eine geringe Health Literacy bei Personen mit geringen Schriftsprachkenntnissen führen zu der

Annahme, dass funktionale AnalphabetInnen, unter dem Blickwinkel des Konzepts der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit, einem erhöhten Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand ausgesetzt sind. Damit Gesundheitsförderung ihrem Anspruch, gesundheitliche Chancengleichheit für alle Menschen unabhängig derer vertikalen und horizontalen Merkmale zu erhöhen, gerecht werden kann ist es wichtig jene Personen zu erreichen, die ein erhöhtes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen. In der Literatur wird jedoch darauf hingewiesen, dass Gesundheitsförderung und Prävention Personen aus unteren sozialen Schichten nur schwer erreicht (Mielck, 2000, S. 385). Dabei besteht die Vermutung, dass Gesundheitsinformationen, wie z.B. Ernährungsrichtlinien, oftmals so schwierig formuliert sind und dass sie Personen der unteren sozialen Schicht verunsichern wodurch sie sich von diesen Empfehlungen eher fern halten (ebd. S. 386). Auch die in vielen Kampagnen eingesetzten Wortspiele oder der oft nur schwer verständliche Humor führen dazu, bildungsferne Personen weniger zu erreichen. Laut Rath (2010a) benötigen vor allem Menschen mit geringer Basisbildung andere Botschaften und andere Medien (S. 94). Eben genannte Hinweise zur schweren Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen für bildungsferne Menschen zeigen Handlungsnot, wenn auch Personen wie funktionale AnalphabetInnen gesundheitliche Chancengleichheit erfahren sollen.

## **1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage**

Die eben genannten Schwierigkeiten bei der Erreichung von Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen für Informationen führt zu der nötigen Zielsetzung, Medien und Informationsaufbereitungskriterien zu identifizieren, die einen Beitrag zur besseren Erreichbarkeit dieser Personengruppe leisten. Sollen Informationen jene Personen erreichen, die aufgrund geringer Health Literacy und aufgrund ihrer sozioökonomischen Merkmale ein erhöhtes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen, so muss der Fokus auf zielgruppenadäquate Medien und Informationsaufbereitung gelenkt werden.

Zu diesem Zweck ergeben sich folgende zwei Forschungsfragen, die es im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu beantworten gilt:

**1. Welche Medien eignen sich, um funktionale AnalphabetInnen mit Informationen zu erreichen?**

**2. Wie müssen die Informationen innerhalb dieser Medien strukturell aufbereitet sein, um funktionale AnalphabetInnen mit den Informationen zu erreichen?**

Die Beantwortung dieser Fragen soll Gesundheitsförderungsorganisationen bei der Aufbereitung von Informationen mittels Einsatz unterschiedlicher Medien als Hilfestellung dienen, mit den Informationen auch Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen, wie funktionale AnalphabetInnen sie vorweisen, zu erreichen.

Eine weitere Frage, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit geklärt wird ist, wie führende Gesundheitsförderungsorganisationen in Österreich mit dem Thema Analphabetismus umgehen. Das heißt, ob das Thema bereits als Handlungsfeld erkannt wurden und welche Maßnahmen dahingehend gesetzt werden. Diese Frage gilt nicht als Hauptforschungsfrage soll aber beantwortet werden, um einen kurzen Einblick in die Auseinandersetzung von Gesundheitsförderungsorganisationen mit diesem Thema zu erhalten.

### **1.3 Methodik und Vorgehensweise**

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich in drei Hauptteile: die eben vorgenommene Einleitung, den Hauptteil inklusive Darstellung des empirischen Vorgehens sowie in den Schluss.

Im Anschluss an das eben vorliegende Kapitel der Einleitung, folgt *Kapitel 2* als erster Teil des Hauptteils, mit einer Begriffsklärung häufig in dieser Arbeit vorkommender Begriffe. Dazu zählen „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“, „Analphabetismus“ sowie „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“.

Darauf folgt *Kapitel 3* zum Thema Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Es wird vor allem der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit dargestellt. Die Erklärung dieses Zusammenhanges orientiert sich, in Anlehnung an Richter und Hurrelmann (2009), am Public Health Action Cycle (S. 14). Dabei wird zuerst eine Beschreibung des Ausmaßes sozioökonomischer Unterschiede

vorgenommen, wobei vor allem auf österreichische Daten Bezug genommen wird. Anschließend erfolgt eine Erklärung des Zusammenhangs zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand, wobei vor allem auf das von Mielck (2000) federführende Modell in diesem Bereich verwiesen wird. Zuletzt werden Ansätze zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit genannt.

Im nächsten Kapitel, *Kapitel 4*, folgt die Darstellung einer Personengruppe, die aufgrund ihrer sozioökonomischer Faktoren und einer anzunehmenden geringen Health Literacy, als Risikogruppe zur Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden kann: funktionale AnalphabetInnen. Zuerst werden in dem Kapitel die Ursachen für den funktionalen Analphabetismus und anschließend die Basisbildung in Österreich thematisiert. Außerdem wird auf deren sozioökonomischen Faktoren (Bildung, beruflicher Status) sowie auf das Konzept der „Health Literacy“ eingegangen.

*Kapitel 5* wendet sich dem Konzept zu, welches als Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen wird: der „Gesundheitsförderung“. In einem ersten Schritt werden die Grundlagen der Gesundheitsförderung dargelegt, wenn Begriffe wie z.B. „Ottawa Charta“ und „Gesundheitliche Chancengleichheit“ erklärt werden. In einem zweiten Schritt wird der Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und „Prävention“ ausgearbeitet. Die Thematisierung des Präventionsansatzes ist wichtig, da die angewandten Methoden in der Gesundheitsförderung und Prävention sich oftmals überschneiden. Bei den Methoden wird die „Gesundheitsaufklärung“ angesprochen. Im letzten Teil dieses Kapitels wird aufgezeigt, dass die gängige Gestaltung von Informationen meist nicht bildungsbenachteiligte Personen erreicht, wodurch ein Risiko zur Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit gegeben ist.

*Kapitel 6*, als letztes Kapitel des Hauptteils, beschreibt einerseits die Methode mit der die Forschungsfragen beantwortet wurden und dient andererseits zur Darstellung und Analyse der erhobenen Daten. Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Erhebungsmethode sowie die Auswertung der erhobenen Daten dargestellt, wobei Befragungsmethoden sowie die qualitative Inhaltsanalyse zum Einsatz kommen. Im Zweiten Teil dieses Kapitels wird dann zuerst eine deskriptive Darstellung der Ergebnisse vorgenommen, um diese im zweiten Teil interpretieren zu können. Ziel besteht in der Beantwortung der Forschungsfragen und somit in der Bereitstellung

von Informationen für führende Gesundheitsförderungsorganisationen in Österreich wie Informationen aufbereitet sein sollten und welche Medien eingesetzt werden sollten, um mit diesen Informationen Menschen zu erreichen, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status und ihren geringen Schriftsprachkenntnissen einem größeren Krankheitsrisiko ausgesetzt sind.

In *Kapitel 7*, welches den Schluss der Arbeit bildet, wird eine Zusammenfassung der gesamten Arbeit vorgenommen. Als besonders wichtig wird dabei die Beantwortung der Forschungsfragen erachtet. Außerdem werden in diesem Kapitel für die Praxis relevante Schlussfolgerungen gezogen.

## **2 BEGRIFFSKLÄRUNG**

### **2.1 Soziale Ungleichheit und Gesundheit**

#### **2.1.1 Soziale Ungleichheit**

Hradil (2009) bringt den Begriff der sozialen Ungleichheit mit bestimmten gesellschaftlichen Vor- und Nachteilen von Menschen in Verbindung (S. 36). Die sozialen Ungleichheiten bestehen in der asymmetrischen Verteilung von „Gütern“, wie z.B. Bildungsabschlüsse oder Einkommen (ebd.). Soziale Ungleichheiten können sich aber weiters auf (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z.B. belastende Arbeitsbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen (ebd.).

Mielck und Helmert (2006) wiederum meinen, dass die soziale Ungleichheit im Alltagsverständnis Unterschiede in Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen meint (S. 603). Bei den drei Dimensionen Bildung, berufliche Stellung und Einkommen handelt es sich im Zusammenhang mit der sozialen Ungleichheit um die so genannte „vertikale soziale Ungleichheit“. Der Begriff „vertikal“ impliziert eine Einteilung der Bevölkerung in „Oben“ und „Unten“ (ebd. S. 604). Mit diesen drei Dimensionen lässt sich weiters der so genannte „sozioökonomische Status“ einer Person festlegen, wobei der Begriff „Status“ ebenfalls die Einordnung in eine hierarchische Skala unterstellt (ebd.). Während in den vorindustriellen

Ständegesellschaften die familiäre Herkunft und in der frühmodernen Industriegesellschaft der Besitz einen wichtigen Beitrag zum sozialen Status eines Menschen leisteten, ist es in der heutigen modernen Industriegesellschaft vor allem die Determinante „Beruf“, die den Status einer Person prägt (Hradil, 2009, S. 36). Personen, die ähnliche Stellungen in der Berufshierarchie und ähnliche Ressourcen innerhalb der berufsnahen Ungleichheitsdimension, also Einkommen und Bildung, besitzen werden als so genannte „soziale Schichten“ bezeichnet (ebd.).

Neben der vertikalen sozialen Ungleichheit besteht die „horizontale soziale Ungleichheit“. Die horizontale soziale Ungleichheit meint dabei soziale Ungleichheiten, die zwischen den Merkmalen Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität bestehen. Aber auch Merkmale wie z.B. Zahl der Kinder oder die Größe der Wohnung dienen zur Beschreibung dieser Art von Ungleichheit (Mielck, 2000, S. 18). Die horizontale soziale Ungleichheit verläuft quer zu der vertikalen sozialen Ungleichheit und bezeichnet ebenfalls Vor- und Nachteile, die unabhängig von der vertikalen Schichtungshierarchie bestehen (Hradil, 2009, S. 45).

Mielck und Helmert (2006) weisen darauf hin, dass eine genaue Beschreibung der von sozialer Ungleichheit betroffenen Bevölkerungsgruppen, neben der Beschreibung vertikaler Merkmale auch eine Beschreibung horizontaler Merkmale beinhalten sollte (S. 605).

### **2.1.2           Gesundheitliche Ungleichheit**

Der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ wird verwendet, um den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand zu bezeichnen (Mielck&Helmert, 2006, S. 603). Den größten Einfluss auf den Gesundheitszustand haben die, bereits oben erwähnten Dimensionen, nämlich Bildung, Beruf und Einkommen (Richter&Hurrelmann, 2009, S. 13). Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass die soziale Ungleichheit den Gesundheitszustand nicht so direkt beeinflussen kann, wie z.B. das Rauchen oder körperliche Belastungen am Arbeitsplatz (Mielck, 2000, S. 156). Vielmehr ist der Einfluss indirekt und erfolgt über Faktoren, die mit der sozialen Ungleichheit in Zusammenhang stehen im Zusammenhang nehmen (ebd.).

## **2.2 Analphabetismus**

Mit dem Begriff „Analphabetismus“ wird die Bestimmung eines Mangels angedeutet, wobei es an der Beherrschung der Schriftsprache mangelt (Linde, 2008, S. 50). Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts das Lesen des Kleinen Katechismus oder das Unterschreiben mit dem Namen, anstatt dem Setzen von drei Kreuzen, zur Bestimmung von literaten bzw. illiteraten Personen diente, hat sich heute eine differenzierte Sichtweise entwickelt (ebd.).

Die United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1958), die Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur, definiert eine/n Analphabeten/Analphabetin folgendermaßen: „A Person is illiterate who cannot with understanding both read and write a short simple statement on his everyday life“ (www). Der oder die AnalphabetIn ist also nicht dazu in der Lage, einen simplen Satz aus seinem/ihren täglichen Leben sinngemäß zu schreiben oder zu lesen (ebd.).

In der Diskussion um den Analphabetismus werden zwei Arten von Analphabetismus unterschieden: der primäre sowie der sekundäre funktionale Analphabetismus.

### **2.2.1 Primärer Analphabetismus**

Der Begriff „primärer Analphabetismus“ beschreibt das Fehlen der Schriftsprache, da weder im Kindes- noch im Jugendalter die Möglichkeit bestand, lesen und schreiben zu lernen (Linde, 2007, S. 91). Diese Form des Analphabetismus wird auch als „totaler Analphabetismus“ bezeichnet und tritt vorwiegend in Entwicklungsländern auf und verweist auf den Mangel an einem funktionierenden Schulsystem (ebd. S. 91-92). Aber nicht nur der Mangel an einem funktionierenden Schulsystem, sondern auch eine geistige oder körperliche Behinderung können Grund dafür sein, das Lesen und Schreiben nicht erlernt zu haben (Rothe, 2012, S. 205).

Bedingt durch die in Österreich festgelegte Schulpflicht kann davon ausgegangen werden, dass diese Art des Analphabetismus in Österreich in sehr geringem Maße vorkommt. Wenn doch, so handelt es dabei beispielsweise um in Österreich lebende MigrantInnen, die in ihrem Heimatland keine Schule besucht haben (Grosche, 2012, S. 26).

## **2.2.2 Sekundärer Analphabetismus/Funktionaler Analphabetismus**

Sekundärer Analphabetismus liegt vor wenn die in Kindheit und Jugend erworbenen Schriftsprachkenntnisse verloren gehen. Grund dafür ist der Anlass, die Kenntnisse sehr selten bis gar nicht einzusetzen (Linde, 2007, S. 91). Es tritt also ein Prozess des Vergessens ein, bis schließlich ein prekäres Schriftsprachniveau erreicht ist (Egloff, Grosche, Hubertus, Rüsseler, 2011, S. 13).

Für diese Form des Analphabetismus hat sich der Begriff „Funktionaler Analphabetismus“ durchgesetzt. Funktionale AnalphabetInnen weisen zwar Schriftsprachkenntnisse verschiedenen Levels auf, jedoch erreichen diese Kenntnisse nicht den gesellschaftlich gesetzten Mindeststandard. Alltägliche Dinge, wie z.B. das Ausfüllen eines Formulars, bereiten Schwierigkeiten (Linde, 2007, S. 92). Liegt das individuelle Niveau der Schriftsprachkenntnisse unter dem gesellschaftlichen „Mindeststandard“ wird damit die Unfähigkeit beschrieben, die Schrift im Alltag so zu gebrauchen, wie es im sozialen Kontext als selbstverständlich gilt (Rothe, 2012, S. 205). Innerhalb der Industriestaaten, mit ihren hohen Anforderungen an die Beherrschung der Schriftsprache, sind somit auch jene Personen als funktionale AnalphabetInnen zu bezeichnen, die nur über geringe Lese- und Schreibkenntnisse verfügen, also z.B. den Sinn eines längeren Satzes nicht erfassen können oder nicht schnell genug, um daraus einen praktischen Nutzen zu ziehen (ebd.). Ob jemand als funktionale/r AnalphabetIn zu bezeichnen ist, hängt immer von der Gesellschaft ab, in der derjenige/diejenige sich befindet. So waren es vor 200 Jahren noch geringe schriftsprachliche Kompetenzen, die für eine vollständige Teilhabe an der Gesellschaft ausreichten als vor 100 Jahren oder heutzutage in modernen Industriegesellschaften (Döbert&Hubertus, 2000, S. 22).

Zur Erklärung was unter schriftsprachlicher Kompetenz genau zu verstehen ist wird auf Egloff et al. (2011) verwiesen. Unter schriftsprachlicher Kompetenz verstehen sie die Fähigkeit, sich der Schrift als Kommunikationsmittel zu bedienen (ebd., S.14). Zur schriftsprachlichen Kompetenz in entfalteter Form zählen sie folgende Fähigkeiten:

- 1) das sinnverstehende Lesen in einem angemessenem Tempo (Lesen von Texten, Verstehen von Tabellen, Grafiken, Listen, Deuten von Symbolen, Schildern, Beschriftungen etc.)

- 2) sich schriftlich in einem angemessenem Tempo auszudrücken (Schreiben von Texten, Beherrschung von Rechtschreibung, Ausfüllen und Beschriften von Grafiken, Listen, Formularen)

(ebd.).

Zum Personenkreis der funktionalen AnalphabetInnen werden u.a. folgende Personen gezählt: Erwachsene mit Lernrückständen aufgrund unzureichender pädagogisch-didaktischer Angebote während der Schulzeit, Erwachsene, die als Kinder aufgrund schwieriger Lebensumstände bei der Aneignung schriftsprachlicher Kompetenz behindert wurden sowie Erwachsene, bei denen bereits vorhandene Schriftsprachkenntnisse infolge fehlender Praxis verloren gingen (ebd. S. 15).

Nicht zu diesem Personenkreis Zählende sind hingegen: Personen, die noch der allgemeinbildenden Schulpflicht unterliegen, Erwachsene mit Migrationsstatus, denen trotz eingeschränkter Schriftsprachkompetenzen im Aufenthaltsland eine gesellschaftliche Teilhabe im Herkunftsland möglich war sowie Personen, die aufgrund psychischer und physischer Beeinträchtigungen nicht (mehr) in der Lage sind, sich Schriftsprachkompetenzen anzueignen (ebd. S. 14-15).

Der Begriff des funktionalen Analphabetismus verweist also auf die fehlenden (Schriftsprach)Kompetenzen, um aktiv an der Gesellschaft zu partizipieren. Die Thematisierung der gesellschaftlichen Teilhabe verweist zugleich auf einen weiteren Begriff: Literalität (englisch: literacy). Mit dem Begriff Literalität werden die Lese- und Schreibkompetenzen einer Person mit derer Handlungskompetenz verknüpft (Kerschhofer-Puhalo, 2011, S. 91-92). Literalität wird somit als Handlungskompetenz im Umgang mit Schrift und Sprache, immer in Verknüpfung mit den gesellschaftlichen Anforderungen, definiert (ebd.). Mit Literalität ist also das aktive schriftsprachliche Handeln innerhalb einer Schriftkultur gemeint, um im Alltag zu bestehen und die individuellen Ziele umsetzen zu können (Länder-Bund-ExpertInnengruppe „Initiative Erwachsenenbildung“, 2011, www). Stoll (1999) weist jedoch darauf hin, dass der Begriff im deutschen Sprachgebrauch nicht Fuß zu fassen scheint (S. 26). Deshalb wird auch im Folgenden der Arbeit von diesem Begriff Abstand genommen und weiterhin der Begriff „Schriftsprachkompetenz“ verwendet.

## 2.3 Gesundheitsförderung

Die WHO (1986) definiert Gesundheitsförderung als einen „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (www). Weiters heißt es dazu:

„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 (ebd.).“

In der Definition der WHO wird deutlich, worum es sich bei dem Konzept der Gesundheitsförderung handelt: Gesundheit setzt voraus, dass Menschen ihre Bedürfnisse erkennen und befähigt sind, diese zu stillen. Gesundheit ist dabei nicht als ein „Lebensziel“ zu sehen, sondern vielmehr eine im alltäglichen Leben vorhandene Gegebenheit, die gefördert werden muss. Da Gesundheit nicht nur die physische, sondern auch die psychische und soziale Komponente umfasst, dürfen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht nur im Gesundheitssektor verankert bleiben, sondern müssen auf andere politische Bereiche übergreifen. Die Ausdehnung der Gesundheitsthemen über den Gesundheitssektor hinaus, ist auch unter dem Fachbegriff „Health in all policies“ bekannt. Die Gesundheitsförderung umfasst also alle Handlungen, die die Lebensbedingungen, die für die Gesundheit des Menschen bedeutsam sind, beeinflussen (Steinbach, 2007, S. 51).

## **2.4 Prävention**

Prävention beziehungsweise Krankheitsprävention wird als Ansatz zur Vermeidung des Auftretens von Krankheiten verstanden (Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2010, S. 13). Die Prävention orientiert sich also an medizinischen Endpunkten und fragt nach möglichen Risikofaktoren dieser (Badura, 1992, S.44). Präventionsmaßnahmen dienen dazu, in der Gegenwart etwas zu unternehmen um das Auftreten unerwünschter Ereignisse in der Zukunft zu vermeiden (Leppin, 2010, S. 35). Im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit bedeutet das einer Krankheit zuvorzukommen, wobei es heute vor allem um die Vermeidung chronisch-degenerativer Erkrankungen und Zivilisationskrankheiten geht (Bengel, Strittmatter, Willmann, 2001, S. 18).

## **3 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT**

Wie kommt es, dass Menschen aus niedrigen sozialen Schichten einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen? Welche Determinanten der sozialen Schicht spielen dabei eine besondere Rolle? Wie kann die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden? Diese und andere Fragen nehmen in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften, sowie im gesundheits- und sozialpolitischen Kontext einen immer größeren Platz ein. Die Existenz bestimmter gesundheitsbeeinflussender Faktoren, deren Zusammenhang mit einem schlechteren/besseren Gesundheitszustand sowie das vermehrte Auftreten des schlechteren Gesundheitszustandes in unteren Schichten, kann nicht geleugnet werden. Für eine adäquate Maßnahmensetzung zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit bedarf es, neben der Beschreibung der gesundheitsbeeinflussenden Faktoren, vor allem einer genauen Analyse der Kausalfaktoren zwischen der sozialen Ungleichheit und der gesundheitlichen Ungleichheit.

### 3.1 Zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit

Richter und Hurrelmann (2009) weisen darauf hin, dass die Forschung und Praxis zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit vor drei großen Herausforderungen steht (S.14). Diese Herausforderungen beziehen sich auf die Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit, auf die Erklärung und zu letzt auf die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit. Während sich die Beschreibung um die Darstellung des Ausmaßes sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit bemüht, geht es bei der Erklärung um einen Verständnisaufbau von Einflussfaktoren und Mechanismen der Produktion gesundheitlicher Ungleichheit (ebd.). Die Reduzierung wiederum befasst sich mit den Maßnahmen, die zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen.

Diese drei Herausforderungen sind als drei aufeinander aufbauende Schritte zu sehen, die im Sinn eines „Public Health Action Cycles“ verstanden werden können (s. Abbildung 1) (ebd.):



**Abbildung 1: Public Health Action Cycle, eigene Darstellung nach Richter&Hurrelmann (Richter&Hurrelmann, 2009, S. 14)**

Den Beginn des Public Health Action Cycles stellt die Beschreibung des Ausmaßes sozioökonomischer Unterschiede dar. Darauf folgt die Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und dem Gesundheitszustand und zuletzt werden Maßnahmen geplant und umgesetzt, die darauf abzielen die gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. Diese Maßnahmen

werden anschließend evaluiert, wodurch es zu einer aktuellen Situationsbeschreibung kommt und ein neuer Kreislauf beginnt (ebd.).

### **3.1.1 Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit**

Richter und Hurrelmann (2009) betonen, dass für die Beschreibung sozialer Ungleichheiten meist Schichtmodelle hinzugezogen werden (S. 16). Dabei steht die vertikale Gliederung der Gesellschaft, gemessen an den drei Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird des Öfteren Kritik laut, dass sich die Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit mittels theoretischer Schichtmodelle als nicht mehr aussagekräftig erweist, um die vielfältigen Lebenslagen in eine hierarchische Ordnung zu bringen, da keine klar unterscheidbaren Klassen mehr vorhanden sind (Mielck&Helmert, 2006, S. 604). Da in vielen sozial-epidemiologischen Studien jedoch nachgewiesen werden konnte, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten weitaus öfter einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen, als Personen aus der oberen Schicht, wird der Fokus auf die vertikalen Merkmale der sozialen Ungleichheit als fortwährend wichtig angesehen (ebd.). Die Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit konzentriert sich in dieser Arbeit ebenfalls auf Literatur (Mielck, 2000), in der die vertikale soziale Ungleichheit thematisiert wird.

Auswirkungen sozioökonomischer Unterschiede auf den Gesundheitszustand zeigen sich vor allem bei der Mortalitäts- und der Morbiditätsverteilung in einer Bevölkerung. Auch Österreich scheint von dieser Thematik betroffen zu sein, wobei Informationen über das Ausmaß sowie gesicherte Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit größtenteils noch fehlen (Pochobradsky, Habl, Schleicher, 2002, S. 8).

Daten aus den jährlichen Erhebungen der European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), einer europaweit durchgeführten Statistik zu Einkommen und Lebensbedingungen, zeigen jedoch, dass auch in Österreich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Bildungsniveau, beruflicher Stellung und dem Gesundheitszustand besteht (Till-Tentschert, Till, Glaser, Heuberger, Kafka, Lamei & Skina-Tabue, 2011, S. 61). So geben Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss „mit 13% mehr als vier mal so häufig starke Beeinträchtigungen durch Behinderungen oder gesundheitliche Probleme an wie jene mit Lehre oder mittlerem

Schulabschluss“ (ebd.). Neben der Bildung zeigt sich auch beim Einkommen Unterschiede im Gesundheitszustand. So geben 3% der hohen Einkommensgruppe, 7% der mittleren Einkommensgruppe und schon 13% der unteren Einkommensgruppe an, sich in einem schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand zu befinden (Statistik Austria, 2011b, www).

Wenn die von Mielck (2000) aufgestellte Behauptung, nämlich dass nicht die soziale Ungleichheit ans sich, sondern die mit der Schichtzugehörigkeit verbundenen Lebensbedingungen den Gesundheitszustand beeinflussen, betrachtet wird, so erscheinen auch folgende Daten erwähnenswert: Während 1% der hohen Einkommensgruppe und 4% der mittleren Einkommensgruppe Überbelag als Wohnproblem angeben, so sind es bei der niedrigen Einkommensgruppe bereits 13%. Über Feuchtigkeit und Schimmel in den Wohnräumen klagen 24% der niedrigen Einkommensgruppe im Gegensatz zu 14% der mittleren und 10% der hohen Einkommensgruppe (Statistik Austria, 2011b, www). Auch diese Daten zeigen, dass Personen der niedrigen Einkommensgruppen von Gesundheitsrisiken öfter betroffen sind als Personen der mittleren oder höheren Einkommensschicht.

Aber auch bei der Mortalitätsrate lassen sich deutliche Ansätze zur Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit feststellen. Als Beschreibung der Ungleichheit in der Mortalität empfiehlt Mielck (2000) die Lebenserwartung als Maßstab heranzuziehen (S. 70). Für Österreich existiert eine bildungsspezifische Sterbetafel aus dem Jahr 2006/2007, wobei auch diese Daten auf gesundheitliche Ungleichheit in der Mortalität hinweisen. So wiesen im Jahr 2006/2007 50jährige Frauen mit Universitätsabschluss eine Lebenserwartung von 85,3 Jahren, Frauen mit einer Lehre oder einem Fachschulabschluss eine Lebenserwartung 84,47 Jahren und Frauen mit Pflichtschulabschluss eine Lebenserwartung von 83,7 Jahren auf (Statistik Austria, 2007, o.S.). Auch hier lässt sich feststellen, dass eine geringere Bildung mit einer geringen Lebenserwartung einhergeht.

Hradil (2009) meint zur Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit, v.a. zur Darstellung der ungleichen Morbidität, dass es zwar einige, jedoch sehr wenige, Krankheiten gibt (z.B. Allergien), die in allen Schicht gleich häufig oder sogar in besser gestellten Schichten häufiger vorkommen (S. 40). Insgesamt zeigt sich aber, dass die meisten Krankheiten und frühzeitigen Todesfälle je häufiger vorkommen, je niedriger die Schichtzugehörigkeit der Menschen ist (ebd. S. 39). Diese

Zusammenhänge lassen sich zudem international verallgemeinern, da in praktisch allen Ländern die Krankheits- und Sterberisiken schichtspezifisch verlaufen (ebd. S. 40).

### **3.1.2 Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit**

Dass Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand und der jeweiligen Schichtzugehörigkeit bestehen, konnte im Rahmen der Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit aufgezeigt werden. Welche nun aber die Gründe für diese ungleiche Verteilung von Gesundheit sind, wird durch das Public Health Action Cycle-Element „Erklärung“ dargestellt.

In der wissenschaftlichen Diskussion zur sozialen Ungleichheit werden folgende zwei Hypothesen formuliert:

- 1) Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand  
(„Armut macht krank“)
- 2) Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Zustand  
(„Krankheit macht arm“)

(Mielck, 2000, S. 164).

Dabei ist es in der wissenschaftlichen Diskussion die erste Hypothese, auf die vorrangig Bezug genommen wird (ebd.). Um die Hypothese zu verifizieren bzw. zu falsifizieren werden eine Reihe von Daten gesammelt, die letztendlich in der Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit münden. Hradil (2009) merkt dazu an, dass eine Beschreibung, also Befunde zur schichtspezifischen Morbidität und Mortalität, nicht ausreichen, um die tatsächlichen Verursachungsprozesse innerhalb der ersten Hypothese zu beschreiben (S. 41). Erst dann, wenn die Kausalitäten zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit geklärt werden, kann es durch diverse Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Ungleichheit kommen (ebd.). Die Komplexität zur Festlegung dieser Kausalitäten liegt jedoch in der Tatsache, dass die Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit den Gesundheitszustand nicht direkt beeinflussen (ebd.). Vielmehr sind es indirekte

Faktoren, die sich aus schichtspezifischen Lebensbedingungen ergeben, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Mielck, 2000, S. 156).

Um also die Frage zu klären, welche Faktoren für die gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich sind, wie diese Faktoren zusammenhängen und welche dieser Faktoren für die Erklärung und für die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit besonders wichtig sind (ebd. S. 157), wird ein umfassendes Erklärungsmodell benötigt.

### *3.1.2.1 Erklärungsmodell zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit*

Da die Forschungsarbeiten von Mielck im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit federführend sind (Schott&Kuntz, 2011, S. 165), soll das von ihm entwickelte Modell (s. Abbildung 2), welches für viele weitere Arbeiten zu diesem Thema weiterverwendet wird, in diesem Kapitel vorgestellt werden. Dem geht jedoch eine Erläuterung der in dem Modell verwendeten Begriffe „Bewältigungsressourcen“, „gesundheitliche Belastungen“, „Gesundheitsverhalten“ und „gesundheitliche Versorgung“ voraus.

#### Bewältigungsressourcen

Eine Beschreibung von Bewältigungsressourcen lässt sich beispielsweise bei Waller (2002) finden. Er nimmt eine Unterteilung in physische und psychische Gesundheitsressourcen sowie in soziale Ressourcen vor (S. 37-64).

Ausschlaggebend für die physischen Gesundheitsressourcen ist die Disposition des Individuums (ebd., S. 38). Unter Disposition wird die Veranlagung zu etwas Bestimmten, wie z.B. einer Krankheit, verstanden. Sie lässt sich in eine Geschlechtsdisposition (z.B. erkranken Frauen weniger oft an einer bestimmten Krankheit als Männer), Altersdisposition (z.B. treten manche Krankheiten im Alter öfter auf), Rassendisposition (manche Krankheiten kommen fast nur in bestimmten Bevölkerungen vor) und genetische Disposition (erbliche Veranlagung) unterteilen (Gehart, 2007, S. 46).

Die psychischen Gesundheitsressourcen wiederum meinen die generalisierten Einstellungen von Personen zu sich und zu ihrer Umwelt. Dazu zählen: Zuversicht,

Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl, stabiles Selbstsystem, interpersonales Vertrauen, Commitment, positive Aufnahme von Veränderungen sowie Selbstaufmerksamkeit (Beutel, 1989, S. 452 zitiert nach Waller, 2002, S. 39-40). Ein weiterer Autor sieht die „seelische Gesundheit als Eigenschaft“, als eine der wichtigsten personalen Ressourcen für Gesundheit (Becker 1992, S. 68 zitiert nach Waller, 2002, S. 40). Unter der „seelischen Gesundheit als Eigenschaft“ wird die Fähigkeit verstanden, Lebensanforderungen und Schwierigkeiten meistern zu können. Weiters zählen dazu habituelles körperlich-seelisches Wohlbefinden (z.B. Beschwerdefreiheit), Selbstaktualisierung (z.B. Autonomie) und Wertschätzung (z.B. Selbstwertgefühl) (ebd.).

Zu den sozialen Ressourcen für Gesundheit zählt Waller (2002) die Familie, die soziale Schicht, die Bildung, die Arbeit sowie die Wohnverhältnisse (S. 54-62). Allen voran stellt er das Konzept der sozialen Unterstützung, da soziale Netzwerke nicht nur krankheitsabschirmend wirken und der Bewältigung von Belastungen dienen, sondern auch in hohem Maße zum Wohlbefinden einer Person beitragen (ebd. S. 56). Dies erscheint einleuchtend, wenn der Mensch als ein soziales Wesen verstanden wird, das Einsamkeit vermeidet, soziale Kontakte sucht und stabile Beziehungen mit anderen Menschen eingeht (Badura, 2011, S. 26).

Familie wird als der wohl wichtigste Faktor im Rahmen der sozialen Ressourcen gesehen, da sie ein besonderes Beispiel enger sozialer Bindungen und großer sozialer Unterstützung darstellt (Waller, 2002, S. 56-57). Familienmitglieder bieten Unterstützung bei der Bewältigung emotional belastender Situation und vermitteln ein Gefühl von Wertschätzung und Liebe. Dieses Zugehörigkeitsgefühl und Eingebundensein in eine Familie wirkt für das Individuum als schützender Faktor vor sowohl physischen als auch psychischen Beeinträchtigungen (Kolip&Lademann, 2006, S. 625). In diesem Zusammenhang muss noch erwähnt werden, dass Familie nicht unbedingt der klassischen Konstellation aus Vater, Mutter und Kinder, die einem Haushalt zusammenleben, entsprechen. Auch andere Lebensformen, wie z.B. alleinerziehende Väter oder Mütter oder gleichgeschlechtliche Paare, werden als Familie anerkannt.

Bei den sozialen Ressourcen haben vor allem auch Einkommen, Bildung, Beruf und die Wohngegend, sprich die soziale Schicht, in der der Mensch sich befindet, erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Bildung wird als eine wichtige

Gesundheitsdeterminante gesehen, da Bildung die Entwicklung individueller Fähigkeiten, lebenspraktischer Fertigkeiten sowie sozialer Kompetenz beeinflusst (Waller, 2002, S. 58). Zudem stellt Bildung die Basis zur Erlangung eines zufriedenstellenden und sicheren Berufes dar und ermöglicht die Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins und eine damit verbundene bewusste Wahl der Lebensweise (ebd. S. 58-59).

Arbeit wiederum bildet ein grundlegendes soziales Bedürfnis von Menschen und ist Voraussetzung menschlicher Existenz. Sie bietet ökonomische Sicherheit und ermöglicht durch den Erwerb finanzieller Mittel, den individuellen Bedürfnissen (z.B. Hobbies) nachzukommen (ebd. S. 60). Die Arbeitstätigkeit an sich hat positiven Einfluss auf die Gesundheit, wenn Entscheidungsfreiraum herrscht, Aufgabenvielfalt und ein kollegiales Betriebsklima vorliegen (ebd.).

Bieten Wohnungen ausreichend Platz für die Bewohner und sind zu dem noch gut ausgestattet, hell und trocken sowie ruhig gelegen, so nehmen sie positiven Einfluss auf das Wohlbefinden (ebd. S. 61). Sie bieten somit ein angenehmes Ambiente für das Familienleben und Möglichkeit zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte (ebd.).

#### Gesundheitliche Belastungen

Eine Beschreibung gesundheitlicher Belastungen lässt sich ebenfalls bei Waller (ebd.) vorfinden, indem er eine Einteilung in physische und psychische Gesundheitsrisiken sowie in soziale Risiken vornimmt (S. 66- 97).

Physische Gesundheitsrisiken umfassen genetische Veränderungen, Mikroorganismen, chemische und physikalische Einwirkungen sowie mechanische und biochemische Veränderungen (ebd. S. 69). Meist entfalten diese ihr krankheitsförderndes Potential jedoch erst dann, wenn sie auf ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Verhältnisse treffen. Das bedeutet also, dass eine bestimmte genetische Disposition nicht unbedingt zum Ausbruch der Krankheit führen muss, sofern das Individuum gesundheitsschädigendem Verhalten entgeht. So muss die genetische Disposition zu Lungenkrebs nicht unbedingt den Ausbruch der Krankheit zur Folge haben, wenn auf das Rauchen verzichtet wird.

Bei den psychischen Gesundheitsrisiken wird zwischen jenen entschieden, die sich aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften ergeben und zwischen jenen bestimmten psychischen Belastungen, die sich zu Gesundheitsrisiken manifestieren

(ebd. S. 70). Bei beiden wird davon ausgegangen, dass bestimmte psychische Merkmale oder Persönlichkeitsmerkmale die Entstehung einer Krankheit fördern.

Bei den sozialen Risiken für die Gesundheit bezieht sich Waller (ebd.) u.a. auf folgende beide Bereiche: Arbeit, Wohnen, Soziale Benachteiligung (S. 84-94).

Der Arbeitsplatz von Menschen bietet hohes Risikopotential für die Entstehung sowohl psychischer als auch physischer Belastungen. Laut Steinbach (2007) bilden dabei nicht nur schwere Arbeiten (z.B. Bergwerk), Schadstoffe oder andere chemisch-physikalischen Einflüsse am Arbeitsplatz das Problem, sondern vielmehr bestimmte Aspekte im kommunikativen Bereich (S. 38). Auch die fehlende Entfaltungsmöglichkeit oder eine Unter- oder Überforderung zählen dazu.

Schlechte Wohnverhältnisse, die sich beispielsweise durch zu wenig Platz, zu wenig Licht in den Räumen, ungenügend Grünflächen oder schlechte Infrastruktur kennzeichnen, haben erheblichen negativen Einfluss auf die Gesundheit des Individuums (Waller, 2002, S. 85-86).

### Gesundheitsverhalten

Als Gesundheitsverhalten wird jenes Verhalten bezeichnet, das die Gesundheit fördert und erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert (Lippke&Renneberg, 2006, S. 35). Dazu zählen u.a. regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und die Verwendung von Sonnenschutzmitteln. Das gegenteilige Verhalten zum Gesundheitsverhalten ist das so genannte Risikoverhalten, also z.B. Alkohol- und Drogenkonsum (Knoll, Scholz, Rieckmann, 2005, S. 27).

Eine besondere Form des Gesundheitsverhaltens ist das so genannte Risikoverhalten, wobei zwischen unterschiedlichen Risikokonstellationen unterschieden wird. Unter Risikoverhalten werden jene Verhaltensweisen subsumiert, die die Gesundheit potentiell gefährden oder sogar schädigen (ebd.). Dazu zählen beispielsweise übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen, Drogenkonsum, ungesunde Ernährung sowie Bewegungsmangel. Waller (2002) unterscheidet weiter zwischen einer geschlechtsspezifischen Risikokonstellation und einer altersspezifischen Risikokonstellation (S. 77-80). So wird bei den Geschlechtern unter anderem davon ausgegangen, dass Männer riskantere Verhaltensweisen an

den Tag legen als Frauen. Bezüglich der altersspezifischen Risikokonstellation besteht die Annahme, dass Übergänge im Lebenslauf als besonders kritische Lebensereignisse gelten (ebd. S. 79).

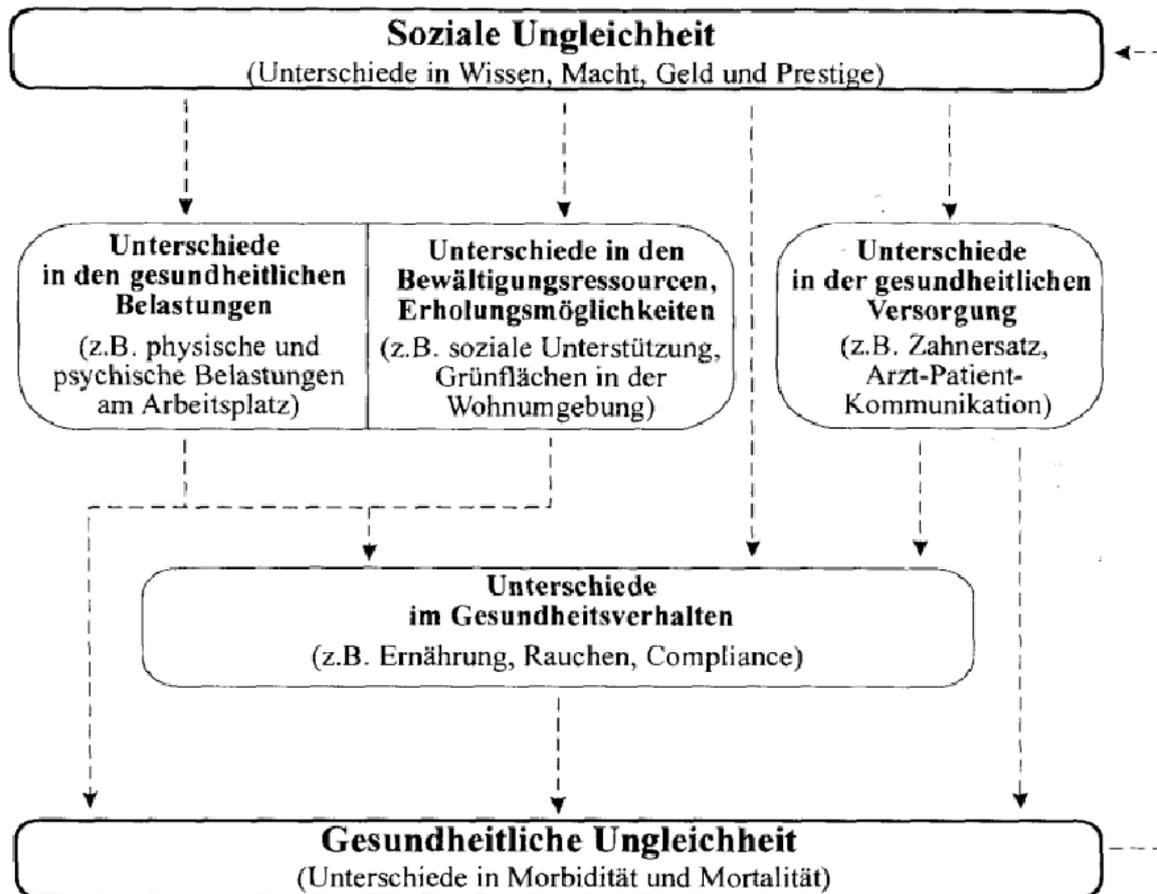
#### Gesundheitliche Versorgung

Unter gesundheitlicher Versorgung versteht Mielck (2000) beispielsweise einkommensabhängige Leistungen wie Zahnersatz oder Medikamentenkonsum (S. 173). Auch die ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation stellt er unter das Thema der gesundheitlichen Versorgung (ebd.).

#### **3.1.2.1.1 Darstellung des Erklärungsmodells**

Nachdem die in dem Modell von Mielck vorkommenden Begrifflichkeiten dargestellt und erläutert wurden, geht es in einem nächsten Schritt darum, das Modell zur Erklärung des Zusammenhanges der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit vorzustellen.

Mielck fasst den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in folgendem Modell zusammen:



**Abbildung 2: Gesundheitliche Ungleichheit - 2. Erklärungsmodell (Mielck, 2000, S. 173)**

In dem Modell wird davon ausgegangen, dass die soziale Ungleichheit (also Unterschiede in Bildung, Beruf und Einkommen) die Lebensverhältnisse (Bilanz gesundheitlicher Belastungen und Bewältigungsressourcen), das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung beeinflusst, die in weiterer Folge den Gesundheitszustand verändern können. Das Gesundheitsverhalten (also z.B. Rauchen oder Ernährung) wird durch die Lebensverhältnisse beeinflusst. Diese wiederum beeinflussen den Gesundheitszustand direkt oder aber, wie bereits erwähnt, über das Gesundheitsverhalten indirekt. Außerdem können durch den unterschiedlichen sozioökonomischen Status auch Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung auftreten (Mielck&Janssen, 2008, S. 4-5). Mielck (2000) beispielsweise meint, dass Zahnersatz und Medikamentenkonsum vom Einkommen einer Person abhängig sind da dabei hohe Zusatzzahlungen zu leisten sind (S.173). Außerdem fällt es status-hohen ÄrztInnen besonders bei status-hohen PatientInnen leichter, die Ursachen der gesundheitlichen Beschwerden zu verstehen (ebd.). Diese Unterschiede in der

gesundheitlichen Versorgung nehmen entweder indirekt über das Gesundheitsverhalten oder direkt auf den Gesundheitszustand Einfluss (Mielck&Janssen, 2008, S. 4-5). Die nach unten gerichteten Pfeile bestärken damit die Hypothese „Armut macht Krank“ (ebd. S. 5).

Das Modell ist ein Versuch darzustellen, über welche verschiedenen Ebenen sozioökonomische Unterschiede zu Ungleichheiten in Morbidität und Mortalität führen. Dabei sind es vor allem die Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen, das Gesundheitsverhalten sowie die gesundheitliche Versorgung, die von den sozioökonomischen Faktoren beeinflusst werden und in weiterer Folge zur gesundheitlichen Ungleichheit führen. Dennoch wird das Modell als eine Zwischenstufe gesehen und weist noch erhebliche Schwächen auf (ebd.). So werden zwar die einzelnen Ebenen angeführt jedoch werden die Wechselwirkungen innerhalb jeder Ebene nicht erklärt. Außerdem wird nicht erwähnt, welchen Beitrag unterschiedliche Akteure zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen können (ebd.).

Schichtmodelle, wie das solche von Mielck, sehen sich immer mehr an Kritik ausgesetzt. Es besteht die These, dass die Unterteilung in hierarchisch geordnete Schichten zunehmend an Bedeutung verliert (Mielck, 2000, S. 174). Beck beispielsweise kommentiert, dass insgesamt ein kollektives Mehr an Einkommen, Bildung und Mobilität feststellbar ist wodurch subkulturelle Klassenbindungen aufgehoben werden (vgl. Beck, 1986, S. 121f. in Huinink&Schröder, 2008, S. 190). Zudem ist ein Individualisierungsprozess von Lebenslagen und Lebensstilen eingetreten, der die Schichtmodelle in Frage stellt (ebd.). Auch Hradil (2009) verweist darauf, dass Schichtmodelle nur unzureichend die Komplexität der sozialen Ungleichheit erfassen, da Menschen neben ihren schichtspezifischen Merkmalen auch unterschiedliche Mentalitäten aufweisen (S. 44). Kritiken wie diese führen dazu, dass immer öfter verschiedene Konzepte der sozialen Lage, des sozialen Milieus und dem Lebensstil vorgeschlagen werden, um die soziale Struktur, unabhängig von ökonomischen Ressourcen, genauer erfassen zu können (ebd.). Die Darstellung dieser soll jedoch nicht mehr Teil der vorliegenden Arbeit sein da der Zweck dieses Kapitels darin bestand, eine allgemein gültige Erklärung für den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu geben, was bereits erfolgte.

### **3.1.3 Ansätze zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit**

Nachdem erklärt wurde worin der Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Ungleichheit besteht, folgt die Darlegung von Möglichkeiten zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit.

Als Grundbaustein zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit wird die Definition eines gesundheitspolitischen Ziels gefordert, das im Kontext der „gesundheitlichen Chancengleichheit“ steht. Mielck (ebd.) schlägt dazu folgende Definition vor:

„Jeder Mensch sollte unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Bei den gesellschaftlich bedingten- und somit potentiell auch veränderbaren- Einflüssen auf den Gesundheitszustand sollte es daher so wenig Unterschiede nach Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen geben wie möglich“

(S. 367-368).

Laut diesem Zitat soll das gesundheitspolitische Ziel demnach darin bestehen, allen Menschen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status die Möglichkeit zu bieten einen positiven Gesundheitszustand zu bewahren oder zu erlangen. Freilich merkt Mielck (ebd.) an, dass nicht alle gesellschaftlich bedingten Unterschiede im Gesundheitszustand abgebaut werden können, wodurch ein realistischeres Ziel darin besteht, die gesundheitliche Ungleichheit auf das kleinste Ausmaß zu verringern (S. 386).

Gesundheitspolitische Maßnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit können jedoch nur gesetzt werden, wenn ausreichend Wissen über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit besteht. Mielck (ebd.) weist in diesem Zusammenhang jedoch auf eine mögliche Passivität der Gesundheitspolitik hin, nach dem Motto „Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich erst dann entwickeln und durchführen, wenn wir mehr über die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit wissen“ (S. 367). Wissenschaftliche Wissensgenerierung zu dem Thema gesundheitliche Ungleichheit und das Setzen gesundheitspolitischer Maßnahmen sollten jedoch Hand in Hand gehen, wobei größere Aufmerksamkeit den Maßnahmen zugewandt werden sollte (ebd.).

Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sollten also auf die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit abzielen. Generell bestehen dazu zwei Möglichkeiten:

- 1) Die Verringerung der sozialen Ungleichheit
- 2) Die Verbesserung des Gesundheitszustandes von status-niedrigen Personen

(ebd. S. 378)

Der erste Ansatz, die Verringerung der sozialen Ungleichheit, weist darauf hin, dass jene sozialen Ungleichheiten aufgehoben werden müssen, die zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen führt. Dazu ist es jedoch notwendig, dass die Problematik nicht mehr ausschließlich ein gesundheitspolitisches Thema bleibt, sondern auch in anderen Politikbereichen, vor allem der Sozial-, Arbeits- und Bildungspolitik, thematisiert wird (Richter&Hurrelmann, 2009, S. 28). Auch Mielck (2000) weist darauf hin, dass der erste Ansatzpunkt strukturelle Veränderungen mit sich bringt und nur in langfristigen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen erreicht werden kann (S. 378). Um eine kurz- und mittelfristige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu erhalten schlägt er also vor, den zweiten Ansatzpunkt zu fokussieren.

Neben diesen beiden Ansatzpunkten verweist Mielck (ebd.) auch auf das Erklärungsmodell (s. Kapitel 3.1.2.1.1) mit den Elementen soziale Ungleichheit, gesundheitsgefährdende bzw.- fördernde Umweltbedingungen, gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsverhalten und Absicherung im Krankheitsfall. Eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit muss demnach auf die Verbesserung dieser Elemente abzielen (ebd.).

Welche sind nun aber die konkreten Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang, umgesetzt werden? Mielck (ebd.) nennt dabei unter anderem die Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie eine gezielte Gesundheitsförderung und Prävention (S. 381-397). Eine Beschreibung dieser Maßnahmen erfolgt in Kapitel 5.

## 3.2 Zusammenfassung

Kapitel 3 lieferte einen Überblick zu dem Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Die Bearbeitung des Themas erfolgte an der von Richter und Hurrelmann (2009) vorgeschlagenen Orientierung am Public Health Action Cycle, der die drei Bausteine Beschreibung, Erklärung und Reduzierung enthält.

Welche Unterschiede im Gesundheitszustand lassen sich zwischen den unteren Schichten unserer Gesellschaft und den höher gestellten Schichten feststellen? Diese Frage wurde mit der Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit beantwortet, wobei sich vor allem Unterschiede in der Lebenserwartung und der Morbidität zeigten.

Da die soziale Ungleichheit keine direkten Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat, muss nach Kausalfaktoren gesucht werden, die den Einfluss der sozialen Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit beschreiben. Zur Erklärung dieses Zusammenhangs wurde auf das Erklärungsmodell von Mielck (2000) zurückgegriffen, in dem er die fünf Elemente soziale Ungleichheit, gesundheitsgefährdende beziehungsweise fördernde Umweltbedingungen, gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsverhalten und Absicherung im Krankheitsfall in einen Zusammenhang bringt.

Zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit, im Sinne einer gesundheitlichen Chancengleichheit, wird sowohl eine Verringerung der sozialen Unterschiede als auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der unteren Schicht vorgeschlagen. Erstes impliziert Veränderungen in der Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Arbeitspolitik, da damit strukturelle Veränderungen einhergehen. Zweites bezieht sich auf Maßnahmen zur kurz- bis mittelfristigen Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, wie z.B. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (s. Kapitel 5).

Eine Personengruppe, welche aufgrund geringer Schulbildung sowie deren Risiko für Arbeitslosigkeit oder prekäre Arbeitsverhältnissen, als Risikogruppe zur Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden kann, ist die der funktionalen AnalphabetInnen.

## **4 ANALPHABETISMUS**

Die Bewältigung täglicher Lebensanforderungen setzt zunehmend Kenntnisse im Lesen und Schreiben komplexer Texte voraus (Biffel, 2010, S. 61). Angefangen beim Lesen und Ausfüllen wichtiger Formulare, über das Lesen von Fahrplänen bis hin zu dem Verstehen des medizinischen Beipackzettels: Die Anwendung von Lese- und Schreibfähigkeiten lässt sich aus dem Alltag nicht wegdenken. Aber auch im Berufskontext werden diese Fähigkeiten als immer mehr und mehr unabdingbar gesehen, nicht zuletzt aufgrund einer Gesellschaft in der Wissen und die Produktion neuen Wissens immer mehr an Bedeutung gewinnt (ebd.). Dass diese Forderung nach mehr Schriftsprache das Risiko von sozialer Ungleichheit und gesundheitlichen Ungleichheit erhöhen kann, wird in diesem Kapitel dargestellt.

### **4.1 Funktionaler Analphabetismus in Österreich**

Derzeit liegen noch keine gesicherten Daten zum Ausmaß des funktionalen Analphabetismus in Österreich vor. Bestehende Zahlen beruhen meist auf Schätzungen und variieren nach der Berechnungsgrundlage, wobei von 140.000 bis zu 600.000 Erwachsenen ausgegangen wird (Klostermann, 2011, www). Im Jahr 1994 lieferte die International Adult Literacy Survey (IALS), eine Vergleichsstudie zur Lesekompetenz Erwachsener der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, für Österreich Ergebnisse, wobei von 300.000 funktionalen AnalphabetInnen auszugehen ist (Kloyber, 2007, S. 2-3). Dabei sind Lesen, Rechnen, Schreiben und Informationstechnologien für die Betroffenen unüberwindbare Hürden (ebd.). Österreich nahm damals selbst nicht an dieser Studie teil, jedoch wurden Daten mit signifikantem Aussagewert für Österreich veröffentlicht (ebd.).

Deutschland führt seit 2010 die so genannte „leo. – Level- One Studie“ durch. Die Studie untersucht den Grad der Literalität der deutsch sprechenden Bevölkerung in Deutschland, wobei der Fokus auf jenen Personen liegt, die auf den unteren Kompetenzniveaus schreiben und lesen (Friesenbichler&Hackl, 2011, www). Die Kompetenzbereiche Lesen und Schreiben werden dabei in unterschiedliche „Alpha-

Level“ unterteilt. Alpha- Level 1-3, die dem funktionalen Analphabetismus zugeordnet werden, beschreiben die Fähigkeit einzelne Sätze zwar lesen und schreiben zu können, nicht jedoch zusammenhängende Texte. Den betroffenen Personen (18-64 Jahre alt) ist aufgrund ihrer niedrigen Schriftsprachkompetenzen eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in angemessener Form nicht möglich (Grotlüschen&Riekmann, 2011, www).

Bei nochmaliger Betrachtung des Versuchs von Egloff et al. (s. Kapitel 2.2.2) den Begriff „Schriftsprachliche Kompetenz“ und in weiterer Folge die dazugehörige Personengruppe zu definieren, lassen sich Gemeinsamkeiten zu den Alpha-Levels der leo. – Level- One Studie feststellen. Egloff et al. (2011) betrachten funktionale AnalphabetInnen als Personen, welchen das sinnverstehende Lesen (z.B. von Texten) sowie das schriftliche Ausdrücken (z.B. Schreiben von Texten) in einem angemessenen Tempo nicht gelingt (S. 14). In der leo. – Level- One Studie wird zur Beschreibung des funktionalen Analphabetismus zwar nicht das Tempo des Schreibens oder Lesens thematisiert, jedoch die nicht vorhandene Fähigkeit, zusammenhängende Texte überhaupt lesen und schreiben beziehungsweise richtig schreiben zu können (Grotlüschen&Riekmann, 2011, www).

Folgende Ergebnisse wurden in der Studie veröffentlicht: 14,5 % der erwachsenen, deutsch sprechenden Bevölkerung in Deutschland, sind vom funktionalen Analphabetismus betroffen. Dies entspricht 7,5 Millionen Deutschen, wobei dies weit über dem Schätzwert von 4 Millionen liegt (ebd.). Da Deutschland und Österreich grundlegend ähnliche Bildungssysteme aufweisen, können diese Daten auch auf Österreich übertragen werden (Friesenbichler&Hackl, 2011, www). Auch bisher war es üblich, aufgrund der mangelnden Datenlage in Österreich, sich an deutschen Schätzungen zu orientieren (ebd.).

Um zu empirisch gesicherten Daten für Erwachsene zu gelangen, nimmt Österreich seit 2010 an einer großen, internationalen Studie der OECD teil. Es handelt sich dabei um das „Programme for the International Assessment of Adult Competencies“ (PIAAC). PIAAC misst die Schlüsselkompetenzen Lesen, Alltagsmathematik und Problemlösen, die als wichtige Fertigkeiten für den Alltag und Beruf gesehen werden (Statistik Austria, 2011a, www). Ziel ist es herauszufinden, wie die (österreichische) Bevölkerung auf die Anforderungen der modernen Wirtschaft und der neuen Technologien vorbereitet ist (ebd.). Vorgängerstudien haben gezeigt, dass diese

Schlüsselkompetenzen bzw. deren Nicht-Vorhandensein sich auf die Lebensumstände auswirken und mit Arbeitslosigkeit in Verbindung stehen. Ob dies auch für Österreich zutrifft, soll ebenfalls durch die Studie erhoben werden (ebd.). Erste Ergebnisse der Studie sollen im Jahr 2013 vorliegen.

Bedingt durch die Tatsache, dass in Österreich ein verpflichtender Schulbesuch besteht, wird im Folgenden der Arbeit das Thema des „primären Analphabetismus“ nicht weiter verfolgt. Vielmehr liegt der Fokus auf jenen Personen, die das Bildungssystem durchlaufen sind und dennoch geringe Schriftsprachkompetenzen aufweisen. Auch sei erwähnt, dass MigrantInnen und aufgrund des Migrationsstatus bestehende Schriftsprachschwierigkeiten in vorliegender Arbeit nicht thematisiert werden. Der zusätzliche Kontext des Migrationsthemas, vor allem hinsichtlich der Erklärung zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit (s. Kapitel 3) würde die vorgeschriebene Seitenlimitation überschreiten.

## **4.2 Ursachen von funktionalem Analphabetismus**

Wie ist es möglich, dass Menschen trotz Schulpflicht nicht ausreichend lesen und schreiben können? Dieser Frage gehen Döbert und Hubertus (2000) nach, wobei sie die Ursachen vor allem im Elternhaus, in der Schule und in den veränderten Anforderungen der Gesellschaft sehen (S. 41-57).

### **4.2.1 Ursachen im Elternhaus**

Erwachsene funktionale AnalphabetInnen berichten über Erfahrungen in ihrem Elternhaus, dass ihre Kindheit/Jugend vor allem durch Vernachlässigung und eine gleichgültige beziehungsweise desinteressierte Haltung der Eltern geprägt war (ebd. S. 44). Diese Familien sind meist zerrüttet und leben in finanziell unsicheren Verhältnissen, was massive Auswirkungen in Form psychischer Belastungen auf das Schulkind hat. Dazu kommt, dass das Lernen des Kindes nicht gefördert wird, sondern harte Strafen und massive Vorwürfe wie z.B. „du bist sowieso zu dumm“ an der Tagesordnung stehen (ebd.). Aber nicht nur derartige problematische Familienverhältnisse können als Ursache für das Entstehen eines funktionalen

Analphabetismus gesehen werden. Es wird auch von intakten Familien berichtet, in denen keine problematischen Bedingungen vorherrschten, in denen aber Bildung, Bücher und Schreiben keine oder nur eine geringe Rolle spielen. Der Alltag ist vielmehr durch Arbeit, Fernsehen oder Computerspiele charakterisiert (ebd. S. 45). Fehlende Vorbilder führen in weiterer Folge zu einem Mangel an Motivation das Lesen und Schreiben zu lernen, da nicht bewusst wird, wozu diese Fähigkeiten benötigt werden (ebd.).

#### **4.2.2 Ursachen in der Schule**

Döbert und Hubertus (ebd.) weisen darauf hin, dass Probleme nicht unbedingt nur auf desinteressierte Eltern zurückzuführen sind (S. 46). Dies zeigt sich durch zahlreiche Anrufe besorgter Eltern, die bei dem Alfa-Telefon, einem Service des deutschen Bundesverbandes Alphabetisierung, eingehen. Die Eltern möchten ihren Kindern gerne helfen, wissen aber oft nicht wie (ebd. S. 47). Das Problem besteht darin, dass die Aufgabe der Schulen, nämlich Kinder in ihrem Lernprozess zu fördern, zu einem großen Teil auf die Eltern übertragen wird. Und auch innerhalb der Schulen und Klassenräumen ergeben sich Probleme. So müssen Kinder mit unterschiedlichen Lernvoraussetzungen sowie unterschiedlichen Lern- und Förderbedingungen im Elternhaus die gemeinsame Norm in der Klasse erreichen (ebd. S. 48). Gelingt dies nicht, erfahren Kinder Diskriminierung sowie das Gefühl des Versagens. In weiterer Folge kommt es zur Aneignung diverser Strategien, um mit der Lese- und Schreibschwäche umgehen zu können bzw. diese zu kompensieren. Dazu zählen beispielsweise starke mündliche Mitarbeit während des Unterrichtes, Übertragung der Hausaufgaben auf ältere Geschwister oder aber das Fernbleiben vom Unterricht (ebd. S. 50). Nach der Schulzeit flüchten die Jugendlichen oft in Jobs, in denen der Gebrauch von Schriftsprachkompetenzen nicht an erster Stelle steht. Hilfsjobs oder gar Arbeitslosigkeit führen jedoch dazu, dass selbst die geringen in der Schule erworbenen Schriftsprachkompetenzen verloren gehen (ebd.).

### **4.2.3 Ursachen aufgrund veränderter gesellschaftlicher Anforderungen**

Einerseits ist es zu einem quantitativen Anstieg der erforderlichen Lese- und Schreibkompetenzen gekommen, als es zum Beispiel noch vor hundert Jahren erforderlich war (ebd. S. 22). Das heißt, dass im Laufe der Zeit immer höhere Fertigkeiten im Lesen und Schreiben nötig geworden sind. So werden Lesen und Schreiben beispielsweise an fast allen Arbeitsplätzen benötigt (ebd. S. 54). Selbst Arbeitsstellen bei denen nicht in erster Linie an das nötige Vorhandensein schriftsprachlicher Kompetenz gedacht wird, setzen diese Fähigkeiten voraus. So müssen LagermitarbeiterInnen beispielsweise Einträge am Computer lesen und setzen können, HausmeisterInnen Berichte und Protokolle schreiben, Bestellungen aufgeben und dergleichen (ebd.). Aber auch im alltäglichen Leben werden Lese- und Schreibkenntnisse gefordert. Dies beginnt unter anderem beim Lesen und Ausfüllen von Formularen, beim Lesen und Beantworten wichtiger Post, beim Preislesen des täglichen Einkaufs oder beim Ausfüllen von Anamnesebögen in ÄrztInnenpraxen und Krankenhäusern.

Aber auch die qualitativen Anforderungen an die Lese- und Schreibkompetenzen sind gestiegen. So erfordert das Lesen im Internet beispielsweise eine andere Art des Lesens als von Büchern. Schnelles Lesen, das Überfliegen von Texten um sie auf brauchbare Informationen zu reduzieren sind nötig, um den Überblick zu behalten (ebd. S. 22).

Dieses quantitative und qualitative Anforderungsniveau findet sich auch in erhöhten Einstiegsvoraussetzungen wieder, was vor allem auf eine hohe Arbeitslosenquote und einen großen Markt an Auswahl für ArbeitgeberInnen zurückzuführen ist (ebd. S. 54). Je höher also die Qualitätsanforderungen an den Einzelnen/die Einzelne sind und je mehr Arbeitskräfte, aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit, zur Verfügung stehen desto mehr steigt die Wahrscheinlichkeit zu einem/r funktionalen AnalphabetIn zu werden (ebd. S. 55).

## **4.3 Alphabetisierung funktionaler AnalphabetInnen**

Basisbildung oder Alphabetisierung? In den unterschiedlichen Bildungseinrichtungen herrscht Begriffsdiffusion vor (Aschemann, 2011, S. 14). Einerseits werden die

Begriffe synonym verwendet, andererseits - und das ist das vorherrschende Begriffsverständnis - wird Alphabetisierung als ein Teil der Basisbildung gesehen (ebd.). Alphabetisierung wird als Entwicklung schriftsprachlicher Kompetenz gedeutet, während Basisbildung darüber hinausgeht (ebd.).

### **4.3.1 Basisbildung in Österreich**

#### *4.3.1.1 Grundlagen*

Die Basisbildung in Österreich bezieht sich auf den Erwerb der Kulturtechniken Lesen, Schreiben, Rechnen, den Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) sowie Lernkompetenz (autonomes Lernen) (Länder-Bund-ExpertInnengruppe „Initiative Erwachsenenbildung“, 2011, www). Ziel der Basisbildung besteht darin, die TeilnehmerInnen in der Lösung von Alltagssituationen zu stärken, um eine umfassende Teilnahme an gesellschaftlichen Prozessen zu ermöglichen (ebd.). Die Basisbildung ist mit ihren Bildungsangeboten auch für jene Menschen gedacht, die aufgrund ihrer unzureichenden Basisbildung keine „regulären“ Weiterbildungen besuchen können, wie z.B. Berufsorientierungskurse (ebd.). Die Kulturtechniken Lesen, Schreiben, Rechnen, IKT werden somit als Voraussetzung für den Erwerb weiterer Kompetenzen gesehen (Rath, 2007, S. 2).

Als Zielgruppen der Basisbildung gelten folgende Personen:

- Personen mit Erstsprache Deutsch und absolvierter Schulpflicht, die keinen positiven Abschluss erreicht und Defizite in den Grundkompetenzen haben
- Personen mit positivem Pflichtschulabschluss, die Nachholbedarf in der Grundbildung aufweisen
- Personen mit Migrationshintergrund und mangelnder Basisbildung, mit oder ohne Deutschkenntnissen

(Länder-Bund-ExpertInnengruppe „Initiative Erwachsenenbildung“, 2011, www).

Zur Förderung der Basisbildung in Österreich wurde das so genannte „Netzwerk Basisbildung und Alphabetisierung“ gegründet. Ziel des Netzwerks besteht in einem flächendeckenden, qualitätsgesicherten Alphabetisierungs- und Bildungsangebot für Erwachsene in Österreich (Rath, 2010b, S. 15). Das Netzwerk ist eine Interessensgemeinschaft von Einrichtungen, die Basisbildungs- und Alphabetisierungskurse in Österreich anbieten sowie von Einrichtungen, die im Zusammenhang mit der Basisbildung stehen, wie z.B. Pädagogische Hochschulen (ebd.). Die konkrete Umsetzung dieses Ziels erfolgt durch das Projekt „In.Bewegung“. Das Projekt ist eine Partnerschaft von 14 Einrichtungen, wie zum Beispiel der Wiener Volkshochschulen (vor allem 21. Bezirk), Wirtschaftskammer Österreich, Bildungs- und Heimatwerk Niederösterreich, Kärntner-Volkshochschulen, Volkshochschul-Stadtbibliothek Linz, Ländliches Fortbildungsinstitut Oberösterreich und weitere (ebd. S. 4).

#### *4.3.1.2 Praxis der Basisbildung/Alphabetisierung*

Am Beginn jeder Basisbildungsarbeit steht die Akquise von TeilnehmerInnen, die auf unterschiedlichem Wege erfolgen kann. Am effektivsten scheint dabei die Öffentlichkeitsarbeit zu sein, durch die ein Bewusstsein für die Problematik des Analphabetismus in der Bevölkerung geschaffen wird (Döbert&Hubertus, 2000, S. 112). Erst wenn Analphabetismus als kein Tabuthema mehr gesehen wird, werden AnalphabetInnen die Lernangebote vermehrt annehmen (ebd.). Hinsichtlich der in der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzten Medien merkt Wagner (2011) an, dass Printmedien oder neue Medien, wie z.B. das Internet, nur schwer zur Erreichung von funktionalen AnalphabetInnen dienen, da diese die Materialien nur eingeschränkt lesen können (S. 257). Deshalb wird zur Erreichung der Betroffenen vor allem der Einsatz von audiovisuellen Medien, wie z.B. Beiträge in Fernsehsendungen, empfohlen (Döbert&Hubertus, S. 112). Als besonders wichtig wird es erachtet, eine Telefonnummer anzuführen, bei der sich Betroffene an eine/n AnsprechpartnerIn wenden können (ebd. S. 116). Werden dennoch Medien mit Schrift eingesetzt, so wird von punktuellen Aufhängen von Plakaten abgeraten und empfohlen Plakataktionen zu starten. Auch Faltblätter sollen auf Angebote aufmerksam

machen, in dem diese zum Beispiel über einen bestimmten Verteiler, wie z.B. Ärzte, Mitarbeiter von Behörden, an die Betroffenen ausgeteilt werden (ebd. S. 118).

Wurden interessierte Personen gefunden, so geht es in einem nächsten Schritt um die Beratung der Betroffenen. Döbert und Hubertus (2000) erwähnen die Wichtigkeit einer Erst- oder Eingangsberatung, in der erster Kontakt mit dem potentiellen Teilnehmer geknüpft wird (S. 84). Diese Beratungsgespräche dienen dazu, den Betroffenen ihre Situation und ihre Lernbedürfnisse darstellen zu lassen sowie ihnen wichtige Informationen zu den Möglichkeiten zu vermitteln (ebd.). Dadurch wird zum einen die Einstufung einer Person zu einem bestimmten Kurs möglich, und zum anderen die Motivation zur Teilnahme möglich (ebd. S. 85). Das erste Gespräch setzt laut Berndt (2010) auf Seiten des Beratenden höchstes Maß an Einfühlungsvermögen voraus, da dem Entschluss zu diesem Gespräch meist ein langer Prozess des Überlegens voraus geht (S. 38). Die von der Zielgruppe definierten Ziele müssen dann auch Basis für die Gestaltung konkreter Kursmaßnahmen gewählt werden, da die Betroffenen auch im Kurs direkt in den Fokus gestellt werden müssen (ebd. S. 37). Dazu wird von den Trainern eine Ressourcenfeststellung vorgenommen, auf der aufbauend, gemeinsam mit den Lernenden ein Lehr- und Lernplan erstellt wird (ebd. S. 38). Zur Eingangsberatung wird weiters eine begleitende Kursberatung empfohlen. Diese dient dazu, den Teilnehmern ihren Lernprozess transparent zu machen, sowie entwickelte Lernbarrieren aufzuarbeiten und belastende externe Faktoren (z.B. Probleme am Arbeitsplatz) mit Hilfe einer sozialpädagogischen Beratung zu bearbeiten (Döbert&Hubertus, 2000, S. 85).

Zur didaktischen Gestaltung eines Alphabetisierungskurses lässt sich festhalten: die einzig richtige didaktische Methode existiert nicht (Nickel, 2000, S. 87). Vielmehr ist ein Methodenpluralismus anzustreben, vor allem hinsichtlich der vielfältigen Zugänge zur Schrift (ebd.). Als vorrangige Methode wird jedoch meist die Arbeit mit Eigentexten gewählt. Das heißt, dass die TeilnehmerInnen versuchen, ihre eigenen Gedanken schriftlich auszudrücken (ebd.). Traut sich der Teilnehmer/die Teilnehmerin diesen Schritt noch nicht zu, so besteht die Möglichkeit eines stellvertretenden Schreibens, wobei der Teilnehmer/die Teilnehmerin seine/ihre Gedanken dem Kursleiter/der Kursleiterin mitteilt, der/die diese dann verschriftlicht (ebd. S. 88). Auch diese Methode kann zum Vorteil für den Betroffenen/die

Betroffene gesehen werden, da er/sie den von dem Kursleiter/der Kursleiterin verschriftlichten Text zum Lesen heranzieht (ebd.).

#### **4.4 Sozioökonomische Faktoren funktionaler AnalphabetInnen**

Bereits in Kapitel 3 wurde darauf hingewiesen, welcher erheblichen Einfluss der sozioökonomische Status auf die Gesundheit nimmt. Folgend wird anhand der Ergebnisse der leo. – Level- One Studie versucht, den sozioökonomischen Status von AnalphabetInnen darzustellen um anschließend Rückschlüsse auf eine mögliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes funktionaler AnalphabetInnen ziehen zu können. Ein Rückgriff auf die Daten aus Deutschland ist nötig, da wie bereits oben beschrieben (s. Kapitel 4.1), keine empirisch gesicherten Daten zum funktionalen Analphabetismus in Österreich vorliegen.

Die höchst abgeschlossene Ausbildung sowie die Arbeitsrealitäten lassen vermutlich auch Rückschlüsse auf das Einkommen einer/eines funktionalen AnalphabetIn ziehen: Je niedriger der berufliche Status, desto geringer die finanziellen Erwerbseinnahmen. Da in Österreich jedoch keine direkten Einkommenserhebungen durchgeführt werden, sondern lediglich der Zusammenhang zwischen Ausbildung und Berufsstatus abgebildet wird, wird auch in diesem Kapitel nicht explizit auf den Einkommensstatus funktionaler AnalphabetInnen eingegangen.

##### **4.4.1 Funktionaler Analphabetismus und Bildung**

In der leo. – Level- One Studie kann gezeigt werden, dass 47,7% der funktionalen AnalphabetInnen in Deutschland über untere Bildungsabschlüsse verfügen (Grotlüschen&Riekmann, 2011, www). Dabei wird nicht näher definiert, was unter einem „unteren Bildungsabschluss“ zu verstehen ist. Neben den Kategorien „unterer Bildungsabschluss“ existieren die Kategorien „kein Abschluss“, „mittlere Bildung“, „höhere Bildung“ sowie „noch Schüler“. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass „untere Bildungsabschlüsse“ mit der Pflichtschule oder Hauptschule, „mittlere Bildung“ mit einer Fachschule und „höhere Bildung“ mit Ausbildungen des tertiären Ausbildungssektors gleichzusetzen sind. Demnach verfügen also 47,7% der

funktionalen AnalphabetInnen in Deutschland über einen unteren Bildungsabschluss bzw. über einen Pflichtschulabschluss. Gefolgt wird diese Zahl von 19,3%, die keinen Abschluss vorweisen sowie von 18,9% mit einem mittleren Bildungsabschluss. 12,3% der funktionalen AnalphabetInnen hingegen weisen eine höhere Bildung auf (ebd.).

Auch weitere deutsche Studien legen ähnliche Ergebnisse vor. So zeigt die Studie von Grosche (2012), die dazu beitragen sollte Ursachenkomplexe von funktionalen AnalphabetInnen in Deutschland genauer zu verstehen, dass 64,8% der funktionalen AnalphabetInnen seiner Stichprobe (54 Personen) keinen Schulabschluss aufweisen (S. 167). Weitere 18,5% weisen einen Sonderschulabschluss und weitere 14,8% weisen einen Hauptschulabschluss auf (ebd.). Auch hier wurden nur jene Personen eingeschlossen, die akzentfrei und fließend deutsch sprechen.

#### **4.4.2 Funktionaler Analphabetismus und beruflicher Status**

Laut der leo. – Level- One Studie sind 56,9% der funktionalen AnalphabetInnen berufstätig (Grotlüschen&Riekmann, 2011, www). Dabei zeigt sich, dass diese häufig Hilfstätigkeiten nachkommen (Grotlüschen, Riekmann, Buddeberg, 2012, www). Gefolgt wird diese Zahl von 16,7% arbeitslosen funktionalen AnalphabetInnen. 10,1% befinden sich in Karenz oder sind als Hausfrau oder Hausmann tätig. Die weiteren Prozent verteilen sich auf den Status „Erwerbsunfähig“, „Rentner“, „In Ausbildung“ oder „Sonstiges“ (ebd.).

Werden die Ergebnisse der leo. – Level- One Studie bezüglich der Höchstausbildung von funktionalen AnalphabetInnen mit dem beruflichen Status in Verbindung gebracht, so muss bedacht werden, dass die Chancen mit geringer Bildung überhaupt einen Job zu bekommen, sehr gering stehen (Rath&Berndl, 2006, S. 16). So sind nur knapp mehr als die Hälfte, nämlich 64% der in Österreich lebenden Männern, die einen Pflichtschulabschluss aufweisen erwerbstätig. Bei Frauen sind es sogar nur 44% die mit lediglich einem Pflichtschulabschluss arbeiten (Till-Tentschert, Lamel & Heuberger, 2006, S. 41). Weiters ist zu erkennen, dass ca. 45% der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss langzeitarbeitslos sind (Till-Tentschert et al., 2006, S. 54).

Döbert und Hubertus (2000) identifizierten einige Berufsfelder, in denen funktionale AnalphabetInnen tätig sind bzw. tätig waren (S. 67). Bei den Männern zählen unter anderen dazu: Bauarbeiter, Zimmermann, Gebäudereinigung, Kraftfahrer, Lagerarbeiter, Fabrikarbeiter oder Maschinenbediener. Bei den Frauen werden u.a. folgende Berufsfelder genannt: Näherin, Büglerin, Reinigungsbereich (Putzpersonal), Fabrikarbeiterin, Packerin, Hotel- und Gaststättengewerbe (ebd.).

#### **4.4.3 Gefahr der Homogenisierung aufgrund sozioökonomischer Daten**

Die Darstellung der Ergebnisse zum sozioökonomischen Status funktionaler AnalphabetInnen nach den Faktoren Bildung und Berufsstatus birgt eine Gefahr in sich: die Homogenisierung einer an sich sehr heterogenen Gruppe von Personen.

Grund zu dieser Annahme findet sich in der von Bindl, Schroeder und Thielen (2011) sowohl qualitativen als auch quantitativen Untersuchung zu den Arbeitsrealitäten und Lernbedarfen gering qualifizierter Menschen an der Hamburger Volkshochschule. Zum einen nahmen sie eine Dokumentenanalyse der Anmeldebögen von über 1.000 TeilnehmerInnen von Lese- und Schreibkursen vor, gefolgt von qualitativer Befragung ehemaliger und aktuell teilnehmender KursteilnehmerInnen, die in den Jahren 2000 bis 2007 die Hamburger Volkshochschule besuchten.

In ihrer Untersuchung in der auch MigrantInnen eingeschlossen waren, kamen sie zu dem Ergebnis, dass der höchste Bildungsabschluss der meisten KursteilnehmerInnen auf der unteren Schulform des allgemein bildenden Schulwesens vorzufinden ist, nämlich bei Förderschulabschlüssen (ehemals Sonderschule) gefolgt von Hauptschulabschlüssen (Thielen, 2011a, S. 26). Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass fast 65% der TeilnehmerInnen keine berufliche Erstausbildung absolvierten, jedoch gefolgt von fast 28%, die über eine derartige Erstausbildung verfügen (ebd. S. 30).

Befragungen konnten weiter zeigen, dass bei vergleichbarer nachschulischer Ausgangslagen dennoch höchst unterschiedliche Erwerbskarrieren verwirklicht wurden (Thielen, 2011b, S. 87). Erwerbskarriere meint dabei jene Tätigkeiten, die zwar keine berufliche Qualifizierung voraussetzen, jedoch anspruchsvoller sind als Hilfstätigkeiten (ebd. S. 61). Diese unterschiedlichen Erwerbskarrieren sprechen für

die Existenz weiterer Faktoren, die über die formale Bildungs- bzw. Berufsqualifikation und das individuelle Niveau an Schriftsprachkompetenzen, für eine erfolgreiche Teilhabe am Erwerbsleben von Bedeutung sind (ebd.). Mit diesen Faktoren sind Ressourcen zur aktiven Bewältigung von Schriftsprachanforderungen am Arbeitsplatz gemeint. Zu diesen zählen: Zuhilfenahme von Wörterbüchern und Fremdwörterlexika, Nutzung von Computerprogrammen mit Rechtschreibprüfung, Abgabe bestimmter Schreibaufgaben an die SekretärInnen, Entwicklung von Routinen, die das Lesen bestimmter Informationen ersetzt, Rückgriff auf Hilfe aus dem privaten Umfeld oder aber der Besuch von Lese- und Schreibkursen (ebd. S. 87-88). Auch bei Döbert und Hubertus (2000) findet sich durch Befragungen von funktionalen AnalphabetInnen der Hinweis, dass diese über typische Strategien verfügen, um schriftsprachlichen Anforderungen zu entkommen, sei es in der Arbeitswelt oder in der Freizeit (S. 70). Grund dafür ist die Angst, als funktionale/r Analphabet/Analphabetin entdeckt zu werden und somit sozial stigmatisiert zu sein. Angst vor sozialem Ausschluss, vor Missachtung der eigenen Person sowie dem Verlust sozialer Integration führen also neben der Vermeidung schriftsprachlicher Anforderungssituationen, vor allem zu Delegation und Täuschung als Überlebensstrategie (ebd.).

Durch die Rekonstruktion der Erwerbskarrieren, in Zusammenhang mit der Schul- oder Berufsqualifikation, konnte gezeigt werden, dass es falsch ist, Personen die über geringe Schulbildung oder berufliche Qualifikation verfügen, als eine defizitäre oder homogene Personengruppe zu bezeichnen (ebd. S. 91). Eine einmal schulisch erworbene Bildung muss also nicht unbedingt etwas über den Verlauf der späteren Erwerbskarriere aussagen, da nachschulische Ausgangslagen in höchst unterschiedlichen Karrieren enden (ebd.). Diese Karrieren reichen von kontinuierlichen Erwerbskarrieren (mehrjährige Tätigkeit in Form einer Festanstellung ohne beruflicher Qualifikation als Voraussetzung), über kontinuierliche Berufskarrieren (langfristige Anstellung mit beruflicher Qualifikation als Voraussetzung) bis hin zu prekären Arbeitslosigkeitskarrieren sowie flexiblen Gelegenheitskarrieren (ebd. S. 61).

Hinsichtlich eingeschränkter Lese- und Schreibschwierigkeiten bezogen auf das Erwerbsleben, darf die Gruppe der funktionalen AnalphabetInnen also nicht als eine homogene Personengruppe betrachtet werden. Die Untersuchung konnte zeigen,

dass einige funktionale AnalphabetInnen, ungeachtet ihrer Lese- und Schreibschwierigkeiten ihre Arbeit souverän meistern (zum Teil unter Zuhilfenahme weiter oben genannter Ressourcen), während andere bereits beim Einstieg in das Erwerbssystem scheitern (Bindl et al., 2011, S. 279). Die im Zusammenhang mit funktionalen AnalphabetInnen also oft vertretene These, dass diese Personengruppe allenfalls im Niedriglohnsektor eine Arbeit findet, lässt sich empirisch nicht mehr bestätigen (Thielen, 2011a, S. 21).

#### **4.5 Funktionaler Analphabetismus und Gesundheit**

Trotz der Heterogenität funktionaler AnalphabetInnen und dem unterschiedlichen Ausgang derer Karrieren zeigt sich, dass unzureichende Kompetenzen in Schrift und Sprache beziehungsweise eine unzureichende Grundbildung als Risiko für die Teilhabe an Erwerbsarbeit gilt (Bindl et al., 2011, S. 290). So können sich Lese- und Schreibprobleme für die Betroffenen vor allem bei Übergangssituationen in arbeitsweltlichen Kontexten als potentiell Exklusionsrisiko darstellen, da am neuen Arbeitsplatz plötzlich ein höheres Maß an Schriftsprachkompetenzen gefordert wird als beim alten Arbeitsplatz (ebd. S. 286). Andererseits ist der Verbleib in der Arbeit angesichts eingeschränkter Lese- und Schreibkompetenzen des Öfteren mit Herausforderungen verbunden, die oftmals kreative Ressourcen voraussetzen, um diesen gerecht zu werden (ebd. S. 91). Und letztendlich bleibt es weiters eine Tatsache, dass Menschen mit geringen Schriftsprachkompetenzen, sich zum großen Teil in prekären Arbeitslosigkeitskarrieren wiederfinden (Thielen, 2011b, S. 61).

Das erhöhte Risiko zur Teilhabe an Erwerbsarbeit, das Bestehen prekärer Arbeitsverhältnisse, der erhöhte Druck schriftsprachliche Anforderungen zu meistern, in Verbindung mit den Ergebnissen der leo. – Level- One Studie zum Bildungsstand der funktionalen AnalphabetInnen, lassen sich bei Rückblick auf Kapitel 3 „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ als Risikofaktoren für den Gesundheitszustand deuten. In dem Kapitel wurde darauf hingewiesen, dass sozioökonomische Faktoren erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person nehmen können. Wird diese Annahme auf die Arbeitsbedingungen der funktionalen AnalphabetInnen übertragen, so ist davon auszugehen, dass auch diese Personen als Risikogruppe für einen schlechten Gesundheitszustand zu sehen sind. Doch auch hier muss der

Begriff „Risiko“ für einen schlechten Gesundheitszustand erwähnt werden und weniger die These, dass jede/r funktionale/r AnalphabetIn einen schlechten Gesundheitszustand hat. Auch in Studien wird darauf hingewiesen, dass eine geringe Lese- und Schreibfähigkeit Einfluss auf die Gesundheit nimmt. Geringe Schriftsprachkompetenzen stellen demnach eine Barriere hoher Versorgungsqualität dar, da die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen meist Kompetenzen zum Verstehen von medizinischen Etiketten, Aufklärungsbroschüren oder Materialien zur Gesundheitsförderung voraussetzt (Parikh, Parker, Nurs, Baker, Williams, 1996, S. 33). Gleichzeitig führt die Scham, die Menschen mit geringer Lese-/Schreibfähigkeit verspüren, zu einer psychischen Barriere, die wiederum verhindert, dass jene Menschen nach Hilfe oder nach Materialien mit wenig Schrift bitten (ebd. S. 34). So wird davon ausgegangen, dass Personen mit niedrigem Leselevel ein 1,5 bis 3fach höheres Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr, Pignone, 2004, S. 1236).

Ein Konzept, welches neben den sozioökonomischen Faktoren zur Beschreibung des erhöhten Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand hinzugezogen werden kann, ist das der so genannten „Health Literacy“.

#### **4.5.1 Health Literacy**

Menschen werden heutzutage mehr und mehr dazu angehalten, sich aktiv an Gesundheitsentscheidungen zu beteiligen, was meist schon beim gewählten Gesundheitsverhalten beginnt, über die Ernährung bis hin zur ÄrztInnenwahl und der Wahl von Behandlungen reicht (Kickbusch&Maag, 2008, S. 204). Dem verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie mit medizinischen Leistungen wird jedoch eine kritische Aufnahme und Verarbeitung von Informationen zu gesundheitsförderndem Verhalten vorausgesetzt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 4).

Die dazu nötige Kompetenz wird mit dem Begriff „Health Literacy“ umschrieben, zu Deutsch „Gesundheitskompetenz“ (Hurrelmann, 2006, S. 232). Health Literacy wird von der WHO (1998) als Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fähigkeiten beschrieben, welche die Individuen dazu motivieren und befähigen, Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erhalten, diese zu verstehen und so zu nutzen, um zu

einem guten Gesundheitszustand zu gelangen und diesen aufrecht zu halten (www). In dieser Definition wird das Augenmerk nicht nur auf die kognitiven Elemente des Verstehens, Analysierens und Anwendens gerichtet, sondern auch auf die sozialen Fähigkeiten, die für die Interaktion mit anderen Menschen von Nöten sind (z.B. kommunizieren, verhandeln, organisieren), um Entscheidungen in der gesundheitsfördernden Praxis treffen zu können (Ishikawa&Kiuchi, 2010, S. 2). Es wird davon ausgegangen, dass eine Person mit einem adäquaten Grad von Health Literacy das Wissen, die Kompetenzen, die Erfahrungen und Einstellung besitzt, mit ihrer Gesundheit in einem deren fördernden Rahmen umzugehen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 5). Dazu zählt das Wissen, wann ein Kontakt mit dem Gesundheitssystem nötig ist, die Kompetenz sich in diesem Gesundheitssystem zurecht zu finden und die behandelnden ÄrztInnen zu verstehen und so aus der Eigenverantwortung heraus gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen (ebd.).

Zusammengefasst kann das Konzept „Health Literacy“ sowohl die Kompetenz beschreiben, Gesundheitsinformationen lesen und zu verstehen, als auch über jene Sprach- und Aufnahmefähigkeiten zu verfügen, die es dem Individuum ermöglichen, ihre gesundheitlichen Anliegen mitzuteilen und die darauf erhaltenen Anweisungen bzw. Ratschläge umzusetzen (Canadian Council on Learning, 2007, S. 3).

#### 4.5.1.1 *Ebenen von Health Literacy*

Health Literacy umfasst 3 Ebenen:

- 1) die funktionale Ebene
- 2) die interaktive Ebene
- 3) die kritische Ebene

(Nutbeam, 2000, S.263).

Die funktionale Ebene umfasst grundlegende Lese- und Schreibfähigkeiten, die es dem Individuum ermöglichen, im Gesundheitssystem zu existieren (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 7).

Die interaktive Ebene hingegen umfasst fortgeschrittene Lese- und Schreibfähigkeiten, die gemeinsam mit sozialen Fähigkeiten (z.B. kommunizieren, organisieren) eine aktive Teilhabe im Alltag des Gesundheitssystems und das Extrahieren für das Individuum wichtiger Informationen ermöglichen (Nutbeam, 2000, S. 264). Weiters ermöglichen diese fortgeschrittenen Lese- und Schreibfähigkeiten das Verstehen verschiedener Formen der Gesundheitskommunikation sowie neue Informationen an Veränderungen anzupassen und neu zu interpretieren (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 7).

Die kritische Ebene geht einen Schritt weiter, indem Informationen aus dem Gesundheitssystem kritisch analysiert und beurteilt werden (ebd.). Ziel ist eine kritische Auseinandersetzung mit Empfehlungen und die Förderung persönlicher Kompetenzen, um zu einer gesunden Lebensführung zu gelangen (ebd.).

Während auf der funktionalen Ebene noch davon ausgegangen wird, dass der Mensch eine passive Rolle im Prozess der Bildung von Gesundheitswissen einnimmt, wird die interaktive Ebene als jene Ebene betrachtet, in der diesbezüglich bereits eine aktive Rolle eingenommen wird (ebd. S. 8). Dabei wird von einem selbstständigen Umgang mit Gesundheitsinformationen und einer aktiven Teilhabe am Gesundheitssystem ausgegangen. Auf der kritischen Ebene hingegen, hat sich das grundlegende Gesundheitswissen aus der funktionalen Ebene zu einem fortgeschrittenem Gesundheitswissen entwickelt, dies vor allem durch eine kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen (ebd.).

Nutbeam (2000) macht darauf aufmerksam, dass eine solche Klassifikation der Health Literacy auf die Beziehung zwischen Schriftsprachkompetenzen und der Health Literacy verweist (S. 264). So beeinflussen unterschiedliche Levels an Lese- und Schreibfähigkeiten das Maß an persönlicher Autonomie und die persönliche Teilhabe im Gesundheitssystem (S. 264). Es wird davon ausgegangen, dass geringe Schriftsprachkompetenzen in weiterer Folge zu einer geringen Health Literacy führt (Ishikawa&Kiuchi, 2010, S. 2). Geringe Health Literacy wiederum steht in Zusammenhang mit geringem Gesundheitswissen und Verständnis von Gesundheitsthemen. Unterschiede zeigen sich auch bei der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen: So lassen sich vermehrter Spitalsbesuch und Notfallbehandlungen, geringere Anzahl von Mammographie-Screenings und Impfungen vor allem bei Personen mit niedriger Health Literacy nachweisen

(Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011, S. 103).

#### 4.5.1.2 *Health Literacy in Österreich*

Österreich nimmt seit 2009 an der Health Literacy Survey- Europe (HLS-E) Studie teil, deren Ziel unter anderem darin besteht, die Health Literacy von 8 EU-Staaten sowie die Determinanten der Health Literacy zu erheben. Als Subdimensionen der Health Literacy werden dabei die Krankheitsbewältigung, die Prävention und die Gesundheitsförderung untersucht (Sorensen, 2012, o.S. in Pelikan et al. 2012, S. 16). So werden beispielsweise bei der Subdimension „Gesundheitsförderung“ folgende Aspekte untersucht: Fähigkeit sich über Gesundheitsbelange zu informieren, Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen und deren Bedeutung zu verstehen, Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen zu interpretieren und zu evaluieren und zuletzt die Fähigkeit sich eine reflektierte gesundheitsrelevante Meinung zu bilden (ebd.). Die Zufallsstichprobe setzte sich aus jeweils 1000 pro Mitgliedsstaat über 15jährigen EU-BürgerInnen zusammen. Durch die angewandte Methodologie wurden bestimmte MigrantInnengruppen ausgeschlossen (Pelikan et al., 2012, S. 19).

Erste Ergebnisse der HLS-E Studie liegen bereits vor und sollen im Folgenden ausschnittsweise vorgestellt werden.

Zur Beurteilung der allgemeinen Health Literacy der ÖsterreicherInnen wurden durchschnittliche 32,21 Punkte vergeben, womit Österreich dem Bereich „problematische Health Literacy“ zuzuordnen ist (ebd. S. 26). Die Subdimension mit den niedrigsten Punkten erreichte dabei der Bereich *Gesundheitsförderung*. So gaben beispielsweise 52% der Befragten (1015 Personen) an, dass es schwierig sei, die Informationen auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen (ebd. S. 24). Weitere ca. 51% bewerten das Einholen von Informationen zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes als schwierig. Jedoch empfinden es nur ca. 21% als schwierig zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit ihrer Gesundheit zusammenhängen (ebd.).

Bei der Subdimension *Krankheitsbewältigung* gaben ca. 63% der Befragten an, nur schwer einschätzen zu können, ob Informationen über Krankheiten in den Medien

vertrauenswürdig seien (ebd. S. 22). Gleich darauf, mit ca. 57% folgte die bewertete Schwierigkeit, Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen (ebd.). Ca 45% der Befragten wiederum empfinden es als schwierig, die Packungsbeilage ihrer Medikamente zu verstehen. Nur ca. 8% hingegen finden es schwierig, den Anweisungen der ApothekerInnen zu folgen (ebd.).

Im Bereich der *Prävention* geben beispielsweise ca. 49% der befragten Personen an, es schwierig zu empfinden einzuschätzen, ob die in den Medien präsentierten Informationen über Gesundheitsrisiken vertrauenswürdig sind (ebd. S. 23). Weiteren 47% fällt es nicht einfach, aufgrund der in den Medien präsentierten Methoden der Krankheitsprävention zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können. 80% der Befragten hingegen fällt es einfach den Nutzen von Impfungen zu verstehen (ebd.).

Hinsichtlich der Determinanten der Health Literacy konnte Folgendes festgestellt werden: Mit dem Grad der Bildung steigt der Grad der Health Literacy (ebd. S. 38). Während die allgemeine Health Literacy bei Personen mit Neuem Mittelschulabschluss, Hauptschulabschluss, einem Unterstufenabschluss der allgemein bildenden höheren Schule oder einer sonderpädagogischen Schule bei einem Mittelwert von ca. 32 liegt, weisen Personen mit einem Kolleg-, Akademie- oder Bachelorabschluss bereits einen Mittelwert von ca. 36 auf (ebd.). Unterschiede zeigen sich auch beim Beschäftigungsstatus. Vollzeitbeschäftigung zieht eine allgemeine Health Literacy mit einem Mittelwert von 35 mit sich, während der Mittelwert bei Arbeitslosen bei lediglich ca. 32 liegt (ebd. S. 39). Hinsichtlich dem Einfluss sozioökonomischer Faktoren lassen sich unter anderen zusammenfassend folgende Risikogruppen für eine eingeschränkte Health Literacy nennen: Personen mit Haupt-, Unterstufen-, Mittel- oder sonderpädagogischem Schulabschluss, Personen die 66 Jahre oder älter sind oder Arbeitslose (ebd. S. 65-67).

Zusammenfassend kommen Pelikan et al. (ebd.) zu dem Schluss, dass die eingeschränkte Gesundheitskompetenz ein erhebliches Problem in Österreich darstellt, wobei der soziale Gradient eine große Rolle spielt (S. 68). Weiters konnte gezeigt werden, dass in Österreich ein direkter Zusammenhang von Gesundheit und Health Literacy zu verzeichnen ist (ebd.). In diesem Sinne müssen Systeme und Dienstleistungen in Richtung besserer Lesbarkeit, Übersichtlichkeit und Nutzerfreundlichkeit entwickelt werden (ebd. S. 69).

Wenn Health Literacy in einem direkten Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand steht und Schreib- und Lesekompetenzen sowie der Bildungsstand einer Person die Health Literacy beeinflussen so kann die Gruppe der funktionalen AnalphabetInnen als eine Risikogruppe für eingeschränkte Health Literacy gesehen werden. Vorwiegend geringer Bildungsstand der funktionalen AnalphabetInnen sowie das damit einhergehende Risiko der Arbeitslosigkeit werden als die Health Literacy und somit den Gesundheitszustand negativ beeinflussende Faktoren gesehen.

## **4.6 Zusammenfassung**

In Kapitel 4 wurde auf eine mögliche Risikogruppe zur Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheit eingegangen: funktionale AnalphabetInnen.

Aufgrund mangelnder Datenlage der in Österreich lebenden funktionalen AnalphabetInnen, wurde, aufgrund ähnlicher Bildungssysteme, auf Ergebnisse der deutschen leo.- Level- One Studie zurückgegriffen. Diese Ergebnisse zeigen, dass 47% der deutschen Bevölkerung vom funktionalen Analphabetismus, also dem unzureichendem Grad an Schriftsprachbeherrschung zur adäquaten Teilhabe an der Gesellschaft, betroffen sind. Die Entstehungsursachen reichen dabei von negativen Erfahrungen im Elternhaus, über negative Erfahrungen in der Schule, bis hin zu gesellschaftlichen Veränderungen. Vor allem gesellschaftliche Veränderungen nehmen in der Entstehung eine wichtige Rolle ein, da funktionaler Analphabetismus immer ein gesellschaftsrelativer Begriff ist. Je höher die Anforderungen an die Schriftsprachkompetenzen eines Individuum in einer bestimmten Gesellschaft sind, desto höher ist die Gefahr als funktionale/r AnalphabetIn zu gelten. Das Zusammenspiel gesellschaftlicher Veränderungen mit geringen schriftsprachlichen Kompetenzen zeigt sich auch bei dem sozioökonomischen Status der Personen. So sind ein Pflichtschulabschluss und eine darauffolgende Arbeitslosigkeit oder ein prekäres Arbeitsverhältnis keine Seltenheit. Die Beschreibung dieser Umstände birgt jedoch die Gefahr einer Homogenisierung der funktionalen AnalphabetInnen. Vielmehr besticht diese Personengruppe durch Heterogenität, die sich beispielsweise darin zeigt, dass nicht jede/r funktionale/r AnalphabetIn arbeitslos bleibt oder lediglich in der Niedriglohnbranche arbeitet. Individuell herangezogene Hilfestellungen, wie

z.B. das Hinzuziehen von ArbeitskollegInnen bei Schriftsprachanforderungen oder der Besuch von Lese- und Schreibkursen, führen dazu, dass funktionale AnalphabetInnen auch regelmäßige und anspruchsvolle Erwerbskarrieren aufweisen. Dennoch bleibt, vor allem im Rückblick auf Kapitel 3, das Risiko eines niedrigen sozioökonomischen Status und einer damit möglich verbundenen gesundheitlichen Ungleichheit bestehen.

Ein Konzept, mit welchem der möglichen Zusammenhang zwischen geringen Schriftsprachkompetenzen und einer mögliche gesundheitliche Benachteiligung der funktionalen AnalphabetInnen erfasst werden kann, ist das Konzept der Health Literacy. Health Literacy beschreibt dabei die Kompetenz, sich in der immer weiter entwickelten und komplexen Gesundheitswelt zurechtzufinden und eigenständige Entscheidungen zu treffen, um einen möglichst gesundheitsfördernden/positiven Effekt auf den Gesundheitszustand zu erzielen. Die individuellen Schriftsprachkompetenzen einer Person beeinflussen deren Health Literacy, die wiederum den Gesundheitszustand beeinflusst.

Um Personen mit erhöhtem Risiko für eine geringe Health Literacy in einem selbstverantwortlichen Umgang mit Problemen der Gesundheit und Krankheit zu stärken, ist eine Kenntnisvermittlung über gesunde und krankmachende Lebensweisen und Faktoren, sowie die Unterstützung bei der Entwicklung einer persönlichen Einstellung zu einem gesundheitsförderndem Lebensstil nötig, wobei vor allem das soziale Umfeld sowie die Lebensverhältnisse betrachtet werden müssen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 18). Dies kann mit dem Modell der Gesundheitsförderung erfolgen. Das Ziel der Gesundheitsförderung besteht in der Verbesserung der Gesundheit sowie in der Ermöglichung jedes/jeder Einzelnen Verantwortung für seine/ihre eigene Gesundheit zu übernehmen (s. Kapitel 5).

## **5 GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

Ein Konzept, das auf die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und auf eine Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit abzielt, ist das der Gesundheitsförderung. Folgend werden die Grundlagen der Gesundheitsförderung sowie deren Wirkungsprinzip vorgestellt. Ebenfalls folgt die Vorstellung des

Präventionsansatzes, da die Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention sich oft nicht voneinander trennen lassen.

## **5.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung**

Zu den Grundlagen der Gesundheitsförderung sei an erster Stelle die „Ottawa-Charta“ zu nennen, da sie als Schlüsseldokument der Gesundheitsförderung dient. Anschließend wird auf die gesundheitliche Chancengleichheit, den Empowerment- und den Setting- Ansatz eingegangen.

### **5.1.1 Ottawa Charta**

Konkretisiert und verabschiedet wurde das Konzept der Gesundheitsförderung 1986 von der WHO mit der „Ottawa Charta“, dem Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (FGÖ, 2005b, www). Die Ottawa Charta kann, laut Spicker und Sprengseis (2008), als Ergebnis einer langjährigen Entwicklung als auch als Basis für weitere Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsförderung gesehen werden (S.9). In ihr wurden Ziele, Prinzipien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung zusammengefasst. In der Ottawa Charta wurden konkret 5 Prinzipien genannt, die ein aktives, gesundheitsförderndes ermöglichen. Diese sind:

1. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: Wie bereits weiter oben erwähnt geht es dabei um die Strategie „Health in all policies“. Das bedeutet, dass eine gesundheitsfördernde Politik mit verschiedenen Ansätzen arbeitet, die sich im besten Fall noch ergänzen (WHO, 1986, www).
2. Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten: Gesundheitsförderung soll vor allem sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- Lebens- und Freizeitbedingungen für den Menschen schaffen (ebd.). Das Wissen darüber, dass das Umfeld, in dem der Mensch sich bewegt, prägend für die Entwicklung,- und Entfaltungsmöglichkeit seiner Gesundheit ist, muss Bestandteil gesundheitsfördernden Vorgehens sein.
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen:

Gesundheitsförderung meint weiters, BürgerInnen in ihren Gemeinden bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten zu unterstützen. Sie sollen bei der Selbstbestimmung und Kontrolle hinsichtlich ihrer Gesundheit gestärkt werden (ebd.). Zugang zu allen relevanten Informationen, die Schaffung gesundheitsorientierter Lernmöglichkeiten und eine ausreichende finanzielle Unterstützung der geplanten Vorgehensweisen, sind wichtige Voraussetzungen, damit diese Vorhaben in Realität umgesetzt werden können (ebd.).

4. Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen: Damit der Mensch Einfluss auf seine Gesundheit und seine Lebensmöglichkeiten ausüben kann, muss Gesundheitsförderung bei der Entwicklung der Persönlichkeit und den sozialen Fähigkeiten unterstützend wirken. Dies erfolgt durch Information, gesundheitsbezogene Bildung und durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten (ebd.).
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste: Ziel ist es, ein Versorgungssystem zu entwickeln, welches über die rein medizinisch-kurative Behandlung hinausgeht und vor allem der Förderung von Gesundheit einen großen Stellenwert einräumt (ebd.).

Zusammenfassend kann das Konzept der Gesundheitsförderung, basierend auf den Empfehlungen der Ottawa Charta, folgendermaßen definiert werden: Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der es den Menschen ermöglicht, mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen. Sie sollen Bedürfnisse im Hinblick auf ihre Gesundheit erkennen, äußern und dahingehende Handlungen setzen können. Zu diesem Zweck muss Gesundheitsförderung die BürgerInnen in der Entwicklung ihrer Kompetenzen stärken, ihnen notwendige Informationen zur Verfügung stellen und bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten in den Gemeinden unterstützend wirken. Dabei muss bedacht werden, dass der Mensch in einer engen Verbindung mit seiner Umwelt steht. Dies führt zu dem Schluss, dass Gesundheit in der Lebenswelt des Menschen entsteht und sich entfaltet, wodurch die Lebens,- Arbeits,- und Freizeitbedingungen des Menschen im Rahmen gesundheitsfördernder Aktivitäten mitbedacht und beeinflusst werden müssen. Ziel ist es, gesundheitliche Chancengleichheit unabhängig vom sozialen Status der Menschen, zu fördern indem Ungleichheiten im Gesundheitszustand verringert

werden.

### **5.1.2           Gesundheitliche Chancengleichheit**

Die Ottawa-Charta und das gesundheitspolitische Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ der WHO-Regionalbüros für Europa steuern eine gesundheitliche Chancengleichheit an. Damit sollen alle Menschen, unabhängig von ihren vertikalen und horizontalen Merkmalen, die Möglichkeit erhalten, ihre Gesundheit zu gestalten und zu erhalten (FGÖ, 2005a, www). Dies setzt jedoch voraus, dass Menschen Zugang zu Gesundheitsressourcen haben, wobei die Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle einnimmt. Gesundheitsförderungsorganisationen haben es sich zum Ziel gesetzt, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen und sozial bedingte Unterschiede in der Beanspruchung gesundheitsfördernder Aktivitäten und Maßnahmen aufzulösen (ebd.).

### **5.1.3           Der Setting-Ansatz**

Maßnahmen der Gesundheitsförderung beziehen sich nicht primär auf das Individuum und seine Verhaltensweisen, sondern vielmehr auf das soziale System, welches das Individuum umgibt, wobei dieses soziale System „Setting“ genannt wird (Steinbach, 2007, S. 116). Settings sind also jene Bereiche, in denen die Menschen die meiste Zeit verbringen. Bei berufstätigen Menschen kann es sich dabei beispielsweise um den Betrieb in dem sie arbeiten handeln. Bei Kindern und Jugendlichen können wiederum die Schule oder diverse Freizeitparks als Setting gelten. Da es sich dabei um Bereiche handelt, in denen sich die Gesundheit des Menschen entwickelt, sind es auch jene Bereiche, die die Gesundheitsförderung mit ihren Aktivitäten fokussieren muss und im Bedarfsfall mit ihren Handlungen verändern muss. Ziel ist, die Gesundheit zu verbessern, zu steigern, zu unterstützen und zu stärken und den Menschen zu befähigen, Kontrolle über seine Gesundheit zu erlangen (Ewless&Simnett, 2007, S. 37). Außerdem ist Gesundheitsförderung u.a. auf gesundheitliche Chancengleichheit fokussiert. Soziale Unterschiede, die in weitere Folge zu einem unterschiedlichen Gesundheitszustand führen, müssen

verringert werden. Im gleichen Zug müssen Möglichkeiten und Voraussetzungen geschaffen werden, damit alle Menschen ihr größtmögliches Gesundheitspotential entwickeln (WHO, 1986, www). Dazu gehört, dass Menschen sich in einer sozial unterstützenden Umwelt wiederfinden, dass sie Zugang zu den nötigen Informationen erhalten, dass sie praktische Fertigkeiten entfalten und zu guter Letzt befähigt sind, selbst Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu treffen (ebd.). In diesem Zusammenhang wird der Begriff „Empowerment“ genannt.

#### **5.1.4 Empowerment**

Darunter wird ein Prozess verstanden, indem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt werden, um Herausforderungen zu bewältigen und sich notwendige Ressourcen zu verschaffen, um die Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen (Dorner&Rieder, 2010, S. 180). In Relation zum Empowerment muss auch der Partizipations-Ansatz erwähnt werden, da er sich vor allem im Sinne des Empowerments positiv auf die Gesundheit auswirkt (ebd.). Partizipation im Rahmen der Gesundheitsförderung bedeutet, Menschen aktiv in die Planung und Durchführung der Maßnahmen in der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Dies hat den Effekt das Bewusstsein der Menschen zu stärken und gestaltenden Einfluss auf die Lebensbedingungen nehmen zu können (ebd.).

#### **5.1.5 Das Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung**

Nachdem dargelegt wurde, worum es sich bei der Gesundheitsförderung handelt, soll in einem nächsten Schritt geklärt werden, auf welchem Wirkungsprinzip die Gesundheitsförderung aufbaut, d.h. welche Basisannahmen gesundheitsfördernden Ideen und Handlungen zu Grunde liegen. Gesundheitsförderung orientiert sich an der Frage, warum Menschen trotz schädlicher Einflüsse gesund bleiben (Mathe, 2005, S. 156). Dies steht im Gegensatz zu den therapeutischen Ansätzen bei Erkrankungen sowie auch bei der Definition von Gesundheit, die im medizinischen Versorgungssystem naturwissenschaftlich geprägt sind und sich vor allem auf Ursache, Wirkung und Reaktion beziehen (ebd. S. 155). Gesundheit wird dabei nämlich als Abwesenheit von Krankheit definiert. Der Organismus befindet sich in

einer Art Gleichgewicht, wobei eine Störung dieses Gleichgewichtes zu dem Auftreten von Krankheiten führt (Steinbach, 2007, S. 122). Gesundheit und Krankheit werden in dichotomer, sich gegenüberstehender, Weise bewertet: entweder Mann/Frau ist gesund oder krank. Dies bezeichnet den Pathogenese-Ansatz, der sein Interesse auf das Entstehen und Erklären von Krankheiten wendet. Der Mensch wird dabei als passives Objekt gesehen, welches pathogener Einflüsse sowie professioneller, therapeutischer Gegenmaßnahmen unterliegt (Mathe, 2005, S. 155). Als Erklärungsmodell dafür, dient das so genannte biomedizinische Krankheitsmodell, welches sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts entwickelte. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass der menschliche Körper mit einer Maschine vergleichbar ist, wobei deren Funktionen und Funktionsstörungen verstehbar werden, wenn die physiologischen Prozesse genau analysiert werden (Bengel et al., 2001, S. 16-17). Es besteht die Annahme, dass für die Entstehung eines genetischen Defekts eine begrenzte Anzahl von Ursachen besteht. Ziel ist es nun, diesen Defekt zu erkennen und Möglichkeiten zu finden, diesen zu beheben (ebd. S.17). Schon bald wurde das biomedizinische Krankheitsmodell kritisiert, wobei sich der Höhepunkt der Kritiken in den 1970ern, vor allem hervorgerufen durch den Sozialmediziner George Engel, wiederfand. Kritisiert wurde, dass das vorherrschende Krankheitsmodell somatische und psychische und soziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen auslöst (ebd.). Das biomedizinische Krankheitsmodell wurde somit um diese Faktoren erweitert, wodurch das biopsychosoziale Modell entstand. Es muss jedoch festgehalten werden, dass sich auch die Formulierungen des biopsychosozialen Modells an einem Defizitmodell des Menschen orientieren (ebd.).

Die Gesundheitsförderung wendet sich von diesem defizitär orientierten Modell ab und richtet den Fokus auf die, bereits oben gestellte Frage, warum Menschen trotz schädlicher Einflüsse gesund bleiben. Dieser Paradigmenwechsel geht auf Anton Antonovsky, einen Medizinsoziologen, zurück, welcher eine positivere Denkweise anstrebte. Antonovsky entwickelte den Ansatz der Salutogenese, wobei die Frage bei der Entstehung von Gesundheit liegt. Das Konzept der Salutogenese beschreibt Kräfte, die dem Menschen helfen mit Problemen und Belastungen fertig zu werden und ihm in weiterer Folge helfen, Gesundheit zu entwickeln (Steinbach, 2007, S. 118). Antonovsky geht in seiner Theorie von 2 Grundannahmen aus: Die erste

besagt, dass Gesundheit etwas Labiles ist, das ständig erhalten werden muss. Damit widerspricht er dem Pathogene-Ansatz, indem er einen Gleichgewichtszustand des Organismus anzweifelt (ebd. S. 122). In seiner zweiten Grundannahme meint Antonovsky, dass Krankheit und Gesundheit keine dichotomen Zustände sind, da sich Gesundheit und Krankheit nicht voneinander abgrenzen lassen (ebd.). Vielmehr wird bei dem salutogenen Ansatz davon ausgegangen, dass sich der Mensch auf einem Kontinuum mit den zwei Polen Gesundheit und Krankheit bewegt. Dabei geht es nicht darum, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit die Person von den beiden Polen jeweils entfernt ist (Dorner&Rieder, 2010, S. 179).

## **5.2 Gesundheitsförderung und Prävention**

Folgend wird auch der Präventionsansatz erklärt. Dies hat den Grund, dass Gesundheitsförderung und Prävention sich in der Praxis oftmals nicht klar voneinander trennen lassen, was sich auch in deren zum Teil ähnlichen Methoden zeigt.

### **5.2.1 Präventionsansatz**

Das zugrunde liegende Erklärungsmodell der Prävention ist das Risikofaktorenmodell, welches in den fünfziger Jahren bei der Erforschung der koronaren Herzerkrankung auf Basis epidemiologischer Studienergebnisse entwickelt wurde. Dabei zeigten sich Zusammenhänge zwischen bestimmten Risikofaktoren, wie z.B. Rauchen, Bluthochdruck und hohe Blutfettwerte, und dem Entstehen koronarer Herzerkrankungen (Bengel et al., 2001, S. 18). Risikofaktoren werden in diesem Modell als der Beginn einer Krankheit aufgefasst, wodurch Maßnahmen der Prävention vor allem auf die Vermeidung von Risikofaktoren und auf individuelle Verhaltensweisen abzielen (ebd.).

Die Prävention wird in drei unterschiedliche Zeitpunkte unterteilt: die primäre Prävention, die sekundäre Prävention und die tertiäre Prävention.

- 1) Die Primärprävention setzt an, bevor eine Krankheit auftritt und möchte das Auftreten der Krankheit verhindern. Maßnahmen der Primärprävention

umfassen beispielsweise die Durchführung von Schutzimpfungen (Steinbach, 2007, S. 44).

- 2) Die Sekundärprävention hingegen, hat das Ziel der Früherkennung von Krankheiten sowie das Verhindern der Progredienz dieser Krankheiten. Zu diesem Zweck werden so genannte Screening-Programme eingesetzt, die Krankheiten bereits vor Eintritt von Symptomen erkennen sollen, wozu beispielsweise die Gesundenuntersuchung zählt (ebd.).
- 3) Maßnahmen der Tertiärprävention kommen wiederum dann zum Einsatz, wenn eine Krankheit bereits ausgebrochen ist. Das Ziel besteht darin, eine Verschlechterung der Krankheit zu verhindern bzw. zu vermindern. Als Beispiel kann die Diätberatung von DiabetikerInnen genannt werden, um Folgeschäden des Diabetes zu vermeiden (ebd. S. 45).

Zusammenfassend lässt sich Prävention als ein Ansatz beschreiben, der auf die Beeinflussung von Risikofaktoren abzielt, die die Wahrscheinlichkeit zum Ausbruch einer bestimmten Krankheit erhöhen. Die Prävention setzt mit ihren Maßnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an, je nachdem ob es darum geht, das Auftreten einer Krankheit zu verhindern, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und deren Fortschritt zu verhindern oder aber um die Verschlechterung bestehender Krankheiten zu vermeiden. Die Gesundheitsförderung wiederum basiert, wie im vorigen Unterkapitel bereits beschrieben, auf dem Salutogenese-Ansatz und konzentriert sich somit auf jene Faktoren, die den Menschen, trotz schädlicher Einflüsse, gesund halten. Deren Blick richtet sich nicht direkt auf krankmachende Aspekte (Risikofaktoren), sondern verfolgt einen positiven Ansatz, mit dem Blick auf gesundheitsstärkende Ressourcen (Schutzfaktoren). Hurrelmann, Klotz und Haisch (2010) bringen die Unterscheidung zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderungen auf den Punkt, wenn sie Krankheitsprävention als Eingriffshandlung zur Vermeidung von Auftreten oder Ausbrechen einer Krankheit und Gesundheitsförderung als Strategie zur Stärkung der individuellen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung beschreiben (S. 14).

## **5.2.2 Zum Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Prävention**

Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sich vor allem, bedingt aufgrund medizingeschichtlichen Wandels, hinsichtlich ihrer theoretischen Ansätze. So baut Gesundheitsförderung auf dem Salutogenese-Ansatz und Prävention auf dem Pathogenese-Ansatz auf. Dabei geht es auf der einen Seite um die Stärkung von Gesundheitsressourcen und auf der anderen Seite um die Bekämpfung von Risiken. Aufgrund dieser Unterscheidung werden beide Ansätze als zwei unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Strategien bezeichnet. Trotz der Trennung in zwei grundlegend verschiedene gesundheitswissenschaftliche Strategien, verfolgen sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention dasselbe Ziel, nämlich einen individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn zu erhalten (ebd.). Sie unterscheiden sich lediglich in ihren Interventionsformen und ihren zugrunde liegenden Wirkungsprinzipien. Dies führt dazu, dass in der Praxis zwischen Gesundheitsförderung und Prävention oft keine scharfe Trennlinie gezogen wird. Denn eine Reduktion von Gesundheitsrisiken kann auch durch Steigerung der Gesundheitspotenziale erfolgen (Spicker&Schopf, 2007, S. 33). Eine Trennung der beiden Ansätze erscheint in der Praxis somit nicht sinnvoll, da sie in einem sich gegenseitig ergänzenden Verhältnis zueinander stehen und für beide Ansätze empirische Evidenz zur Effektivität und Effizienz vorliegt (Hurrelmann et al., 2010, S. 17). Als Beispiel sei an dieser Stelle die Suchtprävention in der Schule genannt, da sie sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Elemente umfasst. So müssen Kinder lernen, Widerstand gegen Gruppenzwang zu leisten und ihr Wissen über Suchtverhalten erhöhen (Präventionsansatz) und eine gleichzeitige Stärkung der Lebenskompetenzen erfahren (Gesundheitsförderungsansatz) (Altgeld&Kolip, 2010, S. 46). Hafén (2004) geht sogar einen Schritt weiter wenn er meint, dass Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich ihrer Funktion und den eingesetzten Methoden nichts unterscheidet (S. 9). Denn auch die Gesundheitsförderung ist darum bemüht, Defizite zu beseitigen. Nämlich jene Defizite, die als Gefährdung für die Schutzfaktoren oder Ressourcen gesehen werden. So erklärt sich auch, warum eine Trennung beider Ansätze in der Praxis oftmals schwerfällt und die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ teilweise synonym verwendet werden.

Dass Gesundheitsförderung und Prävention eher als kooperierende als entgegengesetzte Strategien betrachtet werden müssen, zeigt auch der Blick auf das Bundesgesetz zur Gesundheitsförderung.

Darin werden folgende Zielsetzungen genannt:

1. Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens
2. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren

(Österreichische Bundesregierung, 1998, § 1).

Ziel 1 stellt dabei einen direkten Bezug zur Gesundheitsförderung her, wenn von Förderung und Erhaltung die Rede ist. Ziel 2 wiederum konzentriert sich auf vermeidbare Krankheiten. Der in Ziel 2 gestellte Fokus auf die seelischen, geistigen und sozial beeinflussenden Faktoren stellt zudem einen Konnex zum bio-psycho-sozialen Modell her (s. Kapitel 5.1.5).

Auch in der Arbeitsweise des FGÖ, dem für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsgesetzes die Verantwortung obliegt, zeigt sich die Fokussierung auf Gesundheitsförderung und Prävention. Dies wird in der Formulierung der Aufgabenfelder des FGÖ ersichtlich, wo es u.a. heißt: „Forcierung der Vernetzung der in der Gesundheitsförderung und umfassenden Primärprävention Tätigen [...]“ (FGÖ, 2010, S.6) oder „Information, Aufklärung und begleitende öffentlichkeitswirksame Aktivitäten, um das Bewusstsein der in Österreich lebenden Bevölkerung für Gesundheitsförderung, umfassende Primärprävention [...] zu erhöhen“ (ebd.). Auch hier wird deutlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention als zwei sich ergänzende Strategien zu verstehen sind.

Die Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten müssen ineinander greifen um das gemeinsame Ziel, nämlich individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn, zu erreichen. Dieses Ineinandergreifen der beiden Strategien wird auch bei Betrachtung der Methoden deutlich.

## **5.3 Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention**

Einer Beschreibung der in der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzten Methoden muss die Klärung des Begriffes „Gesundheitskommunikation“ voraus gehen.

### **5.3.1 Gesundheitskommunikation**

Laut Schnabel (2009) umfasst Gesundheitskommunikation

„die Botschaft der Gesundheit auf allen vermittlungsrelevanten Ebenen (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften), durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichteten Lebensführung befähigt, was bei Bedarf auch die Fähigkeit mit einschliessen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen Widerstand durchzusetzen (S. 39).“

Gesundheitskommunikation wird also als ein Ansatz verstanden, gesundheitsrelevantes Wissen durch verschiedene Methoden, unter Verwendung unterschiedlicher Medien an Individuen oder die Gesamtgesellschaft zu übermitteln (ebd.). Ziel ist eine Einstellungs- und Verhaltensänderung um Krankheitsrisiken so gering wie möglich zu halten und um eine Stärkung von Gesundheitsressourcen zu erreichen (ebd.).

Die Kommunikation über gesundheitsbezogene Themen erfolgt in unserer Gesellschaft über die verschiedensten Vermittlungskanäle, wobei die klassische Gesundheitskommunikation durch das Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch charakterisiert ist (Loss&Nagel, 2009, S. 502). Das Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch entspricht der direkt-persönlichen Gesundheitskommunikation (Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 37). Daneben besteht die Möglichkeit der so genannten Peer-Kommunikation, die

zwischen Freunden und Familienangehörigen geführt wird (ebd.). Außerdem nehmen vor allem im Bereich der präventiven Kampagnen, die Massenmedien eine große Rolle ein (Loss&Nagel, 2009, S. 504).

Zu den Massenmedien zählen dabei vor allem Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften, Bücher) und elektronische Medien (Fernsehen, Radio) (ebd.). Aber auch Spots, Plakate und Informationsbroschüren fallen in diesen Bereich (ebd.). Der Vorteil der Massenmedien liegt darin, dass breite Bevölkerungsgruppen mit gesundheitsbezogenen Informationen erreicht werden können (Hurrelmann&Leppin, 2001, S. 14). Gesundheitskampagnen und ihre gewählte Art der Massenmedien wollen bei bestimmten Zielgruppen ein Bewusstsein für eine gesundheitsbezogene Problematik erreichen, mit dem Ziel einer positiven, gesellschaftlich erwünschten Änderung des Wissens, der Einstellung und des Verhaltens (Loss&Nagel, 2009, S. 504). Meist handelt es sich dabei um primärpräventive Kampagnen. Im Folgenden werden die Massenkommunikationsmedien näher beschrieben.

Ein oft verwendetes Medium stellen Zeitungen und Zeitschriften dar, die den Printmedien zugeordnet werden. Dazu zählen beispielsweise Tageszeitungen, Publikumszeitschriften, KundenInnen, MitarbeiterInnen und Mitgliederzeitschriften und Fachzeitschriften und selbstverständlich Bücher (Fromm et al., S. 39). Der Vorteil der Printmedien liegt darin, dass mehr und komplexere Informationen transportiert werden können, was jedoch gleichzeitig eine höhere Informationsverarbeitung und Auseinandersetzung mit den Inhalten erfordert (ebd.). Gleichzeitig gewähren Printmedien die Möglichkeit, die Informationen zu späteren Zeitpunkten nochmals lesen zu können (ebd.).

Der Vorteil des Mediums Fernsehen liegt in dem Einsatz verschiedener Präsentationsmodi, wie z.B. Bild, Ton, Animation und ähnliches, wodurch Zielgruppen erreicht werden können, die auf anderen Kommunikationswegen nur schwer erreichbar wären (ebd. S. 40). Fernsehen ermöglicht zudem eine breite Öffentlichkeit zu erreichen und gesundheitsbezogene Inhalte auf sehr unterschiedliche Weise zu präsentieren (ebd. S. 40).

Spezifische Hörfunkangebote im Radio beschäftigen sich ebenfalls mit gesundheitsbezogenen Themen (ebd. S. 42). Prinzipiell wird dem Radio als Medium der Gesundheitskommunikation jedoch wenig Bedeutung zugeschrieben, basierend

auf der Annahme, dass Radiohören meist nebenbei genützt wird und sich für den Transport komplexer Informationen wenig eignet (ebd.).

Das Internet ermöglicht seinen NutzerInnen Unmengen an Gesundheitsinformationen abzurufen, wobei von über 70.000 Internetseiten ausgegangen wird, die Informationen zur Gesundheit bereitstellen (Ewles&Simnett, 2007, S. 223). Als Vorteil des Internets wird die Möglichkeit gesehen, gesundheitsrelevante Informationen jederzeit und allerorts abrufen zu können sowie verschiedene Präsentationsmodi für die Darstellung von Gesundheitsthemen wählen zu können (Fromm et al., S. 43). Durch die Nutzung des Internets ergeben sich dabei sowohl Chancen als auch Risiken. Positiv kann somit die Möglichkeit bewertet werden, dass der Patient zu einem informierten Patienten in der Kommunikation mit dem Arzt wird (ebd.). Ein weiteres Potential des Internets liegt in der Herausbildung virtueller Gemeinschaften (Scheiber&Gründel, 2000, S. 164). Vor allem Email, Newsgroups oder Chatrooms bieten Nutzern die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen (ebd.). Das Internet birgt jedoch auch Gefahren in sich: So existieren beispielsweise Subkulturen, in denen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen propagiert werden, wie z.B. Foren zur Förderung der Bulimie (Fromm et al., 2011, S. 44). Ein weiterer Nachteil des Mediums Internet besteht in den technischen Voraussetzungen und der Medienkompetenz die der Nutzer mitbringen muss, wenn er Gesundheitsinformationen erhalten möchte (ebd.). Außerdem finden sich unter den Nutzern meist jene Personen, die für Gesundheitsthemen sensibilisiert sind, da ein zufälliger Kontakt mit dem Internet unwahrscheinlich erscheint.

Bei den Informations- und Aufklärungsmaterialien spielen vor allem Broschüren eine wichtige Rolle. Diese richten sich entweder an Zielgruppen, die mit einer spezifischen Krankheit konfrontiert sind oder thematisieren gesundheitsfördernde Lebensweisen (ebd. S. 47). Da es sich bei den Zielgruppen meist um sehr heterogene Personengruppen mit unterschiedlichem Bildungsstand handeln, müssen die Angebote allgemein verständlich sein (ebd.). Auch Plakate, Spots und Anzeigen sind geeignet, um die Bevölkerung für ein Thema zu sensibilisieren und Gesundheitsbotschaften zu vermitteln, wobei sich vor allem Plakate auf eine Kernaussage konzentrieren sollten, da sie im Vorbeigehen wahrgenommen werden (ebd.).

In einer Untersuchung von Horch und Wirtz (2005) konnte nachgewiesen werden, welche Art des Mediums zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen in welcher sozialen Schicht am meisten verwendet wird (S. 1253). Sowohl die Unterschicht als auch die Mittel- und Oberschicht erhalten Gesundheitsinformationen am öftesten durch das Fernsehen und das Radio. Während es bei der Unterschicht 47% sind, sind es bei der Oberschicht bereits nur noch 33,6% die das Fernsehen als Informationsquelle nutzen (ebd.). Das Internet wird von 9% der Personen aus der Unterschicht, von 9,9% der Mittelschicht und von 13,6% der Oberschicht genutzt (ebd.). Eindeutige Unterschiede zeigen sich auch bei der Benützung von Büchern: 9,9% der Unterschicht, 12,8% der Mittelschicht sowie 16,6% der Oberschicht verwenden das Medium Buch, um Gesundheitsinformationen zu erhalten (ebd.). Zeitungen werden hingegen in allen Schichten in gleichem Maße verwendet, um sich zu informieren, nämlich mit 17,7% in der Unterschicht, 16,9% in der Mittelschicht sowie 18,4% in der Oberschicht. Die Ergebnisse zeigen, dass Fernsehen und Radio die meist genutzte Informationsquelle für Gesundheitsinformationen darstellt. Dies mag mit der Annahme von Fromm et al. (2011), nämlich dass das Fernsehen ermöglicht viele Menschen der Bevölkerung zu erreichen (S. 40), übereinstimmen. Ihre Annahme hingegen, dass das Radio bloß als ein Gelegenheitsmedium genutzt wird (ebd. S. 42), kann aufgrund dieser Ergebnisse nicht bestätigt werden.

Gesundheitsinformationen, die im Rahmen der Massenkommunikation verbreitet werden, stellen laut Loss und Nagel (2009) die Basis dafür dar, wie Menschen sich in gesundheitlichen Belangen verhalten, da ihnen dadurch ein Bild über Krankheiten, deren Risiken und therapeutische Möglichkeiten vermittelt wird (S. 504). Deshalb ist es wichtig, dass die vermittelten Informationen frei von Fehlern und Diskriminierung sind (ebd.). Zudem sollte darauf geachtet werden, über welche Informationskanäle die Gesundheitsinformationen übermittelt werden. Sollen die Gesundheitsinformationen beispielsweise sozial Benachteiligte Menschen erreichen, so ist davon abzuraten, die Informationen ausschließlich im Internet anzubieten, da Internetanschluss für diese Personen keine Selbstverständlichkeit ist (ebd. S. 508). Um einem partizipativen Ansatz gerecht zu werden wird zudem empfohlen, BürgerInnen bei der Gestaltung der inhaltlichen Themendefinition und der Bewertung der Gesundheitsinformationen, zum Beispiel bei Broschüren, einzubeziehen (ebd. S. 506). Dies ermöglicht, dass die Gesundheitskommunikation den Bedürfnissen und

Prioritäten der Bevölkerung entspricht und zielgruppenadäquat ist (ebd.). Prinzipiell gilt jedoch, dass die Gesundheitsinformationen so verständlich wie möglich formuliert sein sollten (ebd. S. 507). Wissenschaftliches Fachjargon, wie zum Beispiel „Ballaststoffe“, „Omega-3- Fettsäuren“, „Caritinoide“, sowie schwer verständlicher Humor sollten vermieden werden, um vor allem auch bildungsferne Menschen erreichen zu können (ebd.).

Wie die beschriebenen Medien in den einzelnen Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis zum Einsatz kommen, wird durch Darstellung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen gezeigt.

### *5.3.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis am Beispiel der Gesundheitsaufklärung*

Zum Methodeneinsatz in der Prävention und der Gesundheitsförderung liegen unterschiedliche Meinungen vor. So wird einerseits darauf hingewiesen, dass sich die Methoden nicht strikt dem einen oder dem anderen Ansatz zuordnen lassen, sondern dass diese überschneidend eingesetzt werden (Waller, 2002, S. 208). So nennt Waller (ebd.) beispielsweise 5 übergreifende Methodenbereiche, die sowohl in der Prävention aber auch oft in der Gesundheitsförderung eingesetzt werden, nämlich die Gesundheitsaufklärung und –beratung, die Gesundheitserziehung und –bildung, die Gesundheitsselbsthilfe und Präventivmedizin (S. 208-232).

Im Folgenden wird lediglich auf die Gesundheitsaufklärung Bezug genommen, da sie jene Methode ist, die sich durch den Einsatz von Massenmedien charakterisiert.

Laut Waller (2002) handelt es sich bei der Gesundheitsaufklärung um eine Methode der Informationsvermittlung (S. 208). Sie kommt sowohl in der Prävention als auch in der Gesundheitsförderung zum Einsatz. Hurrelmann (2006) wiederum ordnet diese Methode eindeutig der Prävention zu da sie auf eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens abzielen (S. 197).

Das Ziel der Gesundheitsaufklärung liegt in der bevölkerungsweiten Vermittlung von Gesundheitswissen und Krankheitswissen, um adäquate Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit und bei Auftreten von Krankheiten treffen zu können (Hurrelmann, 2006, S. 232). Der Aufbau dieser Kompetenz soll zu einer Reduktion der Morbidität und zu einer Erhöhung der Lebenserwartung und Lebensqualität

führen, wobei er diese Kompetenz als „Health Literacy“ bzw. Gesundheitskompetenz bezeichnet (ebd.). Um dies zu erreichen, müssen die Strategien der Gesundheitsaufklärung auf eine Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und die Fähigkeit, diese zu nutzen, ausgerichtet sein. Die Gesundheitsaufklärung bedient sich dabei vor allem dem Einsatz von Gesundheitskampagnen (ebd. S. 202). Dazu wird massenmedialer Einsatz, also Vermittlung relevanten Wissens über Fernsehen, Hörfunk oder Printmedien gewählt, wobei der Vorteil der Massenkommunikation in der Erreichbarkeit einer großen Menge von Menschen besteht (Rossmann, 2010, S. 16). Aber auch Aufklärungs- und Informationsbroschüren werden bei massenmedialer Gesundheitskommunikation eingesetzt (Loss&Nagel, 2009, S. 504).

Als Beispiele für Gesundheitskampagnen in Österreich lassen sich folgende nennen: „Schau auf dich!“, „Mehr Spaß mit Maß“ oder „Mein Herz und ich, Gemeinsam gesund“ (FGÖ, 2005c, www). Die Kampagne „Schau auf dich!“ beispielsweise, war eine vom FGÖ und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bundesweit angelegte Kampagne, die zeigen sollte, dass psychische Gesundheit auch das körperliche Wohlbefinden beeinflussen kann. Mittels Einsatz von Plakatwerbung, Inseraten in Tageszeitungen und Magazinen sowie Spots in populären österreichischen Radiosendern, wurden der Bevölkerung Tipps vermittelt, wie jede Person im Alltag auf das seelische Gleichgewicht achten kann (ebd.). Neben Wissensvermittlung zu Maßnahmen der Förderung der seelischen Gesundheit, ging es dem FGÖ vor allem um eine Entstigmatisierung seelischer Beeinträchtigungen, die in der Gesellschaft als „Tabu-Thema“ angesehen werden.

Eines der Bilder, das im Rahmen der Kampagne auf Plakaten, Inseraten und Tageszeitungen abgebildet wurde, war:



**Abbildung 3: Ein Sujet der Kampagne "Schau auf dich!" (FGÖ, 2005d, www)**

Die Aussage, die dieses Plakat (s. Abbildung 3) vermitteln soll, ist folgende: Zur Förderung und Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit sollten unerledigte Dinge auch gerne einmal beiseite gelegt werden und die freie Zeit genutzt werden, um etwas für die eigene Gesundheit zu tun. In diesem Fall geht es um eine Mutter, die anstatt das dreckige Geschwirr zu waschen, den Sport mit ihrer Freundin/Schwester/Bekanntem/Verwandten vorzieht.

Bei einem der Radiospots hieß es dazu folgendermaßen: „Ich sitz’ da und diese Wand schaut mich an. Der Kasten schaut mich an. Ich hab’ die Wohnung aufgeräumt, die Hunde gefüttert, die Schuhe geputzt und jetzt?! Jetzt sitz’ ich da und schau’ auf diese Wand. Was mach ich jetzt?.... Jetzt [lacht]... jetzt frag’ ich die Herta, ob sie mit mir spazieren geht. [Musik] Schau auf dich... Es ist nie zu spät, den ersten Schritt zu tun. Eine Aktion des Fonds Gesundes Österreich und des Gesundheitsministerium“ (FGÖ, 2005e, www). Der Radiospot will vermitteln, dass neben Ordnung und alltäglich zu erledigenden Aufgaben auch das getan werden sollte, was Spaß macht.

Auch werden vom FGÖ Informationsbroschüren zu den unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Themen veröffentlicht, wie z.B. die Ernährungsbroschüre.

## **5.4 Gesundheitsförderung/Prävention und funktionale AnalphabetInnen**

Dass funktionale AnalphabetInnen zur Zielgruppe gesundheitsfördernder Maßnahmen werden müssen, wurde bereits in Kapitel 4 angedeutet. Ein meist niedriger Bildungsstatus, gekoppelt mit unsicheren oder prekären Arbeitsverhältnissen sowie eine niedrige Health Literacy führen dazu, dass funktionale AnalphabetInnen, im Sinne einer sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit, einem erhöhten Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand ausgesetzt sind. Damit die Gesundheitsförderung das Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit auch wirklich erreicht, ist es wichtig jene Personen zu erreichen, die ein erhöhtes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen.

### **5.4.1 Gefahr der Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit**

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Gesundheitsförderung und Prävention Personen aus der unteren sozialen Schicht nur schwer erreicht (Mielck, 2000, S. 385). So zeigt sich beispielsweise beim Thema Ernährung, dass Ernährungsrichtlinien oftmals zu kompliziert formuliert und in zu großen Mengen auftreten (ebd. S. 385-386). Es ist daher zu vermuten, dass diese vielseitigen und komplizierten Informationen dazu führen, Personen aus der unteren sozialen Schicht zu verunsichern und sie daher von der Umsetzung der Empfehlungen eher fern zu halten (ebd. S. 386). Aufklärungsmaßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden meist von status-höheren Personen verstanden, wodurch die paradoxe Gefahr einer Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit besteht (ebd.).

Auch Loss und Nagel (2009) weisen darauf hin, dass die Inhalte der Gesundheitsinformationen meist zu komplex sind, um beispielsweise bildungsbenachteiligte Personen zu erreichen (S. 507). Auch die in vielen Kampagnen eingesetzten Wortspiele oder schwer verständlicher Humor haben zur Folge, bildungsferne Personen weniger zu erreichen (ebd.).

Vor allem Menschen mit geringer Basisbildung fällt es schwer, Informationen zur Gesundheit oder Informationen der Gesundheitsförderung zu verstehen (Rath,

2010a, S. 93). Auch hier wird davon ausgegangen, dass Gesundheitsaufklärung auf einem schriftlichen Niveau erfolgt, welches Personen mit Lese- und Schreibschwäche nur schwer verstehen (ebd.). Menschen der unteren sozialen Schicht benötigen somit andere Botschaften, andere Medien und ein anderes Angebot (ebd. S. 94).

Plimpton und Root (1994) haben sich ebenfalls mit dieser Problematik beschäftigt und haben und nennen u.a. folgende Merkmale von Gesundheitsinformationen, die das Verständnis bei Menschen mit geringen Schriftsprachkompetenzen erschweren: zu viele Informationen, keine klare Kernaussage, zu lange Wörter und zu komplexe Sätze, Fachjargon, Grafiken die keinen Zusammenhang zum Text herstellen, fehlende (Sub)Unterschriften und zu kleine Schrift (S. 86).

## **5.5 Zusammenfassung**

In Kapitel 5 wurde jenes Konzept vorgestellt, das auf eine gesundheitliche Chancenungleichheit abzielt: das Konzept „Gesundheitsförderung“. Gesundheitsförderung wird also als eine Strategie zur Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit gesehen, die in weiter Folge zu einer größeren Benachteiligung einzelner Personengruppen führt. Um gesundheitliche Chancengleichheit zu erhalten, sollen die Ressourcen von Menschen gestärkt werden, damit sie zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit gelangen. Dazu werden Empowerment- und Partizipationsansätze gewählt, die es den Menschen ermöglichen sollen, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und eigenständige Schritte zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu setzen. Gesundheitsförderung setzt dabei an den Lebenswelten der Menschen an, da es die Räume sind, in der sie die meiste Zeit verbringen und die somit einen großen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Ein weiteres Interventionsziel besteht in der Strategie „Health in all Policies“ was bedeutet, dass Gesundheitsthemen nicht nur in der Gesundheitspolitik, sondern in allen Politikbereichen thematisiert werden. In Rückblick auf das Kapitel „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (s. Kapitel 3) scheint dies vor allem in der Arbeits-, Bildungs-, und Sozialpolitik wichtig zu sein.

Neben der Gesundheitsförderung existiert das Konzept der Prävention. Der Fokus der Prävention liegt nicht auf den Ressourcen sondern auf den Risikofaktoren, die zu

einem schlechten Gesundheitszustand führen. Die Prävention wird in unterschiedliche Zeitpunkte gegliedert, je nachdem wo sie ansetzt.

Obwohl Gesundheitsförderung und Prävention als zwei grundlegend unterschiedliche Strategien bezeichnet werden, verfolgen sie dennoch das selbe Ziel, nämlich einen Gesundheitsgewinn. Daraus folgt, dass sich beide ähnlicher Methoden bedienen, um dieses Ziel zu erreichen. In diesem Kontext nimmt auch die Gesundheitskommunikation einen wichtigen Stellenwert ein. Es handelt sich dabei um einen Bereich, der sich mit den Strategien und Methoden zur Erreichung von Zielgruppen im Gesundheitsbereich auseinandersetzt.

In der Gesundheitsförderung und Prävention ist es vor allem die Gesundheitsaufklärung, die eingesetzt wird. Sie bedient sich Massenmedien und Aufklärungskampagnen, um die Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Informationen zu versorgen. Die Literatur bietet jedoch Hinweise, dass bestehende Informationen der Gesundheitsförderung und Prävention Menschen mit Schriftsprachproblemen nur in geringem Maße bis gar nicht erreichen. Dies wiederum birgt die Gefahr in sich, dass es zu einer Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit kommt, da ausschließlich Personen aus höheren Schicht von Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention, wie z.B. der Gesundheitsaufklärung, profitieren.

## **6 MEDIENEINSATZ BEI FUNKTIONALEN ANALPHABETINNEN**

Um der Frage nachzugehen, welche Medien funktionale AnalphabetInnen benötigen und wie die Informationen innerhalb dieser Medien aufbereitet sein sollen, wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt.

### **6.1 Qualitative Untersuchung**

Im Fokus empirischer Sozialforschung steht das Ziel soziale Erscheinung oder soziale Tatbestände (z.B. beobachtbares menschliches Verhalten, von Menschen geschaffene Gegenstände) systematisch zu erfassen und zu deuten (Atteslander,

2006, S. 4-5). Systematisch bedeutet, dass der Forschungsverlauf nach bestimmten Voraussetzungen geplant wird und in jeder einzelnen Phase nachvollziehbar ist (ebd. S. 3). In der Anwendung des Forschungsprozesses kommen entweder quantitative oder qualitative Methoden (oder beide) zum Einsatz. Während mit quantitativen Methoden fast ausschließlich numerische Daten erhoben werden, basieren qualitative Untersuchungen meist auf verbalen Daten, die durch Interviews erhoben werden (Cropley, 2002, S. 50). Quantitative Studien fokussieren meist die Frage „wie viel?“ während qualitative Untersuchungen sich für die Fragen „Warum?“ und „Wie?“ interessieren (ebd. S. 49). Um den bestehenden Wissensstand zu erweitern geht es bei qualitativen Methoden darum, die direkte Erfahrung von Menschen in ihrer tagtäglichen Umgebung zu erfahren (ebd.). Damit ForscherInnen sich in die Welt der zu untersuchenden Personen einfühlen können ist es wichtig, dass der/die ForscherIn und die interessierende Person zu zwei PartnerInnen werden. Diese Person bleibt also, im Gegensatz zum quantitativen Ansatz, nicht länger ein zu betrachtendes „Objekt“ (ebd.). Die Erfahrungen der zu untersuchenden Personen werden am besten erfasst, indem diese ihre Erfahrungen selbst beschreiben. Der/die ForscherIn wertet diese Beschreibungen anschließend aus um die spezifische Situation zu verstehen, zu interpretieren und um Schlussfolgerungen für die Theorie ableiten zu können (ebd.).

In vorliegender Arbeit wurde der qualitative Ansatz als Forschungsansatz gewählt, da er zur Beantwortung der Forschungsfragen geeignet erscheint. Es geht darum herauszufinden, welche Medien nach Meinung von BasisbildungstrainerInnen geeignet erscheinen, um funktionale AnalphabetInnen mit Informationen zu erreichen. Neben der Identifizierung geeigneter Medienarten geht es auch darum festzustellen, wie Informationen in diesen Medien strukturell aufbereitet sein sollen, um für funktionale AnalphabetInnen so verständlich wie möglich zu sein. Dafür erscheint die Erfahrung von BasisbildungstrainerInnen, die tagtäglich mit funktionalen AnalphabetInnen zusammenarbeiten, als hilfreich zur Beantwortung.

### **6.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung**

Damit die Qualität von Forschungsergebnissen gemessen werden kann, werden Maßstäbe dafür benötigt: so genannte „Gütekriterien“ (Mayring, 2002, S. 140).

Als Gütekriterien qualitativer Forschung lassen sich nach Mayring (2002) folgende nennen:

- Verfahrensdokumentation
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

(S. 144-148).

Verfahrensdokumentation meint, dass das Verfahren genau dokumentiert werden muss, damit es nachvollziehbar und somit wissenschaftlich wertvoll ist (ebd. S. 144). Dies betrifft „die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentes, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (ebd. S. 145). In vorliegender Arbeit wird die Verfahrensdokumentation der gesamten qualitativen Untersuchung in dem Kapitel zur Beschreibung der Methode (s. Kapitel 6) vorgenommen.

In qualitativen Forschungsansätzen spielt Interpretation eine große Rolle. Wichtig ist, dass die Interpretation argumentativ bekräftigt wird und in sich schlüssig ist (ebd.). In dieser Arbeit werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung zuerst deskriptiv beschrieben und dann analysiert und interpretiert. Die Analyse und Interpretation der Untersuchungsergebnisse wird mit Argumenten bekräftigt.

Qualitative Forschung darf nicht unsystematisch erfolgen (ebd.). Das bedeutet, dass bestimmte Verfahrensregeln eingehalten werden müssen, um das Material der Untersuchung systematisch bearbeiten zu können (ebd.). In vorliegender Arbeit wird das Material systematisch bearbeitet, indem es mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wird (s. Kapitel 6.1.4).

Ein Merkmal qualitativer Forschung ist die Nähe zum Gegenstand. Das bedeutet, dass man versucht, in die natürliche Lebenswelt der Beforschten zu gehen anstatt diese ins „Labor“ zu holen (ebd. S. 146). In der qualitativen Untersuchung der vorliegenden

Arbeit wurden die InterviewpartnerInnen bei ihren Arbeitsplätzen besucht, an denen sie tagtäglich mit der Zielgruppe arbeiten.

Kommunikative Validierung meint die Ergebnisse der Untersuchung den Beforschten nochmals vorzulegen und mit ihnen zu diskutieren (ebd. S. 147). Finden sich die Beforschten in den Ergebnissen wieder, so kann dies als ein Argument zur Absicherung der Ergebnisse gesehen werden. Den Beforschten wird die Masterarbeit nach Fertigstellung vorgelegt, jedoch werden die Ergebnisse aufgrund Zeitmangels nicht erneut diskutiert.

Werden für die Beantwortung einer Forschungsfrage unterschiedliche Lösungswege gewählt und die Ergebnisse dann anschließend verglichen, ist die Rede von Triangulation (ebd. S. 147). Eine Triangulation wurde in vorliegender Arbeit nicht vorgenommen, da dies aufgrund vorgegebener Zeit und Seitenlimitation nicht möglich gewesen wäre.

Es zeigt sich, dass die Gütekriterien qualitativer Forschung in vorliegender Arbeit zum Großteil beachtet wurden. Die beiden letztgenannten Gütekriterien, kommunikative Validierung und Triangulation, konnten aufgrund Zeitmangels und vorgegebener Seitenlimitation nicht eingehalten werden.

### **6.1.2 Methode der Befragung**

Als eine Form der empirischen Sozialforschung gilt die Befragung. Diese kann nach Kommunikationsformen (wenig strukturiert/teilstrukturiert/stark strukturiert) und Kommunikationsarten (mündlich/schriftlich) unterschieden werden (Atteslander, 2006, S. 123). Der Strukturierungsgrad bestimmt beispielsweise die Gesprächsführung (z.B. starke/schwache Lenkung der InterviewerInnen) oder die Art der Fragen (offen/geschlossen) (ebd. S. 124). Dabei sind es vor allem wenig strukturierte und teilstrukturierte Befragungen, die sich durch eine individuelle Anpassung der Fragen an die/den Beforschte/n bzw. durch den Verzicht auf bestimmte Fragen (wenig strukturiert) oder durch vorbereitete Fragen mit individueller Abfolge dieser (teil strukturiert) kennzeichnen, die in der qualitativen Forschung eingesetzt werden (ebd. S. 123-125). Eingesetzt werden dabei u.a. das

Experteninterview oder eine Gruppendiskussion. Sie ermöglichen das Erfassen qualitativer Aspekte und ihre Ergebnisse geben Interpretationsraum (ebd. S. 123).

In vorliegender Arbeit wurden teilstrukturierte Befragungen eingesetzt. Diese werden meist von einem Leitfaden unterstützt, wobei die vorbereiteten und vorformulierten Fragen in ihrer Abfolge offen sind (ebd. S. 125). Die Fragen sind dabei als aus der Untersuchungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitetes Informationsbedürfnis zu verstehen (Gläser&Laudel, 2009, S. 115).

Die Aufnahme der Interviews (digital oder per Tonband) erscheint unumgänglich, um keinen Verlust der erhobenen Daten zu riskieren (ebd. S. 158). Das aufgezeichnete Interview muss anschließend transkribiert werden (ebd. S. 193). Für die Transkription liegen keine allgemein gültigen Regeln vor, wodurch der/die Zuständige eigene Regeln aufstellen, dokumentieren und konsistent anwenden muss (ebd.). Für diese Arbeit erfolgte eine Orientierung an den Transkriptionsrichtlinien des „Praxishandbuch Transkription“ (Drehsing&Pehl, 2011, S. 13-21). Es erfolgte eine wortwörtliche Transkription des aufgenommenen Interviews. Pausen wurden mit Punkten in Klammern versehen, wobei ein Punkt eine sehr kurze Pause, zwei Punkte eine etwas längere und drei Punkte eine lange Pause verzeichnen. Unverständliche Wörter wurden ausgelassen und in Klammer „unverständlich“ bzw. wenn eine Idee zum gesprochenen Wort bestand, dann diese Idee in der Klammer dazugeschrieben. Die einzelnen Zeilen der Transkriptionen wurden durchnummeriert, um bei der Zitierung mancher Textpassagen in der Ergebnisdarstellung und Ergebnisinterpretation auf die jeweilige Zeile verweisen zu können. Sätze die ohne einem Punkt enden verweisen auf die Unterbrechung des Gegenübers. Sätze die mit einem Schrägstrich enden verweisen darauf, dass das Gegenüber den Satz abgebrochen und einen neuen Satz begonnen hat. Die Äußerung „Mhm“ wurde nur verwendet um danach in Klammer „bejahend“ dazuschreiben zu können, wenn es sich um eine Zustimmung des Gegenübers handelte. Textpassagen die auf die Identifizierung einer bestimmten Person hindeuten ließen, wurden durch „XYZ“ anonymisiert.

Es wurden zwei Arten von teilstrukturierter Befragungen gewählt: Die Proxy-Befragung und die Expertenbefragung. Die Leitfäden beider Befragungen können im Anhang der Arbeit (s. Anhang B1 und B2) nachgeschlagen werden.

### **6.1.3 Proxy-Interviews**

Proxy-Befragungen/Interviews, zu Deutsch „StellvertreterInnen-Interviews“, werden als eine Methode beschrieben die es ermöglicht, Informationen über vulnerable Zielgruppen zu erhalten, deren Befragung aus unterschiedlichen Gründen schwer bzw. unmöglich erscheint (Liamputtong, 2007, S. 102). Bedingt durch diese schwere oder unmögliche Erreichbarkeit der interessierenden Personengruppe werden Personen befragt, die für die Personengruppe stellvertretend antworten.

Proxy-Interviews wurden als Methode in der vorliegenden Arbeit gewählt, da ein Zugang zu funktionalen AnalphabetInnen schwierig bis unmöglich erscheint. Es besteht die Vermutung, dass diese Personen sich nicht öffentlich zu dem Problem der fehlenden Schriftsprachkenntnisse äußern. Ein Auffinden der funktionalen AnalphabetInnen wäre mit einem großen Zeitaufwand und großer Unsicherheit zur Fertigstellung dieser Arbeit verbunden gewesen.

Als für die funktionalen AnalphabetInnen stellvertretende Personen wurden BasisbildungstrainerInnen gewählt. Diese arbeiten tagtäglich mit der interessierenden Personengruppe zusammen wodurch davon auszugehen ist, dass sie als stellvertretende InterviewpartnerInnen geeignet sind.

#### *6.1.3.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen*

Um adäquate InterviewpartnerInnen für die Proxy-Befragung zu finden, wurde einerseits mit Volkshochschulen in Wien Kontakt aufgenommen, in denen Basisbildung angeboten wird (Wien deshalb, da die Interviewerin in der Landeshauptstadt wohnhaft ist). Die auf den Internetseiten der Volkshochschulen angegebenen Kontaktpersonen wurden elektronisch und zusätzlich telefonisch kontaktiert. Die Gespräche mit zuständigen Personen ergab, dass in den meisten Volkshochschulen Basisbildung für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten wird. Da Schriftsprachkenntnisse für Personen nicht-deutscher Erstsprache nicht mit funktionalen Analphabetismus gleichzusetzen ist, wurden diese Volkshochschulen ausgeschlossen, damit es zu keiner Verzerrung der Ergebnisse kommt. In der einzigen Volkshochschule in der Basisbildung für Menschen deutscher Erstsprache angeboten wird, bestand von Seiten der BasisbildungstrainerInnen kein Interesse ein

Interview durchzuführen. Lediglich die Beraterin für Erstgespräche mit funktionalen AnalphabetInnen äußerte Interesse an einem Interview. Da diese jedoch schon länger nicht mehr als Basisbildungstrainerin sondern eher im organisatorischen Bereich tätig ist, wurde dankend abgelehnt und eine weitere Suche nach potentiellen InterviewpartnerInnen aufgenommen. Zusätzlich zu den Volkshochschulen wurde eine Alphabetisierungsorganisation in Wien kontaktiert, die jedoch ebenfalls aufgrund Zeitmangels kein Interesse an Interviews äußerte.

Die weitere Suche nach InterviewpartnerInnen umfasste auch den Blick in andere Bundesländer. Als potentielle Organisation stellte sich das „Bildungs- und Heimatnetzwerk Niederösterreich“ heraus. Es handelt sich um eine gemeinnützige Erwachsenenbildungs-Organisation, die in 75% der niederösterreichischen Gemeinden mit einem örtlichen Bildungswerk vertreten ist (Bildungs- und Heimatnetzwerk Niederösterreich, o.J., [www](#)). Innerhalb des Netzwerks wird auch Basisbildung für Erwachsene angeboten. Dazu heißt es

„Basisbildung wendet sich an Erwachsene, die aufgrund bestimmter Lebensumstände die Grundkenntnisse des Schreibens, Lesens, Rechnens und der EDV nicht in ausreichendem Ausmaß erlernt haben. Basisbildung bietet Menschen mit geringen Grundkenntnissen im Schreiben, Lesen, Rechnen und der EDV die Möglichkeit, Versäumtes nachzuholen, bereits Verlerntes aufzufrischen und ganz Neues zu erlernen“

(ebd., o.J., [www](#)).

Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit der Organisation in St. Pölten stellte sich heraus, dass hier auch Personen mit deutscher Erstsprache unterrichtet werden was darauf schließen ließ, dass funktionale AnalphabetInnen unterrichtet werden. Nach elektronischer Übermittlung des Anliegens (s. Anhang A1) erklärten sich letztendlich acht BasisbildungstrainerInnen bereit ein Proxy-Interview zu führen.

In folgender Tabelle (s. Tab. 1) sind die InterviewpartnerInnen der Proxy-Interviews sowie deren Merkmale zusammenfassend dargestellt.

InterviewpartnerInnen	Tätigkeitsdauer	Ausbildung	Vorangegangene Tätigkeiten	Position in der Organisation
Interviewpartnerin 1	3 bis 4 Jahre	Ausbildung zur Basisbildungstrainerin, abgeschlossenes Englisch/Spanisch Dolmetschstudium	Deutsch und Englisch unterrichtet, Leitung eines Nachbarschaftszentrums	Basisbildungstrainerin
Interviewpartnerin 2	6 bis 7 Jahre	akademische Basisbildungs- und Alphabetisierungstrainerin	k.A.	Basisbildungstrainerin
Interviewpartnerin 3	1 Jahr	Ausbildung zur Basisbildungstrainerin, Lebens- und Sozialarbeiterin, Coach	k.A.	Basisbildungstrainerin
Interviewpartnerin 4	1 Jahr	Ausbildung zur Basisbildungstrainerin, aufrechtes Deutsch/Englisch Studium, Lehrgang für Basisbildung und Alphabetisierung für Personen mit Migrationshintergrund	k.A.	Basisbildungstrainerin
Interviewpartnerin 5	1 Jahr	Ausbildung zur Basisbildungstrainerin, abgeschlossenes Soziologiestudium	Schulungen beim AMS (Bewerbungstraining etc.)	Basisbildungstrainerin
Interviewpartnerin 6	3 bis 4 Jahre	Ausbildung zur Basisbildungstrainerin, Volksschullehrerin	Volksschullehrerin, Deutsch für MigrantInnen unterrichtet	Basisbildungstrainerin
Interviewpartner 7	8 Jahre	abgeschlossenes Philosophie/Germanistik-Studium	Englisch und Deutsch an VHS unterrichtet	Basisbildungstrainer
Interviewpartnerin 8	3 Jahre	Lehrgang für Alphabetisierung mit MigrantInnen und Deutsch als Zweitsprache	k.A.	Basisbildungstrainerin

**Tabelle 1: Merkmale der Proxy-InterviewpartnerInnen (eigene Darstellung, 2012)**

Es zeigt sich, dass die InterviewpartnerInnen unterschiedlich lange in ihrer Position tätig sind, wodurch ihre Erzählungen auf unterschiedlich langem Erfahrungszeitraum basieren. Die meisten der InterviewpartnerInnen haben vor ihrer Tätigkeit als BasisbildungstrainerIn in diversen Einrichtungen Unterrichtstätigkeiten vorzuweisen, wie z.B. Deutsch als Fremdsprache, Englisch, Lehrgänge im Arbeitsmarktservice (AMS)-Kontext. Dies zeigt, dass einige der InterviewpartnerInnen bereits mit dem Unterrichten von MigrantInnen oder Personen nicht deutscher- Erstsprache beschäftigt waren.

### 6.1.3.2 Interviewdurchführung

Die acht Interviews wurden in der Zeit von 7. März 2012 bis 23. März 2012 durchgeführt. Sieben der Interviews fanden vor Ort in der Organisation der Basisbildung in St. Pölten statt. Ein weiteres Interview wurde in Wien durchgeführt.

Die Interviews wurden auf einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen. Zu Beginn der Interviews, als das Gerät bereits eingeschaltet war, wurden die InterviewpartnerInnen gefragt, ob eine Aufzeichnung des Interviews möglich sei. Nach Zustimmung wurde das Interview fortgeführt. Die Interviews umfassten meist eine Dauer von 30-45 Minuten.

#### **6.1.4 Experteninterviews**

Als Experteninterviews werden Interviews mit Personen bezeichnet, die aufgrund ihrer Position über besondere Informationen bzw. über spezifisches Wissen verfügen (Gläser&Laudel, 2009, S. 11). Die ExpertInnen werden dabei nicht als „Objekt“ der Untersuchung betrachtet sondern als „Zeugen“ der interessierenden Prozesse (ebd. S. 12).

Um zu erfahren, wie führende Gesundheitsförderungsorganisationen in Österreich mit dem Thema Analphabetismus umgehen wurde die Methode der Experteninterviews gewählt. Interviewt wurden GesundheitsreferentInnen die für die Projektbegutachtung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten zuständig sind.

##### *6.1.4.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen*

Um herauszufinden, wie eine führende Gesundheitsförderungsorganisation auf Bundesebene mit dem Thema Analphabetismus umgeht, wurde ein Experteninterview mit einer Person aus dem FGÖ angestrebt. Elektronisch und zusätzlich telefonisch wurde mit dem FGÖ Kontakt aufgenommen (s. Anhang A2 und A3), worauf von Seiten der Organisation eine geeignete Kontaktperson genannt wurde. Diese wurde elektronisch kontaktiert und ein Termin vereinbart.

Auf Länderebene wurde die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) ausgewählt. Der Grund dafür lag in einem vorangegangenen Praktikum bei dieser Gesundheitsförderungsorganisation, wodurch einerseits der Zugang zu den ExpertInnen als andererseits auch die Auswahl der geeigneten InterviewpartnerInnen

leichter fiel. Auch diese wurden also elektronisch und telefonisch kontaktiert und ein geeigneter Termin ausgehandelt.

Insgesamt wurden drei Personen interviewt, nämlich eine Person vom FGÖ und zwei Personen von der WiG. Der Grund für diese geringe Anzahl an InterviewpartnerInnen ist, dass die Frage nach dem Umgang führender Gesundheitsförderungsorganisationen in Österreich mit dem Thema Analphabetismus eine begleitende Frage im Rahmen dieser Arbeit, nicht jedoch die Hauptforschungsfrage darstellt.

#### *6.1.4.2 Interviewdurchführung*

Das Experteninterview mit einer Expertin aus dem FGÖ wurde am 5. März 2012 durchgeführt und umfasste eine Dauer von 28 Minuten. Interview-Ort war ein ruhiger Seminarraum im Geschäftsgebäude des FGÖ. Aufgenommen wurde das Interview mittels digitalem Aufnahmegerät, wobei die Interviewpartnerin bei laufender Aufnahme gefragt wurde, ob die Aufzeichnung des Interviews erlaubt sei.

Das Experteninterview mit Personen aus der WiG wurde am 12. März 2012 durchgeführt und dauerte 35 Minuten. Interview-Ort war ebenfalls ein ruhiger Seminarraum. Auch hier wurden die Interviewpartner bei bereits laufendem Aufnahmegerät gefragt, ob eine Aufnahme des Interviews erlaubt sei. Das Besondere an diesem Interview war, dass gleichzeitig 2 Experten interviewt wurden. Wenn diese beiden Personen zwei gleichwertig kompetente InterviewpartnerInnen sind, kann eine solche Situation den positiven Effekt eines Gruppeninterviews annehmen wenn z.B. die Aussagen eines Interviewpartners/einer Interviewpartnerin als Erzählanregung für den/die weitere/n InterviewpartnerIn dienen (ebd. S. 168). Es bestand die Idee, dass diese beiden sich durch ihr spezifisches Wissen im Gespräch gegenseitig ergänzen können. Da beide in keinem unterschiedlichen Hierarchieverhältnis zueinander standen, konnte die Gefahr eines eingeschränkten Antwortverhaltens umgangen werden (ebd. S. 169). Tatsächlich konnte die unterschiedliche Expertise letztendlich zu einem angeregten Interview beitragen.

### **6.1.5 Interviewauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse**

Sowohl die Proxy- als auch die Experteninterviews wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Inhaltsanalyse ist eine Methode, um Kommunikationsinhalte, wie z.B. Texte, zu untersuchen (Atteslander, 2006, S. 181). Der Vorteil der Inhaltsanalyse liegt darin, dass sie ein Material, streng methodisch kontrolliert, schrittweise analysiert (Mayring, 2002, S. 114).

Laut Cropley (2002) beginnt eine qualitative Inhaltsanalyse in der Regel mit einem Dokument, wie z.B. der Transkription eines Interviews (S. 127). Diese Transkription der gesprochenen Sprache ist unabdingbar, da sie eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials ermöglicht und zugleich die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bildet (Mayring, 2002, S. 89).

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht immer die Entwicklung eines Kategoriensystems am Material (ebd. S. 114). Durch dieses Kategoriensystem werden bestimmte Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen (ebd.).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) umfasst drei Grundformen (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung) wobei für vorliegende Arbeit die Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt wurde. Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse besteht darin das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben (ebd. S. 115). Am Anfang der Inhaltsanalyse muss dabei eine Festlegung des Ausgangsmaterials vorgenommen werden (Mayring, 2007, S. 47). Das Ausgangsmaterial vorliegender Arbeit waren die Transkriptionen der Proxy- und Experteninterviews.

Das weitere Vorgehen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gliedert sich in folgende Schritte:

#### **1. Schritt**

Bestimmung der Analyseeinheit

#### **2. Schritt**

Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

#### **3. Schritt**

## Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus

Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

### **4. Schritt**

Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

### **5. Schritt**

Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau

### **6. Schritt**

Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

### **7. Schritt**

Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

(ebd. S. 60).

Da die Inhaltsanalyse in Anlehnung an das von Mayring (ebd., S. 62-73) in seinem Werk beschriebene Beispiel erfolgte, wird folgend immer wieder nach Mayring zitiert. Nachdem das Ausgangsmaterial der Analyse festgelegt und durch die Fragestellung genau festgelegt ist was, was zusammengefasst werden soll, geht es also in einem nächsten Schritt darum, Analyseeinheiten festzulegen (1. Schritt):

- Kodiereinheit: legt fest, welches der kleinste Materialbestand ist, der ausgewertet werden darf
- Kontexteinheit: legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fällt
- Auswertungseinheit: legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden

(ebd. S. 53).

Als Kodiereinheit wurde in vorliegender Arbeit jede Aussage der InterviewpartnerInnen gewählt, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen könnte. Auswertungs- und Kontexteinheit bezogen sich bei der ersten

Reduktion auf den einzelnen Fall und bei der zweiten Reduktion auf das gesamte Material.

Die einzelnen Kodiereinheiten (zu den Forschungsfragen brauchbare Aussagen der InterviewpartnerInnen) wurden anschließend paraphrasiert (2. Schritt). Dies meint, die Textstellen auf den Inhalt beschränkte Formulierungen zu umschreiben, wobei ausschmückende Textbestandteile weggelassen werden (ebd. S. 61). Anschließend wurde das Abstraktionsniveau für den ersten Reduktionsvorgang festgelegt (3. Schritt). In Anlehnung an Mayrings (ebd. S. 62) vorgenommene Beschreibung zur Festlegung des Abstraktionsniveaus wurden als Abstraktionsniveau allgemeine Äußerungen der InterviewpartnerInnen zu den in den Forschungsfragen vorkommenden Dimensionen festgelegt (z.B. Medienart). Nach Festlegung dieses Abstraktionsniveaus wurden die Paraphrasen daraufhin generalisiert. Dabei wurden beispielsweise doppelte oder unbrauchbare Äußerungen gestrichen. Anschließend wurden die übrig gebliebenen Äußerungen durch Bündelung und Integration zu neuen Äußerungen zusammengestellt (4. Schritt), wodurch die erste Reduktionsphase abgeschlossen wurde mit dem Ergebnis eines ersten Kategoriensystems (ebd.). In einem weiteren Durchgang wurden die im ersten Reduzierungsvorgang aufgestellten Kategorien weiter reduziert (ebd. S. 71). Das Abstraktionsniveau wurde weiter herabgesetzt indem nun die Äußerungen aller InterviewpartnerInnen zu den Dimensionen der Forschungsfragen dargestellt wurden (5. Schritt). Das Vorgehen war dasselbe wie beim ersten Reduktionsvorgang. Ergebnis war ein Kategorienschema, welches im Anhang dieser Arbeit (s. Anhang D1) nachzulesen ist (6.Schritt). Immer wieder wurde kontrolliert, ob das zusammengestellte Kategoriensystem aus Schritt 6 noch dem Ausgangsmaterial entsprach (7. Schritt).

Dasselbe Vorgehen wurde für die Experteninterviews angewandt, wobei auch das Kategorienschema dieser bei Interesse im Anhang nachgelesen werden kann (s. Anhang D2).

## **6.2 Ergebnisdarstellung der Proxy-Interviews**

Folgend werden die Ergebnisse der Proxy-Interviews deskriptiv dargestellt, bevor sie in Kapitel 6.3 einer Interpretation vorgenommen werden. Immer wieder werden bei

der Ergebnisdarstellung einzelne Zitate aus den Interviews angeführt, die das Ergebnis verdeutlichen sollen. Teiltranskriptionen zu diesen Zitaten, d.h. Aussagen vor und nach dem jeweiligen Zitat, können im Anhang nachgelesen werden (s. Anhang C).

### **6.2.1 Merkmale der KursteilnehmerInnen in der Basisbildung**

Von den InterviewpartnerInnen wurden auch Merkmale und Probleme der BasisbildungsteilnehmerInnen erwähnt, die folgend genannt werden. Diese dienen zwar nicht vorrangig zur Beantwortung der Forschungsfrage aber das Aufzeigen dieser dient als Beitrag zur Problemdarstellung funktionaler AnalphabetInnen und weiterer TeilnehmerInnen von Basisbildungskursen. Die Merkmale und Probleme müssen bei der medialen Planung von Informationen mitbedacht werden, um ein Verständnis dafür zu erhalten, warum eine zielgruppenspezifische Mediengestaltung von derart hoher Wichtigkeit ist.

In der Basisbildung in St. Pölten werden nicht ausschließlich funktionale AnalphabetInnen unterrichtet. Auch MigrantInnen beziehungsweise Personen nicht-deutscher Erstsprache werden unterrichtet. Außerdem sind Personen beider Geschlechter sowie Personen unterschiedlichen Alters vertreten (15 Jahre bis ca. 60 Jahre). Auch lernbehinderte Menschen sind in manchen Kursen anzufinden. Zuletzt lässt sich feststellen, dass Personen mit unterschiedlichen Analphabetismus-Status (schwach bis stark ausgeprägt) in den Kursen sind. Aufgrund der hohen Heterogenität der unterrichteten Personen, wurde bei den Interviewfragen darauf hingewiesen, den Fokus so weit als möglich auf funktionale AnalphabetInnen zu richten. Was diese Heterogenität für die Beantwortung der Forschungsfragen bedeutet, wird in dem Kapitel „Diskussion der Ergebnisse“ (s. Kapitel 7.2) geklärt.

Den meisten TeilnehmerInnen mangelt es an Schreibfähigkeiten sowie an sinnerfassendem- und zügigen Lesevermögen. Daneben bereitet vor allem der Umgang mit Mathematik Schwierigkeiten. Auch der Umgang mit dem Computer sowie die Fähigkeit zur Internetrecherche und technisches Verständnis im Allgemeinen bereiten Probleme. Daneben fällt manchen TeilnehmerInnen die Übersetzung der Mundart ins Hochdeutsche sowie das Verstehen komplex Gesprochenem schwer. Weiters wurden fehlende Selbstorganisation, logopädische

Probleme, fehlende Geduld, der Mangel sich Gelerntes zu merken sowie das teilweise fehlende Verständnis für Wortspiele oder Assoziationen genannt. MigrantInnen bereiten vor allem die elementare Kommunikation sowie der Umgang mit Geld Probleme.

### **6.2.2 Persönliches Aufsuchen der Zielgruppe**

Neben Vorschlägen zur Wahl und zur Gestaltung von Medien wird immer wieder die Wichtigkeit betont, funktionale AnalphabetInnen durch persönliches Aufsuchen mit Informationen zu erreichen. Dazu wird beispielsweise das Aufsuchen in diversen Communities vorgeschlagen, um den persönlichen Kontakt zur Zielgruppe aufzubauen. Weiters wird vorgeschlagen beispielsweise mit ÄrztInnen oder Sozialeinrichtungen zu kooperieren, die das Problem der funktionalen AnalphabetInnen erkannt haben.

*„Also ich würde sagen das braucht es auf alle Fälle. Dass man da Sozialarbeiter oder wie auch immer losschicken würde. Und dass man vielleicht auch die Orte aufsucht, an denen man diese Menschen trifft.“ (Interview 8, Zeile 369)*

### **6.2.3 Geeignete Medien zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen**

Hinsichtlich der Darstellung geeigneter Medien gilt es etwas Grundlegendes zu erwähnen: Die BasisbildungstrainerInnen bezogen sich in ihren Antworten auf zweierlei Art von Medien. Einerseits berichteten sie von Medien, die sie in der täglichen Basisbildung einsetzen. Andererseits nannten sie Medien, deren Einsatz sie GesundheitsförderInnen bei der Aufbereitung von Gesundheitsinformationen empfehlen würden. In den Interviews wurden also jene Medien erwähnt, die in der Lehre eingesetzt werden als auch jene, die aufgrund persönlicher Meinung bei der medialen Aufbereitung von Gesundheitsinformationen gewählt werden würden. Da davon ausgegangen wird, dass die in der Basisbildungsarbeit mit funktionalen AnalphabetInnen eingesetzten Medien sich prinzipiell zur Erreichung der Zielgruppe mit Informationen eignet, werden auch diese bei der Beantwortung der Forschungsfrage genannt.

Die von den BasisbildungstrainerInnen tatsächlich verwendeten und empfohlenen Medien lassen sich in visuelle, auditive und audiovisuelle Medien unterteilen.

#### 6.2.3.1 *Visuelle Medien*

In der Basisbildung werden beispielsweise Zeitungen und Magazine eingesetzt. Dabei vor allem die leicht lesbare Zeitung „Klar und Deutlich“. Es handelt sich dabei um eine Zeitung größeren Formates (42x29 cm), größerer Schrift sowie leicht verständlicher Sprache. Neben „Klar und Deutlich“ werden des Öfteren Gratiszeitungen, wie z.B. „Heute“ oder „Österreich“ verwendet. Diese werden meist von den TeilnehmerInnen selbst in den Kurs mitgebracht. Auch Folder, Broschüren und Prospekte werden in den Basisbildungskursen verwendet. Diese werden meist herangezogen, um den TeilnehmerInnen bestimmte Informationen näher zu bringen, wie z.B. Lebensmittelprospekte um das Einkaufen zu erleichtern oder Kultur-Folder um auf das Kulturprogramm aufmerksam zu machen.

Die BasisbildungstrainerInnen verwenden in ihrer täglichen Arbeit weiters den Computer mit Einsatz des Internets. So werden beispielsweise Internetseiten wie „Google“ oder „Wikipedia“ aber auch diverse Nachrichten-Internetseiten, wie z.B. der des „Österreichischen Rundfunkes“ aufgerufen.

Flyer, Zeitungen, Broschüren, Plakate, Folder und Computer sind dabei jene Medien, die laut den BasisbildungstrainerInnen, neben Video, Radio und Fernsehen, auch im Rahmen von Gesundheitskampagnen vorstellbar sind.

#### 6.2.3.2 *Auditive Medien*

Im Rahmen auditiver Medien werden in der Basisbildung Radiosendungen, CD's sowie Hörbücher eingesetzt. Weiters wird Radio auch bei dem Einsatz von Gesundheitskampagnen empfohlen. Auch der Einsatz von Lautsprechern bei öffentlichen Veranstaltungen erscheint sinnvoll.

*„Oder, ich könnte mir auch vorstellen, dass es vielleicht auch wenn es vielleicht irgendwie (.) vielleicht ein bisschen lächerlich klingt, aber dass man vielleicht auch über Lautsprecherwerbung Menschen erreichen könnte. So wie der Kirtag ist im*

*Dorf, dass man halt sagt „Ja, der Gesundheitsstand der Stadt Wien ist da und kommen Sie alle und Gratisberatung und Gratis-Blutdruck-Messen.“ (Interview 8, Zeile 379)*

### 6.2.3.3 *Audiovisuelle Medien*

Audiovisuelle Medien sind jene, in denen das Hören und Sehen verbunden wird. Dies ist beispielsweise beim Video der Fall. So setzen BasisbildungstrainerInnen in ihrer Arbeit auch Videos (z.B. „YouTube“) ein, um diese mit den TeilnehmerInnen gemeinsam am Computer anzusehen.

Auf die Frage hin, welche Medien die BasisbildungstrainerInnen bei der medialen Gestaltung von Gesundheitsinformationen verwenden würden, wurden neben Radio spontan auch der Fernseher und Videos genannt.

## 6.2.4 **Strukturelle Aufbereitung von Informationen**

Bei der Aufbereitung von Informationen gilt es laut den BasisbildungstrainerInnen einiges zu beachten. Diese Hinweise ergaben sich aus der Frage, welche Empfehlungen die BasisbildungstrainerInnen einem Team von GesundheitsförderInnen bei der medialen Aufbereitung von Informationen bieten würden.

Die genannten Hinweise beziehen sich auf die visuellen Medien. Beim Einsatz von Radio wurde lediglich darauf hingewiesen, Informationsdurchsagen öfter zu wiederholen. Außerdem wurde empfohlen, Radioinformationen durch schriftliche Informationen zu ergänzen.

### 6.2.4.1 *Umfang der Information*

Bei allen visuellen Medien wurde empfohlen, die Informationen innerhalb dieser so gering als möglich zu halten.

So wird bei Foldern beispielsweise Folgendes genannt: *„Weil ich meine ich beurteile oft so Folder und (.) also es darf nicht viel drinnen sein. Es darf nicht viel Text auf*

*einer Seite sein von einem Folder, ja. Oder wenn der Folder jetzt so auseinander geht, die Info darf nicht zu viel sein. Ich merke immer wenn es viel ist, ist das so, das erschlägt in einem gewissen Sinne, ja. Also je weniger da drauf steht, desto besser ist es glaube ich.“* (Interview 7, Zeile 263)

In diesem Sinne wird auch der Einsatz kurzer Texte empfohlen.

*„Oder „Ich merke ich habe das Kürzere geschafft, jetzt stürze ich mich aufs Längere“. Oder sozusagen die Überschrift verrät schon die Geschichte, dann gibt es noch die Kurzmeldung und dann gibt es sozusagen vielleicht einen Zweispalter.“* (Interview 8, Zeile 280)

Zuletzt sind es kurze Sätze, in denen die Informationen innerhalb visueller Medien verpackt sein sollten.

*„Dann wenn es irgendetwas Schriftliches unter Anführungszeichen gibt, dann kurz, in kurzen, beständlichen Sätzen, Wörter oder Stichwörter [...]“* (Interview 6, Zeile 281)

#### 6.2.4.2 Einsatz von Bildern

Bei allen visuellen Medien wurde genannt, Bilder einzusetzen, wenn möglich sogar mehr als Schrift. So schlägt eine Basisbildungstrainerin beispielsweise vor, bestimmte Wörter auf Internetseiten gegen Symbole zu ersetzen: *„Bilder sind auch nicht schlecht, ja. Im Sinne von das ich zum Beispiel die weiß ich nicht die Frequently Asked Questions, dass da ein großes Fragezeichen ist oder so. Also das finde ich wichtig.“* (Interview 4, Zeile 252)

Als wichtig wird es beim Einsatz von Bildern erachtet, statt Zeichentrickbilder Alltagsbilder einzusetzen. Außerdem wird darauf hingewiesen, auf suggerierende Bilder zu verzichten, da diese einer hohen Interpretation ausgesetzt sind.

*„Aber wie gesagt die Fotos natürlich, gerade von Personen und Situationen, die suggerieren auch immer irgendetwas. Oder alleine über die Menschen, die da drauf sind, wenn da nur Männer drauf sind oder wenn da nur Dunkelhäutige drauf sind oder nur Hellhäutige. Weil das ja auch irgendwie etwas ist, an dem sich die Leute dann viel anhalten an Bildern. Wenn die Schrift nicht so geht.“* (Interview 4, Zeile 290)

Bilder müssen zudem so gewählt sein, dass sie das Gemeinte so prägnant und verständlich wie möglich ausdrücken.

*„Dann sicher auch Bilder die das gut ausdrücken um was es da geht. Aber das ist eh, wenn das um einen Zeckenbiss geht, da sind eh immer große Zecken drauf zum Beispiel. Also diese Schutzimpfungen gegen den Zeckenbiss. Da weiß man dann auch um was es geht denke ich mir.“* (Interview 5, Zeile 303)

Eine prägnante Darstellung des Inhaltes ist wichtig, da den funktionalen AnalphabetInnen oftmals die richtige Assoziation zu einem Bild fehlt.

*„Ja das ist immer so etwas ganz typisches dass so diese schnellen Verbindungen fehlen. Und wenn die da sind dann ist man so happy. Also ich habe schon einen erlebt der hat das. Unglaublich, ja. Der schießt so Wuchteln raus, unglaublich. Aber ist eher selten. Und auch so Symbole und so. Manchmal sprechen die Leute an und manchmal kommt gar nichts.“* (interview 3, Zeile 204)

Am besten wäre es laut einer Basisbildungstrainerin sogar komplett auf Schrift zu verzichten und lediglich Bilder einzusetzen. Wenn Schrift verwendet wird dann dazu, die Bilder zu erklären. Zu der Aufbereitung von Broschüren sagt sie: *„Ja da sehe ich sofort Bilder vor mir. So eine Bildergeschichte wo man ohne Text auskommt mehr oder weniger. (.) Sondern nur mit Symbolen die man vielleicht aus dem Alltag kennt und mit Bildern. (.) Anders geht das gar nicht. Ich meine man kann natürlich dann schon vielleicht einen zweiten Teil der Broschüre das dann mit Wörtern erklären [...].“* (Interview 3, Zeile 362)

#### 6.2.4.3 Einsatz einfacher Sprache

Einfache Sprache meint laut den BasisbildungstrainerInnen vor allem den Verzicht auf Fremdwörter.

*„Also so Fachwörter, Fremdwörter machen sehr zu schaffen. Es sollte möglichst fremdwörterfrei sein.“* (Interview 1, Zeile 321)

Außerdem wird empfohlen, den Sachverhalt so einfach wie möglich darzustellen und dabei so einfache Wörter wie möglich einzusetzen.

*„Aber ich merke es ist nicht logisch weil ich schau mir oft Dinge an die so kommen ja, die Sprache muss total einfach sein. Also wirklich einfache Sprache. Man setzt nämlich oft voraus, dass man sagt zum Beispiel das ist eh Muttersprache Deutsch aber es ist nicht so, ja. Wenn die Sätze ein bisschen komplexer werden oder nur ein bisschen verschachtelt, die verstehen den Sinn nicht.“ (Interview 7, Zeile 287)*

Einfache Sprache inkludiert weiters den Verzicht auf Kürzel und auf fremdsprachige Wörter.

*„Weil in diesen gängigen, also in diesen Blättern sind dann eben so viele Kürzel und eben englische Begriffe drinnen. Und wenn er zu so etwas kommt kann er nicht weiterlesen weil das versteht er nicht.“ (Interview 7, Zeile 227)*

#### 6.2.4.4 Einsatz gut lesbarer Schrift

Bei allen visuellen Medien wurde darauf hingewiesen, gut lesbare Schrift einzusetzen. Dies bezieht sich beispielsweise auf die Schriftgröße.

*„Und sonst (...) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.“ (Interview 7, Zeile 241)*

Auch wird betont, die Schriftart so einfach wie möglich zu halten.

*„Von der Aufbereitung her (...) also eine gut lesbare Schrift also im Sinne von einfach Lesen. Da gibt es eh verschiedene Anleitungen. Da haben wir einmal so eine Anleitung bekommen zu einfach Lesen. Da gibt es auch diese serifenlose Schrift, die ist glaube ich einfacher zu lesen zum Beispiel.“ (Interview 5, Zeile 339)*

#### 6.2.4.5 Klare Gliederung von Informationen

Bei den Medien Internet und Broschüren wird empfohlen, die Informationen so übersichtlich wie möglich darzustellen.

So wird bei Broschüren beispielsweise folgendes gesagt: *„Und gut gegliedert, so mit Aufzählungszeichen zum Beispiel, aber auch nicht erstens, zweitens, drittens sondern Punkte also so wie diese in Word diese Bullet-Points oder wie die heißen, so das würde ich gut finden.“* (Interview 4, Zeile 269)

Bei der Gestaltung von Internetseiten wird empfohlen: *„Die Orientierung sollte irgendwie gut möglich sein. Das heißt eben nicht zu viel Information auf einer Seite wo oben und unten und links und rechts und überall irgendwie Information. Sondern eher eine klare Struktur und auch eine einfachere Struktur. Dass der ganze Informationsbalken da wir ja eh von links nach rechts lesen halt dann im linken Bereich ist.“* (Interview 5, Zeile 225)

Zu den Internetseiten wird weiter vorgeschlagen, die Menüs abgegrenzt voneinander darzustellen: *„Also ich merke da natürlich, dass so Portale wo man ganz viele Sachen (.) auf einer Seite hat (.) und (.) Menschen die dann halt nicht so versiert im Lesen sind und auch nicht sehr versiert da jetzt sind zu recherchieren und zu suchen. Also es müssen schon relativ einfache farblich abgegrenzte Felder sein und nicht sehr viele Felder auf einer Seite, dass das dann ganz gut funktioniert.“* (Interview 2, Zeile 137)

#### 6.2.4.6 Verzicht auf Spalten/Blocksätze

In Spalten und Blocksätzen gedruckte Texte werden als schwierig zu lesen empfunden, da sie aufgrund abgetrennter Wörter das Lesen erschweren. Diese Empfehlung bezieht sich vor allem auf die Medien Zeitung und Flyer/Folder.

*„Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Das heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten*

*Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen.“ (Interview 7, Zeile 248)*

## **6.2.5 Reaktion funktionaler AnalphabetInnen auf bestimmte Medien und deren Aufbereitung**

Während der Interviews erzählten die InterviewpartnerInnen auch von direkt beobachtbaren Reaktionen mancher funktionaler AnalphabetInnen auf bestimmte Medien und deren Aufbereitung.

### *6.2.5.1 Bevorzugung einfacher und kurzer Texte*

Den BasisbildungstrainerInnen fällt auf, dass funktionale AnalphabetInnen dazu neigen vor allem kurze und einfach verfasste Texte zu fokussieren.

Da heißt es zur Zeitung beispielsweise folgendes: *„Also so kurze kleine Texte die möglichst klar eine bestimmte Information herüberbringen (.) werden am ehesten gelesen.“ (Interview 1, Zeile 234)*

Bei der Beobachtung des Internetgebrauchs wird genannt: *„Also ich verwende am ehesten und am meisten den Computer und das Internet. Und da kommen die (.) Seiten am besten an die bebildert sind, wo die Texte kurz sind, einfach geschrieben sind.“ (Interview 1, Zeile 312)*

Ein Basisbildungstrainer geht sogar einen Schritt weiter, wenn er anmerkt, dass zuviel Text bedrohlich wirkt: *„[...] und auch wieder dieses nicht zu viel Text. Ich merke immer wo viel Text ist an dem geht man vorbei. Ich merke es immer in den Schulungen wo viel Text ist das ist fast bedrohlich, das hat einen negativen Reiz.“ (Interview 7, Zeile 394)*

### *6.2.5.2 Fokus auf Bilder/Fotos*

Die BasisbildungstrainerInnen beobachten, dass Fotos oder Bilder im Allgemeinen die Aufmerksamkeit funktionaler AnalphabetInnen erregt.

*„Weil ich habe gemerkt sie orientieren sich am Foto und lesen dann den Text dazu. So weil ich mich erinnern kann immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren.“* (Interview 7, Zeile 238)

Wichtig erscheint es weiters, dass diese Fotos und Bilder farbig sein sollten: *„Ja was Farbiges ist normalerweise von der Bildern her farbig ist normalerweise immer ansprechender. Also auf das schauen sie glaube ich eher hin als wie wenn sie jetzt Schwarzweiß-Bilder sind. So aus meiner Erfahrung. Und eben, dass es so weit wie möglich kurze Texte sein sollen.“* (Interview 2, Zeile 206)

## **6.2.6 Vor- und Nachteile bestimmter Medien und deren Aufbereitung in Anwendung bei funktionalen AnalphabetInnen**

Im folgenden Abschnitt werden Vor- und Nachteile bestimmter Medien genannt, die die BasisbildungstrainerInnen in den Interviews erwähnten.

### **6.2.6.1 Vorteile**

Der Vorteil der Gratiszeitungen liegt in deren kurzen, übersichtlichen Texten.

*„Aber auch eben geht es ganz gut mit so täglichen Gratiszeitungen weil das auch sehr kurze Texte meistens sind und das dann auch gleich mal übersichtlich dargestellt werden kann.“* (Interview 2, Zeile 108)

Broschüren ermöglichen Informationen auf einfache Weise darzustellen. Plakate wiederum bieten die Möglichkeit einer übersichtlichen Informationsdarstellung.

*„Broschüren und Plakate ist auch so etwas ähnliches was halt irgendwie (.) einfachere Hinweise gibt. Auf einem Plakat ist immer das, das, das drauf und [...] ganz, ganz einfache Hinweise oft drauf sind. Und eben die Information sehr konkret und sehr gebündelt ist.“* (Interview 2, Zeile 280)

Videos sind für funktionale AnalphabetInnen entspannend, da sie dafür keine Lesefähigkeiten benötigen.

*„Also ich glaube aber, dass sie sehr darauf ansprechen würden und die Freude hätten wenn ich ihnen mit einem Video komme aber weil das eben entspannend wäre weil da sind die nicht gezwungen zu lesen(.) oder zu schreiben, Ja, also ich glaube das würde sie sehr ansprechen [...].“ (Interview 1, Zeile 293)*

#### 6.2.6.2 Nachteile

Manche Zeitungen und Homepages sowie Folder beinhalten zu viel Information, zu viel Schrift sowie meist auch eine schwer lesbare Schrift.

Zeitungen beinhalten zu viele Fremdwörter, Kürzel und englische Ausdrücke. Außerdem befinden sich in Zeitungen zu viele Spalten. Manche der eben genannten Charakteristika kommen auch bei der Zeitung „Klar und Deutlich“ vor, wodurch sie den gängigen Zeitungen zu ähnlich wirkt.

*„Also es gibt eine eigene Zeitung die ich persönlich immer wieder probiere aber nicht so ankommt. In meiner Fantasie ist vielleicht Zeitung ist Zeitung und das ist schwierig zu lesen.“ (Interview 1, Zeile 221)*

Bei Homepages lässt sich negativ festhalten, dass sie oft zu umfangreich in ihrer Darstellung sind. Außerdem setzt das Recherchieren im Internet ein Grundverständnis im Umgang mit dem Computer voraus, was bei der Zielgruppe oft keine Selbstverständlichkeit ist.

*„Naja das sollte halt auch, ich meine sofern dieser Mensch dann mit dem PC oder mit der Maus umgehen kann. Das wäre auch wieder die Grundvoraussetzung, dass das einmal geschaffen wird, dass er das bedienen kann weil sehr viele Menschen auch schon mit dem Fahrkartenautomat von den Wiener Linien überfordert sind, der einen Touchscreen hat.“ (Interview 8, Zeile 320)*

### 6.3 Ergebnisdarstellung der Experteninterviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews deskriptiv dargestellt, bevor in Kapitel 6.4.2 eine Interpretation dieser vorgenommen wird. Zuerst werden die Ergebnisse des FGÖ und anschließend die der WiG präsentiert. Im letzten Teil werden die Gemeinsamkeiten beider Organisationen dargestellt. Auch

hier werden einzelne Zitate aus den Interviews angeführt, wobei die Teiltranskriptionen dazu im Anhang nachzulesen sind (s. Anhang C).

### **6.3.1 Fonds Gesundes Österreich**

Hauptaufgabe des FGÖ liegt bei der finanziellen Förderung von Projekten sowie bei der Begutachtung von Projektanträgen. Hinzu kommt u.a. die Erarbeitung von Förderkriterien, die Beratung und Begleitung von Projektdurchführenden sowie die Ausarbeitung niederschwelliger Methoden in der Gesundheitsförderung.

Zielgruppe des FGÖ sind vor allem sozial benachteiligte Menschen (z.B. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, Menschen in schwierigen Lebenslagen wie z.B. Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen), Fachpersonen und die allgemeine Öffentlichkeit. Projekte, welche den Fokus auf sozial benachteiligte Menschen legen, werden vom FGÖ mit höheren Summen gefördert. Außerdem wird das Thema soziale Benachteiligung in den eigenen Medien immer wieder dargestellt.

Dazu die Interviewpartnerin: *„Und als wichtige Zielgruppen haben wir jetzt definiert, nämlich(.) sozial benachteiligte Menschen. Da wollen wir jetzt das Hauptaugenmerk darauf legen. Das heißt wir können das machen einerseits in dem wir über unsere Medien, sei es über unser Magazin zum Beispiel jetzt Themen positionieren oder wir werden heuer eine Konferenz zu dem Thema machen. Und wir haben gesagt, es wird auch werden die Fördermittel höher ausgeschüttet bei Projekten, die diese Zielgruppe ansprechen wollen.“* (Interview F, Zeile 43)

Neben spezifischen Maßnahmen zur Erreichung der Fachpersonen (z.B. Forschungsberichte, Arbeitsprogramme) werden zur Erreichung der Öffentlichkeit Grafiken zu Ernährung oder Bewegung, Newsletter, Poster, Plakate sowie Fernseh- und Radiospots in diversen Gesundheitskampagnen eingesetzt, wobei darauf geachtet wird, diese niederschwellig zu konzipieren. Gesundheitskampagnen werden jedoch nur in geringem Maße durchgeführt, da sie laut FGÖ keine hohe Wirkung erzielen.

Da die geförderten Projekte meist in Settings stattfinden wurde darauf hingewiesen, AnalphabetInnen nicht als explizite Zielgruppe erreichen zu können.

Gesundheitsförderung für AnalphabetInnen in dem Bereich „Betrieb“ wäre beispielsweise diskriminierend und als Projekt nicht förderwürdig.

*„[...] weil es ist ja auch gar nicht möglich weil wir können ja nicht sagen wir gehen jetzt in das Setting oder ein Projekt geht in das Setting Betrieb und sucht sich dort die AnalphabetInnen/ Also das würde diskriminierend sein das würde auch nicht nicht gehen. Würden wir auch so nicht fördern.“* (Interview F, Zeile 253)

Förderwürdig wäre das Projekt nur dann wenn ein explizites Setting für AnalphabetInnen vorhanden wäre. Gefördert werden beispielsweise Projekte, die im Bereich der Basisbildung durchgeführt werden oder aber beispielsweise ein Projekt zur Gestaltung verständlicher Broschüren für MigrantInnen.

Die Interviewpartnerin weiter: *„Da haben wir jetzt einen ähnlichen Antrag für Transitarbeitskräfte in sozialökonomischen Betrieben (.) wo kombiniert ist Basisbildung plus Gesundheitsförderungsthemen. (..) Also das ist ganz niederschwellig (.) eben für die Zielgruppe. Dann habe ich da rausgesucht/ das ist jetzt aber für die MigrantInnen (..) ganz niederschwellige (.) Broschüren wo es darum geht mit migrantischen Frauen bestimmte Themen zu bearbeiten. Das ist dann auch im Setting ganz niederschwellig (während Frauen zu Hause in der Gruppe? unverständlich) und man versucht halt mit Bildern und ganz niederschwellig (.) halt ein bisschen Lesen muss man halt trotzdem können. Aber das wird in der Gruppe mit einer Trainerin durchgearbeitet (..). Also eigentlich müssen sie es gar nicht lesen können und insbesondere ist das so gestaltet, dass es sozusagen auch die Kinder interessiert und die Kinder möglicherweise dann das vorlesen können auch ja.“* (Interview F, Zeile 153)

Vorstellbar ist es, ein eigenes Qualitätskriterium einzuführen, AnalphabetInnen in Gesundheitsförderungsprojekten zu fokussieren. Die Interviewpartnerin dazu: *„Das habe ich mir also notiert. Also wenn man sagt wir müssen vielleicht ein besseres Augenmerk hier auch haben in der Projektbegutachtung, dann müsste es eben vielleicht so ein Qualitätskriterium, ein eigenes geben.“* (Interview F, Zeile 354)

### 6.3.2 Wiener Gesundheitsförderung

Die Hauptaufgabe der WiG liegt in der Planung und Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Zielgruppe umfasst sozial Benachteiligte, Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Kinder/Jugendliche und ältere Menschen.

Zu den Zielgruppen sagte ein Interviewpartner: *„Also (.) Zielgruppe sind immer sozial benachteiligte Personen und speziell dann noch einmal Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und (.) Frauen eigentlich auch. Oder sagen wir einmal die Berücksichtigung auf jeden Fall des des Gender Aspektes spielt immer eine Rolle. Das kann/ Also Männer können auch eine spezielle Zielgruppe sein. Aber wenn man sagt Frauen und Männer (..) sind es im Grunde auch wieder alle aber immer sozial Benachteiligte.“* (Interview W, Zeile 35)

Zur Erreichung sozial Benachteiligter oder MigrantInnen wird vor allem aufsuchendes Arbeiten und das persönliche Vermitteln von Informationen als wichtig erachtet, da ein derartiger Zugang erfolgsversprechender erscheint. Dieser Grundgedanke spiegelt sich auch bei den Ideen zur Erreichung von AnalphabetInnen wider: So wird der persönliche Kontakt zur Zielgruppe als primäre Vorgehensweise vorgeschlagen. Erst an zweiter Stelle sollte die adäquate Gestaltung von Medien fokussiert werden.

Dazu ein Interviewpartner: *„Also ich würde sagen, sozusagen dieser methodische Zugang würde am ehesten noch nahelegen, dass man diese Defizite mitkriegt und mitdenkt und natürlich ist je weiter weg man vom Geschehen ist (.) eben Broschüren aufzulegen und irgendwo im Bezirk zu verteilen und ohne zu wissen wer das jetzt nimmt oder nicht nimmt ist natürlich dann ein ganz ein anderer Zugang.“* (Interview W, Zeile 154)

Als Medien kommen Broschüren, Flyer, die Website und eine Hotline (zur Beratung von Menschen mit Essstörungen) zum Einsatz. Erwähnenswert ist auch die so genannte Life Lounge, ein von speziell geschulten MitarbeiterInnen betreutes, modulares Standsystem. Bei der Gestaltung der Medien wird prinzipiell auf eine leichte Sprache (z.B. keine Fremdwörter, keine wissenschaftlichen Exkurse, Vereinfachung komplexer Zusammenhänge) geachtet, wobei eine Orientierung an den europäischen Richtlinien für einfache Sprache (Inclusion Europe, o. J., [www](http://www.inclusion-europe.com)) erfolgt. Die möglichst niederschwellige Gestaltung von Medien stellt die Organisation vor eine Herausforderung: Einfache Sprache soll einerseits die Erreichung

bildungsferner BürgerInnen ermöglichen, andererseits sollen die dargestellten Informationen nicht zu einfach sein und auch für die Allgemeinbevölkerung ansprechend sein.

Dazu ein Interviewpartner: *„Ja, also gerade so sind wir jetzt auch in der Erstellung eben von Broschüren, die besonders leicht verständlich sein sollen, also wo die Zielgruppe definiert ist als bildungsferne Schichten (.) wo man dann ja eigentlich auch soziale, funktionale Analphabeten darunter zählen würde. Und da sehen wir uns jetzt auch irgendwie mit der Herausforderung konfrontiert, dass es wenn es zu einfach ist und sich zu sehr auch an zum Beispiel an den Kriterien für leichte Sprache (.) orientiert. Dann wirkt es für Außenstehende direkt so wie es ist für Menschen mit einer Einschränkung und daher nicht für mich. Das ist also wenn es eben auch für das breite Publikum sein sollte für Leute mit normalen Lese- und Schreibfähigkeiten (.) Das ist irgendwie ein schwieriger (.) Drahtseilakt, das trifft es vielleicht nicht ganz aber, das ist irgendwie ja.“* (Interview W, Zeile 128)

Derzeit arbeitet ein Team der WiG an Broschüren für bildungsferne Schichten. Hier wird/werden u.a. Schriftgröße 12, ein oder maximal zwei Schrifttypen, ein Block pro Seite sowie einfache Bildinhalte, die die Identifizierung mit der eigenen Welt der LeserInnen ermöglichen sollen, gewählt.

Folgendes wurde dazu gesagt: *„Also Schriftgröße werden jetzt für die neu entstehenden Broschüren wird es immer Schriftgröße zwölf sein. Weil das einfach (.) damit auch gerade für ältere Leute gut lesbar ist. Eine (.) oder maximal zwei Schrifttypen auch (.) und möglichst ein Block pro Seite, sodass nicht mehrere Spalten nebeneinander, also schon, ja daran orientiert, dass es auch gut lesbar ist (.) vom Textbild her.“* (Interview W, Zeile 241)

Weiter dazu: *„Naja, viel Einsatz muss gar nicht unbedingt sein. Also die Bilder die verwendet werden, sollten eben auch in ihrem Inhalt nicht zu komplex sein und an der Lebenswelt der der (.) Zielgruppe anschließen. Also eben eine gewisse Identifikation erlauben von den Personen, die darauf abgebildet sind. Angenommen es sind Fotos (.) dann sollen es (.) keine Agenturfotos sein, sondern Fotos von Menschen aus dem richtigen Leben. Und (.) nicht zu komplex. Also der Sachverhalt der das Bild oder der auf dem Bild dargestellt ist, sollte klar zu erkennen sein.“* (Interview W, Zeile 247)

Daneben soll im Rahmen von Fokusgruppen die passende Aufbereitung von Broschüren mit der Zielgruppe diskutiert werden.

Folgendes wurde gesagt: *„Nein, das wird es erst geben. Also Fokusgruppen, Feedbackrunden das ist/ (.) Wie die genau abgehalten werden wissen wir noch gar nicht. Wir sprechen gerade so bestehende Gruppen an, die es bei in unseren Projekten oder bei Kooperationspartnern gibt und wo wir relativ einfach Zugang zu Menschen aus unserer Zielgruppe bekommen. Wo wir dann mit Entwürfen hingehen und (.) abfragen, wie sie beu/ Die Verständlichkeit oder die Gestaltung beurteilen.“*  
(Interview W, Zeile 396)

Darüber hinaus werden MigrantInnenspezifische Medien (z.B. fremdsprachige Broschüren) eingesetzt sowie MigrantInnenspezifische Projekte durchgeführt.

Die Organisation kooperiert mit Einrichtungen, in denen Analphabetismus durchaus ein präsent Thema sein könnte, wie z.B. Volkshochschulen. Als besondere Herausforderung wird die Sensibilität empfunden, funktionale AnalphabetInnen als solche zu erkennen und richtig zu reagieren wenn dieses Thema in den Projekten auftaucht.

### **6.3.3 Gemeinsamkeiten beider Organisationen**

Beide Organisationen sehen die Gesundheitsaufklärung als Teil der Aufgabe der Organisation. Zielgruppen sind sozial Benachteiligte (z.B. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status) sowie Menschen mit besonderen Bedürfnissen (z.B. Essgestörte oder chronisch Kranke). Gemeinsam ist beiden Organisationen, dass sie Medien einsetzen, um ihre definierte Zielgruppe zu erreichen. Dazu werden beispielsweise Magazine, Informationsbroschüren, Flyer/Folder als auch eine eigene Homepage eingesetzt.

Im Hinblick auf das Thema Analphabetismus wurde von den InterviewpartnerInnen beider Organisationen betont, dass zur Erreichung von AnalphabetInnen vor allem der persönliche Zugang zielführender sei (als z.B. der Einsatz von Medien). Außerdem ist bei beiden Organisationen eine Kooperation mit Volkshochschulen geplant oder bereits durchgeführt worden.

## **6.4 Interpretation der Ergebnisse**

Folgend wird eine Interpretation der Ergebnisse vorgenommen. Sowohl bei der Interpretation der Proxy-Interviews, als auch bei der Interpretation der Experteninterviews werden die eben genannten Ergebnisse verdichtet und zusammenfassend interpretiert.

### **6.4.1 Interpretation der Ergebnisse der Proxy-Interviews**

Nach der auf die Auswertung der Interviews folgenden deskriptiven Darstellung der Ergebnisse, zeigte sich das Vorhandensein bestimmter Kriterien, die bei allen Interviews immer wieder genannt wurden, wie z.B. Einsatz einfacher Sprache, Einsatz von Bildern, Verzicht auf Spalten, adäquate Medien. Das gehäufte Anführen dieser Kriterien führte zu der Annahme, dass es sich dabei um zentrale Elemente handelt, die es bezüglich Medieneinsatz und Informationsaufbereitung (in visuellen Medien) bei funktionalen AnalphabetInnen zu beachten gilt. Für jene genannten Kriterien wurde in einem nächsten Schritt nach übergeordneten Begriffen gesucht, die die Kriterien zusammenfassend beschreiben, um so eine verdichtende Analyse zu ermöglichen.

Es handelt sich dabei um:

- Medienart
- Umfang der Informationen
- Verständlichkeit dieser Informationen
- Orientierungsmöglichkeiten

#### **6.4.1.1 *Medienart***

Ein Ergebnis der Interviews war, dass sich zur Erreichung von funktionalen AnalphabetInnen sowohl visuelle (z.B. Zeitungen, Broschüren, Internet) als auch auditive (Radio) Medien sowie audiovisuelle Medien (z.B. Fernsehen, Video) eignen. Voraussetzung beim Einsatz visueller Medien ist, dass die strukturelle Aufbereitung

der Informationen innerhalb dieser bestimmte Kriterien vorweisen muss (s. Kapitel 6.4.1.2 bis 6.4.1.4).

Das bedeutet, dass zur Erreichung von Menschen mit Schriftsprachproblemen nicht unbedingt nur schriftfreie Medien eingesetzt werden müssen. Werden bei visuellen Medien bestimmte Kriterien eingehalten, so eignen sich auch diese zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen. Es erscheint also auch möglich z.B. Zeitungen zur Zielgruppenerreichung einzusetzen, wenn die Informationen einerseits in Zeitungen gedruckt werden, die diese strukturellen Kriterien erfüllen.

Da davon auszugehen ist, dass Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen und geringer Bildung nicht unbedingt in Fachzeitschriften nach Informationen suchen, sondern diese eher zufällig lesen, gilt es andererseits auch Informationen in jenen Medien zu drucken, die für die breite Masse der Bevölkerung leicht zugänglich sind, wie z.B. Gratis-Tageszeitungen. Eine Basisbildungstrainerin meinte dazu beispielsweise: *„Weil ich denke mir wenn man nicht gut lesen kann dann kauft man sich jetzt nicht „Geo“ oder was weiß ich was für wissenschaftliche Zeitschriften es gibt, ja, nur weil mich das Thema jetzt interessiert. Ich meine gibt es vielleicht auch, was weiß ich. Aber dann brauche ich da schon einmal einen Zugang zu solchen Zeitschriften.“* (Interview 5, Zeile 372) Außerdem entspricht ein solcher Zugang auch den Reaktionen auf Medien, die die InterviewpartnerInnen bei funktionalen AnalphabetInnen erkennen. In den Interviews wiesen sie darauf hin, dass die KursteilnehmerInnen oft mit Gratiszeitungen wie „Österreich“ oder „Heute“ in die Kurse kommen. Dies spricht dafür, dass funktionale AnalphabetInnen tatsächlich jener Art von Medium positiv gegenüber eingestellt sind und solche Zeitungen dazu dienen können, auf niederschwellige Art Informationen an die Zielgruppe zu bringen.

Das bedeutet, dass Informationen, unter Einhaltung weiter unten erklärter Kriterien, in jenen Medien gedruckt werden sollten, die einen niederschweligen Zugang zur Zielgruppe ermöglichen. Um einen niederschweligen Zugang zur Zielgruppe zu erhalten, bietet sich auch die Möglichkeit an, z.B. Broschüren oder Folder an Orten auszuteilen, an denen die Anwesenheit der Zielgruppe angenommen werden kann, wie z.B. AMS, Volkshochschulen oder ÄrztInnen.

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass unterschiedliche Printmedien von funktionalen AnalphabetInnen entweder in den Basisbildungskurs mitgenommen

werden, um diese dort gemeinsam mit den TrainerInnen zu lesen, oder aber die Informationen von persönlichen Hilfspersonen vorgelesen werden. So meinte eine Basisbildungstrainerin beispielsweise: *„Also ich merke halt immer dieses gedrängt zu werden irgendetwas zu unterschreiben oder zu tun oder zu lesen oder Stellung zu beziehen ist irgendwie schwierig. Also bei mir in der Schulung geht das ja weil da sind wir in so einem Rahmen. Aber das sagen sie halt so beim AMS ich habe nur „Jaja gesagt und habe mir gedacht ich bringe es dann mit in die Schulung“. Und sich das dann woanders in Ruhe anschauen zu können würde ich nicht schlecht finden. Ja also zum Beispiel eben so eine kleine Broschüre und die irgendwie hübsch ist und die kann ich mir daheim noch einmal zu Gemüte führen oder eben wo mitbringen oder wen anderen fragen.“* (Interview 4, Zeile 383) Dies lässt darauf hindeuten, dass Medien wie Zeitungen, Broschüren und Folder, sofern diese gratis mitgenommen werden können, sich besonders gut eignen, da sie ein nochmaliges zu Gemüte führen ermöglichen. Dies erscheint sinnvoll, wenn davon ausgegangen wird, dass funktionale AnalphabetInnen mit zügigem und sinnerfassendem Lesen Probleme haben (s. Kapitel 6.2.1).

In gleichem Gedankenzug kann die These aufgestellt werden, dass Plakate sich weniger gut zur Zielgruppenerreichung eignen, da diese ein schnelles Lesen und Aufnahmeverständnis des Inhaltes voraussetzen. Hinsichtlich der Tatsache, dass funktionale AnalphabetInnen unter der Scham der geringen Schriftsprachkenntnisse leiden, scheint ein Stehenbleiben vor dem Plakat zur Ermöglichung des langsamen Lesen äußerst fragwürdig. Bei Plakaten wurde in den Interviews deren Sinn als Medium hinterfragt und lediglich als brauchbar zur Unterstützung für weiteres Vorgehen gesehen. So meinte eine Basisbildungstrainerin beispielsweise *„Das ist die Frage, ob (.) sehr bodenständige Menschen die eben oft Schwierigkeiten haben in die Richtung, das auf einem Plakat so lesen würden.“* (Interview 2, Zeile 294) Eine Andere meinte wiederum: *„Also schwierig und würde glaube ich nicht so viele Leute ansprechen.“* (Interview 6, Zeile 299)

Es konnte gezeigt werden, dass BasisbildungstrainerInnen keine prinzipiell ablehnende Haltung gegenüber Printmedien einnehmen, obwohl dies bei der Zielgruppe der funktionalen AnalphabetInnen womöglich in den Sinn kommen würde. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass auf die Frage nach spontanen Tipps zur medialen Aufbereitung von Informationen jene Medien vorrangig genannt

wurden, die frei von Schrift sind, wie z.B. Fernsehen, Radio und Video. Die spontane Reaktion auf schriftfreie Medien lässt darauf hindeuten, dass solche Medien sich am besten zur Erreichung der Zielgruppe eignen. Das erscheint einleuchtend vor dem Hintergrund, dass Lesen für Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen eine Anstrengung darstellt. Schriftfreie Medien dienen also dazu, dass funktionale AnalphabetInnen bei der Informationsaufnahme keine Anstrengung auf sich nehmen müssen (unter der Voraussetzung dem Einsatz einfacher Sprache, s. Kapitel 6.4.1.3).

Zusammenfassend lässt sich zur Medienart festhalten, dass solche Medien sich am besten eignen, die frei von Schrift sind, da der Einsatz der fehlenden Schriftsprachkenntnisse entfällt. Dennoch können auch Schriftmedien eingesetzt werden, sofern bestimmte Kriterien (s. Kapitel 6.4.1.2 bis 6.4.1.4) eingehalten werden. Grundsätzlich erscheint es sinnvoll einen niederschweligen Medienzugang zu wählen, der kein aktives Suchen nach Informationen auf Seiten der funktionalen AnalphabetInnen erfordert.

#### 6.4.1.2 *Umfang der Informationen*

Zur strukturellen Aufbereitung von Informationen nannten die BasisbildungstrainerInnen die Wichtigkeit, den Umfang der Informationen so gering als möglich zu halten. Diese Meinung spiegelte sich auch in dem von den BasisbildungstrainerInnen direkt beobachtbaren Verhalten der funktionalen AnalphabetInnen wider, wenn sie in Zeitungen z.B. jene Stellen fokussieren, die kurze Texte und wenig Information aufweisen. Auch bei den Vor- und Nachteilen von Medien wurden von den BasisbildungstrainerInnen jene favorisiert, in denen die Texte kurz sind, wenig Informationen und generell einen geringen Umfang an Informationen enthalten.

In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass funktionale AnalphabetInnen oftmals noch damit beschäftigt sind, einzelne Wörter zu identifizieren. Dazu ein Interviewpartner: *„Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich*

*teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text.“ (Interview 7, Zeile 242)*

Hinsichtlich der Tatsache, dass solche elementaren Bestandteile zur Nutzung von Schriftsprache fehlerhaft oder überhaupt nicht möglich sind, erscheint es verständlich, dass eine große Menge an Information ein hohes Maß an Anstrengung voraussetzt und womöglich zu einem Motivationsverlust seitens der funktionalen AnalphabetInnen führt. Eine Informationenvielfalt stellt anstatt einer Anregung zum Weiterlesen wohl eher ein Hindernis dar, dessen Überwindung viel Arbeit voraussetzt. Es besteht weiteres die Annahme, dass die Identifizierung einzelner Wörter oder das Schriftsprachproblem im Generellen bei längeren Texten zu der Gefahr führt, sich die eben gelesenen Informationen aufgrund der großen Anstrengung beim Lesen des nächsten Satzes nicht zu merken, wodurch auch hiermit ein Motivationsverlust riskiert werden würde. Dabei ist es bei erwachsenen Menschen mit Schriftsprachproblemen vor allem die Motivation, die nie aus den Augen verloren werden darf. Dazu meint eine Basisbildungstrainerin: *„Also in der Erwachsenenbildung ist das Wichtigste über die Motivation zu arbeiten bei Menschen. Weil man kann niemanden zwingen. Bei Kindern geht es vielleicht noch mit Druck ein bisschen besser aber ist jetzt auch nicht so unbedingt mein Ansatz. Aber es funktioniert eher noch. Bei einem Erwachsenen funktioniert das überhaupt nicht. Da hat man auf allen Linien verloren. Man kann nur über die Motivation gehen, Angebote machen, ja.“ (Interview 8, Zeile 245)*

Neben einem hohen Maß an Anstrengung und einer womöglich eingeschränkten Merkfähigkeit soll im Zusammenhang mit dem Informationsumfang auch die oft fehlende Geduld (s. Kapitel 6.2.1) der TeilnehmerInnen thematisiert werden. Wenn fehlende Geduld ein grundlegendes Problem ist und dieses auf die eingeschränkte Lesefähigkeit stößt, so kann angenommen werden, dass ein großer Informationsumfang und die damit aufgebrauchte Anstrengung dieses Ausmaß an Informationen zu lesen, schnell zu einem Geduldsverlust und einem damit wieder einhergehenden Motivationsverlust führt.

Eine Herausforderung bei dem Thema Informationsumfang besteht einerseits darin, die Motivation der RezipientInnen aufrecht und somit eine Anstrengung so gering als möglich zu halten. Andererseits muss das Wesentliche der Informationen an die Zielgruppe befördert werden, ohne einen Inhaltsverlust zu riskieren. Zur Lösung

dieses Problems soll hier an dem Vorschlag einer Basisbildungstrainerin angeknüpft werden, die vorschlägt, kürzere Texte neben längeren Texten zu platzieren. So meint sie: *„Dass man vielleicht einen längeren Text hat zu einer Geschichte, Zeitungsgeschichte. Und dass man das gleiche aber auch noch einmal sozusagen als Kurzmeldung daneben stellt. Dass der Inhalt begriffen werden kann und dass man sozusagen wählen könnte als Rezipient.“* (Interview 8, Zeile 272) Dies erscheint sinnvoll, da die funktionalen AnalphabetInnen somit die Möglichkeit hätten in dem kurzen Text eine Zusammenfassung des längeren Textes vorzufinden. Bei Interesse an dem kurzen Text oder dem Gefühl, dass diese Information für die eigene Person wichtig sein könnte, würde sich das Lesen des längeren Textes anbieten. Jedoch müssen bei der Anfertigung des längeren Textes wiederum Kriterien bedacht werden, die weiter unten erklärt werden (s. Kapitel 6.4.1.3 und 6.4.1.4).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein minimaler Informationsumfang hinsichtlich der Tatsache, dass Personen mit Schriftsprachkenntnissen oftmals mit der Identifizierung einzelner Wörter beschäftigt sind und deshalb eine große Menge an Information einen großen Aufwand und Motivation benötigt, sinnvoll erscheint. Gerade die Motivation ist ein Kriterium, das bei erwachsenen Menschen mit Schriftsprachproblemen nicht außer Acht gelassen werden darf. Da dennoch der Anspruch besteht, keinen Inhaltsverlust der Informationen zu riskieren, bietet sich ein Vorgehen an, das dem Anspruch geringer Information und vollständiger Inhaltsweitergabe gerecht wird. Dazu eignet sich beispielsweise die Platzierung einer Informationszusammenfassung neben einen längeren Text mit ausführlicher Information dazu.

#### **6.4.1.3      *Verständlichkeit der Informationen***

Von allen BasisbildungstrainerInnen wurde darauf hingewiesen, dass für Informationen eine sehr einfache Sprache gewählt werden muss, um eine Verständlichkeit bei funktionalen AnalphabetInnen zu erreichen. Auch bei Äußerungen zur beobachtbaren Reaktion ließ sich erkennen, dass eher einfache Texte von den funktionalen AnalphabetInnen fokussiert werden. Zudem wurden von den BasisbildungstrainerInnen vor allem jene Medien favorisiert, die Informationen

einfach darstellen. Als negativ wurden die Medien bewertet, die viele Fremdwörter, Kürzel und englische Ausdrücke beinhalten.

Sowohl in der Literatur als auch von den BasisbildungstrainerInnen wurde darauf hingewiesen, dass sinnerfassendes Lesen bei den funktionalen AnalphabetInnen ein großes Problem darstellt (s. Kapitel 4.1 sowie Kapitel 6.2.1). Wenn nun das sinnerfassende Lesen im Allgemeinen ein Problem darstellt, so erscheint es schlüssig, dass das Vorhandensein komplexer Ausdrücke sowie der Einsatz von Fremdwörtern oder fremdsprachiger Wörter zusätzliche Verständnisprobleme bereitet. Außerdem kann auch hier wieder auf ein möglich auftretendes Motivationsproblem verwiesen werden. Treten in einem Text gehäuft derartige Wörter auf, so erscheint es unter den gegebenen Voraussetzungen verständlich, dass die Motivation zum Weiterlesen der Informationen sich höchstwahrscheinlich gering halten wird.

Außerdem sei auch hier wieder auf die womöglich bestehende Scheu gegenüber Schriftlichkeit genannt. Wird die Schrift nun weiters durch komplexe Begriffe dominiert, so ist eine ablehnende Haltung gegenüber dem Text vorstellbar.

Der Einsatz einfacher Sprache bezieht sich auch auf auditive oder audiovisuelle Medien wie beispielsweise Radio oder Fernsehen. Diese Forderung ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht nur komplex Geschriebenes Probleme bereitet, sondern auch komplex Gesprochenes. Dazu eine Basisbildungstrainerin: *„Audiosachen verwende ich auch manchmal wenn ich merke, dass die Menschen schon eher so weit sind, dass sie schon auch etwas Gesprochenes, oder was Gesungenes auch manchmal, nachverfolgen können. Also das ist schon auch da muss ich schon auch ein bisschen differenzieren, schauen dass sie dann nicht gleich überfordert sind durch das, das sie hören und dann sofort wegschalten und nichts verstehen einfach von dem was sie da hören.“* (Interview 2, Zeile 184)

Auch in der Diskussion um den Einsatz einfacher Sprache stellt sich wieder die Herausforderung, die Informationen einerseits so verständlich wie möglich zu formulieren, d.h. auf Fremdwörter, fremdsprachige Wörter sowie auf die Darstellung komplexer Sachverhalte zu verzichten. Andererseits muss es möglich sein, die Informationen auf einem inhaltsnahen Niveau zu halten um den Kern der Aussagen ausdrücken zu können, ohne dabei ein zu kindisches Sprachniveau anzunehmen.

Es bietet sich deshalb an, Broschüren, Folder oder Zeitungsartikel in zwei Teile zu gliedern. So soll im ersten Teil des jeweiligen Mediums die Informationsdarstellung (unter Berücksichtigung eines kurzen Umfangs) vorgenommen werden. Dabei können nicht vermeidbare Fremdwörter sowie die Darstellung komplexer Sachverhalte eingesetzt werden. Voraussetzung ist aber, diese im zweiten Teil des Mediums (z.B. Rückseite) verständlich und somit äußerst einfach zu erklären. Dazu schlägt eine Basisbildungstrainerin vor: *„Also einerseits kommt es auf die Begrifflichkeiten auch an „was verwende ich für Begriffe?“, da ist es halt auch immer wichtig einfache Begriffe zu verwenden weil ja wenn das irgendwie ganz abgehobene Begriffe sind, dann kann man da glaube ich auch weniger anfangen. Oder dann eben Erklärungen dieser Begriffe.“* (Interview 5, Zeile 202)

So wird jenen Menschen mit Schriftsprachkenntnissen die Möglichkeit geboten, nicht bekannte Wörter oder komplexe Sachverhalte nachlesen zu können. Wichtig dabei ist, beispielsweise in Klammer neben dem komplexen oder fremden Begriff oder komplexen Sachverhalt auf die Rückseite des Mediums zu verweisen. Der Verweis auf die Rückseite könnte beispielsweise mittels einer auffallenden Grafik oder einem Bild geboten werden (zur Wichtigkeit von Bildern s. Kap. 6.4.1.4)

Zusammenfassend lässt sich zur Verständlichkeit von Informationen festhalten, dass sie vor allem frei von Fremdwörtern, fremdsprachigen Wörtern und komplexen Sachverhalten sein sollen. Dies erscheint nötig, um eine Motivation des Weiterlesens bei den funktionalen AnalphabetInnen zu gewähren. Um den Informationsinhalt nicht zu verlieren, bietet sich eine zweiteilige Gliederung bei schriftreichen Medien an, wobei im zweiten Teil eine Erklärung komplizierter Begriffe oder Sachverhalte vorgenommen wird. Auch bei auditiven oder audiovisuellen Medien muss darauf geachtet werden, einfache Sprache zu verwenden, da auch komplex Gesprochenes Verständnisprobleme bereitet.

#### 6.4.1.4 Orientierungsmöglichkeiten

Von den BasisbildungstrainerInnen wurde zuletzt genannt, dass vor allem bei schriftreichen Medien der Einsatz von Bildern fokussiert werden sollte. Neben Bildern wurde für eine einfach lesbare Schrift, eine klare Gliederung sowie für den Verzicht auf Darstellung der Information in Spalten appelliert. Die Äußerungen der

BasisbildungstrainerInnen zu direkt beobachtbarem Verhalten der funktionalen AnalphabetInnen ließen ebenfalls darauf hindeuten, dass diese vor allem und primär Bilder und Fotos in schriftreichen Medien fokussieren.

Die Tatsache, dass funktionalen AnalphabetInnen (sinnerfassendes) Lesen Probleme bereitet, führt zu der Schlussfolgerung, dass die Orientierung in den Medien an anderen, als denen der Schriftdimensionen erfolgt. Dazu bieten sich beispielsweise Bilder an. Bilder werden, laut Aussagen der BasisbildungstrainerInnen, stark interpretiert, wodurch ein vorsichtiger Einsatz dieser bedacht werden muss. Dazu eine Basisbildungstrainerin: *„Aber wie gesagt die Fotos natürlich, gerade von Personen und Situationen, die suggerieren auch immer irgendetwas. Oder alleine über die Menschen, die da drauf sind, wenn da nur Männer drauf sind oder wenn da nur Dunkelhäutige drauf sind oder nur Hellhäutige.“* (Interview 4, Zeile 290) Das bedeutet, dass die auf Bildern abgebildeten Symbole oder Menschen gut gewählt werden müssen, da eine zu hohe Zweideutigkeit zu einer Fehlinterpretation des Bildes und somit zum Missverständnis der Information führen kann.

Von einer Basisbildungstrainerin wurde auch darauf hingewiesen, dass das Orientieren auf Internetseiten ein großes Problem darstellt, da nicht das Gefühl gegeben ist, wo nun nach der richtigen Information gesucht werden soll. Eine weitere Trainerin berichtete von ähnlichen Problemen, wodurch sie das Anführen von Symbolen statt Wörtern für Menüs vorschlägt: *„Bilder sind auch nicht schlecht, ja. Im Sinne von das ich zum Beispiel die weiß ich nicht die Frequently Asked Questions, dass da ein großes Fragezeichen ist oder so. Also das finde ich wichtig.“* (Interview 4, Zeile 252) Die Äußerung zeigt, dass das ausschließliche Anführen von Schrift nicht ausreicht und eine Kombination von Schrift und Bildern gegeben sein sollte. Das Symbol ermöglicht Begriffe, die sonst eher unverständlich wirken mögen, besser zu verstehen.

Neben Bildern gilt es auch, die Gliederung von Informationen zu beachten, um eine bestmögliche Orientierung in den Informationen und im Text im Allgemeinen zu gewähren. Eine klare Gliederung des Textes ermöglicht, den Anfang und das Ende eines Textes sowie zusammenhängende Textteile zu erkennen. Dies ist beispielsweise dann sinnvoll, wenn nicht in einem Zug alle Informationen gelesen werden können oder gelesen werden wollen. Die Personen mit geringen

Schriftsprachkenntnissen hätten bei der Wiederaufnahme des Lesen einen guten Überblick darüber, wo sie zuletzt zu Lesen aufgehört haben. Zur Gliederung wird von einer Basisbildungstrainerin das Anführen von Aufzählungszeichen genannt: *„Und gut gegliedert, so mit Aufzählungszeichen zum Beispiel, aber auch nicht erstens, zweitens, drittens sondern Punkte also so wie diese in Word diese Bullet-Points oder wie die heißen, so das würde ich gut finden.“* (Interview 4, Zeile 269) Diese Aussage weist darauf hin, dass eine Gliederung von Informationen auch inadäquat gestaltet werden kann - in diesem Fall beispielsweise dann, wenn statt Aufzählungspunkten Ziffern verwendet werden. Obwohl die Basisbildungstrainerin nicht äußerte warum keine Ziffern verwendet werden sollen, liegt eine Vermutung dazu vor: Seitens der BasisbildungstrainerInnen wurde darauf hingewiesen, dass funktionale AnalphabetInnen nicht nur Probleme mit der Schriftsprache sondern auch grundlegende Probleme mit der Basis- Mathematik aufweisen (s. Kapitel 4.1.3). Das Anführen von Ziffern zur Gliederung der Informationen kann also zu zusätzlichem Unbehagen bei Menschen mit geringen Schriftsprach- und Mathematikkenntnissen führen und abschreckend wirken. Deshalb wird an dieser Stelle an die Meinung der Basisbildungstrainerin angeknüpft und eine Gliederung der Informationen mittels Aufzählungspunkten empfohlen.

Hinsichtlich dem Thema Gliederung wurde weiters noch genannt darauf zu achten, Informationen nicht in Spalten oder Blocksätzen zu drucken, da dies zu einer Abtrennung einzelner Wörter führen kann. Bei Betrachtung der Tatsache, dass funktionale AnalphabetInnen noch oft mit der Identifizierung einzelner Wörter beschäftigt sind, erscheint eine durch Spalten hervorgerufene Abtrennung dieser Wörter zu einer weiteren Anstrengung für diese Personengruppe. Die Empfehlung, Informationen anstatt in Spalten in die Breite zu drucken, erscheint vor diesem Hintergrund äußerst sinnvoll.

Zuletzt sei zu einer bestmöglichen Orientierung der Einsatz einer einfach lesbaren Schrift genannt, womit auch eine adäquate Schriftgröße gemeint ist. Es scheint paradox, bei Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen eine schwer identifizierbare Schriftart zu wählen. Wenn funktionale AnalphabetInnen selbst mit der Identifizierung einzelner Wörter und dem Erfassen des Informationssinnes überfordert sind, erscheint eine schwer lesbare Schrift als weitere Hürde, die es zu überwinden gilt. Eine weitere Hürde, die in weiterer Folge einen Motivationsverlust

zur Nutzung des Mediums hervorrufen kann. Im schlimmsten Fall ist eine grundsätzliche Ablehnung des Mediums mit dieser Schriftart vorstellbar. Da funktionale AnalphabetInnen aber zum Lesen der Informationen motiviert werden sollen, stellt die Verwendung einer einfach lesbaren Schrift eine Selbstverständlichkeit dar. Weiters gilt es die Schriftgröße der Informationen zu beachten. Ein Basisbildungstrainer wies darauf hin, dass eine größere Schriftart wichtig ist, da einige funktionalen AnalphabetInnen die Zeilen innerhalb der Texte mit dem Finger verfolgen: *„Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.“* (Interview 7, Zeile 244) Derartige Hilfsmethoden, um sich durch den sprichwörtlichen „Buchstabendschungel“ zu kämpfen, können also vor allem dann angewandt werden, wenn eine adäquate Schriftgröße geboten wird. Es ist vorstellbar, dass eine kleine Schrift eine zusätzliche Anstrengung mit sich zieht. Hinsichtlich der Tatsache, dass oftmals eine Einzelidentifizierung von Wörtern stattfindet die höchstwahrscheinlich viel Zeit benötigt, kann es weiters auch zu einer Überbeanspruchung der Augen kommen. Dies sind einige aussagekräftige Gründe die dafür sprechen, bei der Informationsaufbereitung für funktionale AnalphabetInnen eine adäquate Schriftgröße und Schriftart zu wählen.

Zur bestmöglichen Orientierung lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sich einerseits der Einsatz von Bildern anbietet. Diese müssen gut gewählt sein und dürfen keinen Interpretationsspielraum offen lassen, um Missinterpretationen zu vermeiden. Andererseits bietet sich eine Informationsgliederung mittels Aufzählungszeichen an, um eine Orientierung im Text zu ermöglichen. Zu guter Letzt sei der Einsatz einfach lesbarer Schrift und einer adäquaten Schriftgröße genannt, um keine zusätzliche Überforderung bei funktionalen AnalphabetInnen hervorzurufen.

#### **6.4.2 Interpretation der Experteninterviews**

Sowohl der FGÖ als auch die WiG bezeichnen sozial benachteiligte Menschen als Zielgruppe der Organisation. Funktionale AnalphabetInnen werden dabei aber nicht

als explizite Zielgruppe erwähnt, was darauf hindeutet, dass der Fokus auf diese Personengruppe bisweilen noch relativ gering ist. Ansätze zur Beachtung der funktionalen AnalphabetInnen lassen sich bei der WiG verzeichnen, da ein Team an der Erarbeitung von Broschüren für bildungsferne Schichten arbeitet.

Aufgrund der Interviews zeigt sich, dass bei beiden Organisationen ein großer Fokus auf MigrantInnen als Zielgruppe liegt. So werden durch den FGÖ beispielsweise Projekte zur Broschüreneerstellung für MigrantInnen gefördert. Und auch die WiG konzentriert sich bei ihrem Vorgehen stark auf die Zielgruppe der MigrantInnen. Da Migration und die in diesem Zusammenhang mit Sprachproblemen verbundenen niedrigen Lese- und Schreibfähigkeiten auch als eine Art von Analphabetismus zu sehen sind, spielt Analphabetismus in beiden Organisationen eine Rolle, auch wenn es sich dabei nicht um den funktionalen Analphabetismus handelt.

Bevor eine Analyse des Medieneinsatzes und des methodischen Vorgehens der Organisationen vorgenommen wird gilt es festzuhalten, dass beide Organisationen einem unterschiedlichen Aufgabenbereich folgen. Während der FGÖ hauptsächlich für die finanzielle Förderung von Gesundheitsförderungsprojekten zuständig ist, selbst jedoch keine Projekte dieser Art durchführt, liegt die Hauptaufgabe der WiG in der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Sowohl der FGÖ als auch die WiG setzen Medien ein, um ihre Zielgruppe zu erreichen, wobei die Gemeinsamkeit vor allem in dem Einsatz von Printmedien liegt. Bei beiden Organisationen zeigen sich Ansätze (FGÖ) beziehungsweise tatsächliche Umsetzungsmaßnahmen (WiG) die Medien niederschwellig zu gestalten. So findet beispielsweise bei der WiG eine Orientierung an einfacher Sprache statt. Außerdem wird darauf geachtet, die Informationen pro Seite so gering als möglich zu halten. Als Bilder werden jene gewählt, die eine Identifizierung mit der eigenen Lebenswelt der Zielgruppe ermöglicht. Und zu letzt wird eine gut lesbare Schriftgröße gewählt. Es zeigt sich, dass diese Kriterien mit den von den BasisbildungstrainerInnen geforderten Kriterien übereinstimmen. Als besonderer Pluspunkt ist hervorzuheben, dass derzeit an der Gestaltung von Broschüren für bildungsferne Schichten gearbeitet wird, wobei Fokusgruppen gebildet werden sollen. Dies kann als weiterer Schritt in Richtung einer Printmediengestaltung für Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen gesehen werden. Außerdem ist die so genannte „Life Lounge“ der WiG im Zusammenhang mit dem Thema Analphabetismus positiv

hervorzuheben. Es handelt sich um ein Standsystem, wobei Informationsmodule aus den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit angeboten werden. Dabei werden einerseits Informationen auf persönlicher Basis vermittelt, als auch bestimmte Aktivitäten angeboten, wie z.B. Blutdruckmessen.

Positiv beim FGÖ wiederum sei hervorzuheben, dass er, wenn auch nur bedingt, audiovisuelle Medien wie Fernsehen oder Radio zur Vermittlung von Informationen einsetzt, wobei auf niederschwellige Gestaltung geachtet wird (ohne näherer Erläuterung dessen). Da diese Medien sich laut den BasisbildungstrainerInnen besonders gut zur Erreichung von funktionalen AnalphabetInnen eignen, kann dies als ein Schritt in Richtung Erreichung von Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen gesehen werden.

Auch bei dem methodischen Vorgehen beider Organisationen zeigen sich Ansätze, dem Thema funktionaler Analphabetismus Beachtung zu schenken. Der FGÖ beispielsweise fördert Projekte, die im Bereich der Basisbildung umgesetzt werden. Da Basisbildung neben anderen, auch für funktionale AnalphabetInnen angeboten wird, ist auch hier ein Schritt in Richtung Fokussierung funktionaler AnalphabetInnen erkennbar. Die WiG wiederum kooperiert in ihren Projekten mit Einrichtungen, in denen funktionale AnalphabetInnen ebenfalls vertreten sind, wie z.B. Volkshochschulen. Auch hier lässt sich also ein Ansatz zur Betrachtung der Zielgruppe der funktionalen AnalphabetInnen erkennen. Zu methodischem Vorgehen schlagen beide Organisationen vor, zur Erreichung von AnalphabetInnen einen persönlichen Zugang zu wählen. Dieser erscheint für beide Organisationen zur Erreichung von AnalphabetInnen im Allgemeinen zielführender. Dies entspricht den Empfehlungen der BasisbildungstrainerInnen, wobei sich also auch hier ein guter Ansatz zur Erreichung von AnalphabetInnen feststellen lässt.

## **7 ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK**

Gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden als Ansätze zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit verstanden. Zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zählt dabei beispielsweise die

Gesundheitsaufklärung. Diese bedient sich Massenmedien um Informationen zu Gesundheits- und Krankheitswissen zu vermitteln. Ziel besteht in der Erhöhung der Health Literacy, die Menschen dazu befähigt, adäquate Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit treffen zu können. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass diese Informationen oft zu komplex sind, um von Menschen der unteren sozialen Schicht, wie z.B. Menschen mit geringen Schriftsprachkenntnissen, verstanden zu werden. Da es sich aber meist bei diesen Menschen um jene handelt, die von der gesundheitlichen Ungleichheit am meisten bedroht sind, gilt es ihnen die im Rahmen der Gesundheitsaufklärung vermittelten Informationen so verständlich als möglich aufzubereiten. Eine Zielgruppe der in diesem Zusammenhang besonderes Augenmerk zukommen muss, ist die der funktionalen AnalphabetInnen, da sie einem besonderen Risiko zur Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheit ausgesetzt sind.

Mit vorliegender Arbeit wurde der Frage nachgegangen, welche Medien sich zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen eignen und wie die Informationen innerhalb dieser Medien aufbereitet sein sollten. Ziel ist, einen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten, indem Medien und die Aufbereitung der Informationen innerhalb dieser so gewählt werden, dass sie von funktionalen AnalphabetInnen genutzt werden können. Dies kann als Unterstützung zur Erreichung von sozial benachteiligten Gruppen mit Informationen zu Gesundheit und Krankheit gesehen werden.

In dem letzten Kapitel dieser Arbeit wird einerseits noch einmal ein Überblick über die einzelnen Kapitel geboten. In einem nächsten Schritt wird die Beantwortung der Forschungsfragen vorgenommen. Zu guter Letzt werden die Ergebnisse der Arbeit diskutiert und ein Ausblick für die Praxis gegeben.

## **7.1 Zusammenfassung**

In *Kapitel 2* wurde eine Begriffsklärung der in dieser Arbeit häufig vorkommenden Begriffe vorgenommen. Dazu zählten: Soziale Ungleichheit, Analphabetismus sowie Gesundheitsförderung und Prävention.

*Kapitel 3* beschäftigte sich mit dem Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Unterschiede im Gesundheitszustand aufgrund unterschiedlicher sozioökonomischer

Gegebenheiten werden vor allem bei der Morbidität und der Lebenserwartung sichtbar. Da die soziale Ungleichheit keinen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand hat, müssen andere Kausalfaktoren vorliegen die diesen beeinflussen, wobei das Erklärungsmodell von Mielck (2000) herangezogen wurde. Zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit werden neben anderen, vor allem Maßnahmen aus der Gesundheitsförderung und Prävention vorgeschlagen.

In *Kapitel 4* wurde auf jene Personengruppe Bezug genommen, die als Risikogruppe zur Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden kann: funktionale AnalphabetInnen. Aufgrund ihrer meist geringen Schulbildung besteht erhöhtes Risiko für eine Anstellung in der Niedriglohnbranche oder sogar eine Nichterwerbstätigkeit und somit für geringeres Einkommen. Hinzu kommt die Annahme, dass diese Personengruppe eine geringe Health Literacy aufweist. Ergebnisse der HLS-E ergaben, dass in Österreich mit einer geringen Health Literacy zu rechnen sei. Dabei zeigt sich, dass die Health Literacy vor allem bei jenen Menschen niedrig ist, die eine geringere Schulbildung und einen geringen Beschäftigungsstatus aufweisen.

*Kapitel 5* wandte sich dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention zu. Beide Konzepte werden als Ansatz zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit verstanden. Als Methode wenden beide Ansätze beispielsweise die Gesundheitsaufklärung an. Dabei handelt es sich um die bevölkerungsweite Vermittlung von Informationen unter dem Einsatz von Massenmedien, wie z.B. Printmedien oder Fernsehen und Radio. Ziel besteht in der Erhöhung der Health Literacy, damit die Menschen befähigt werden, adäquate Entscheidungen im Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Informationen aus der Gesundheitsförderung und Prävention für Personen der unteren sozialen Schicht meist schwer verständlich sind. So sind Informationen oft zu kompliziert formuliert und weisen einen zu großen Umfang auf. Vor allem Menschen mit geringer Basisbildung fällt es schwer, Informationen zur Gesundheit oder zur Gesundheitsförderung zu verstehen, da die Gesundheitsaufklärung meist auf einem Niveau erfolgt, die zum Verständnis ein hohes Maß an Schriftsprachkompetenzen erfordert.

In *Kapitel 6* wurde das empirische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfragen vorgestellt. Gewählt wurde eine qualitative Untersuchung indem sowohl Proxy- als auch Experteninterviews durchgeführt wurden. Proxyinterviews wurden mit BasisbildungstrainerInnen durchgeführt. Dieses wurde mit Experten aus führenden Gesundheitsförderungsorganisationen in Österreich geführt um herauszufinden, wie diese mit dem Thema Analphabetismus umgehen. Die nächsten Schritte bestanden in der Auswertung der Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse, der deskriptiven Ergebnisdarstellung sowie der Interpretation der Ergebnisse.

Im Folgenden sollen die beiden Forschungsfragen anhand der in Kapitel 6 vorgenommenen Analyse der Interviewergebnisse beantwortet werden.

**Forschungsfrage 1: Welche Medien eignen sich, um funktionale AnalphabetInnen mit Informationen zu erreichen?**

Zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen eignen sich einerseits visuelle Medien wie z.B. Zeitung, Broschüren, Folder/Flyer, Internet. Andererseits kommen rein auditive Medien, wie z.B. das Radio, in Frage. Zuletzt können audiovisuelle Medien wie das Fernsehen und Videos eingesetzt werden.

Eine Auflistung dieser Medien zeigt, dass zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen nicht unbedingt nur schriftfreie Medien eingesetzt werden müssen. Voraussetzung liegt in der Einhaltung bestimmter Kriterien bei der Aufbereitung der Informationen innerhalb visueller Medien (s. nächste Forschungsfrage).

Obwohl sich also grundsätzlich jede Art von Medium zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen anbietet, gilt es noch einen weiteren Punkt zu beachten. Informationen sollten in jenen Medien gedruckt werden, die einen niederschweligen Zugang zur Zielgruppe ermöglichen. Dazu bieten sich beispielsweise gratis aufliegende Tageszeitungen an. Aber auch das Auflegen von Broschüren oder Flyern an Orten an denen die Anwesenheit der Zielgruppe angenommen werden kann, wie z.B. AMS, Volkshochschule oder ÄrztInnen bietet sich an. Der Vorteil frei aufliegender Medien liegt weiters darin, dass sie nicht direkt vor Ort gelesen werden müssen, sondern mitgenommen und in Ruhe gelesen werden können. Dies scheint vor dem Hintergrund bestehender Schriftsprachprobleme ein wichtiger Ansatzpunkt

zu sein. Besonders das Favorisieren von Gratis-Tageszeitungen auf Seiten der Zielgruppe wurde von den BasisbildungstrainerInnen beobachtet.

Obwohl visuelle Medien sich unter der Berücksichtigung bestimmter Kriterien zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen eignen, sollte der Hauptfokus dennoch auf schriftfreie Medien wie z.B. Fernsehen oder Radio gelegt werden. Diese ermöglichen eine Informationsaufnahme ohne Nutzung von Schrift oder halten die Schrift zumindest sehr gering.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass sich unabhängig von Medienwahl und Informationsaufbereitung vor allem der persönliche Zugang als zielführend zur Erreichung der funktionalen AnalphabetInnen zeigt.

### **Forschungsfrage 2: Wie müssen die Informationen innerhalb dieser Medien strukturell aufbereitet sein, um funktionale AnalphabetInnen mit den Informationen zu erreichen?**

Hinweise zu der strukturellen Aufbereitung von Informationen bezogen sich auf visuelle Medien. Damit die Wahrscheinlichkeit der Nutzung visueller Medien erhöht wird, gilt es bei der Aufbereitung von Informationen innerhalb dieser einiges zu beachten.

Einerseits empfiehlt es sich, den Informationsumfang insgesamt so gering als möglich zu halten. Es ist davon auszugehen, dass Menschen die noch oft mit der Identifizierung einzelner Wörter beschäftigt sind und Probleme bei sinnerfassendem Lesen aufweisen, hohe Anstrengung beim Lesen eines umfangreichen Textes aufweisen. Als Ergebnis ist ein Motivationsverlust auf Seiten der LeserInnen vorstellbar. Dabei ist es vor allem die Motivation die bei Erwachsenen nicht außer Acht gelassen werden darf. Fehlende Geduld sowie Scheu vor Schrift, aufgrund womöglich langjähriger Meidung von Schriftlichkeit, führen dazu den Informationsumfang und die weiter unten folgenden Kriterien zu beachten.

Die besondere Herausforderung bei einem reduzierten Informationsumfang liegt darin, keinen Verlust an Informationsinhalt zu riskieren. Zur Umgehung dieses Problems bietet sich beispielsweise an, kürzere Texte neben längeren Texten anzubringen. In dem kurzen Text kann die Information zusammenfassend dargestellt werden. Daneben kann ein Text zur selben Information längeren Ausmaßes

angebracht werden. Nach Lesen des kurzen Textes und bestehendem Interesse am Inhalt, kann der längere Text zu lesen versucht werden. Der längere Text muss wiederum weitere Kriterien beachten (siehe unten).

Neben dem Informationsumfang gilt es auch eine bestmögliche Verständlichkeit von Informationen zu fokussieren, womit vor allem der Einsatz einfacher Sprache gemeint ist. Einfache Sprache zielt auf den Verzicht von Fremdwörtern, fremdsprachigen Wörtern sowie der Darstellung komplexer Sachverhalte. Auch hier müssen wieder die Probleme des fehlenden sinnerfassenden Lesens oder der fehlende Erkennung einzelner Wörter bedacht werden. Ein zusätzliches Vorhandensein komplexer Sprache führt zu einem Mehr an Anstrengung und in weiterer Folge zu einem eventuellem Motivationsverlust. Dabei bezieht sich einfache Sprache nicht ausschließlich auf Print- sondern auch auf audiovisuelle Medien. Grund dafür ist, dass nicht nur komplex Geschriebenes sondern auch komplex Gesprochenes bei funktionalen AnalphabetInnen zu Unverständnis führt.

Auch hier stellt sich wieder die Herausforderung, Informationen einerseits so einfach wie möglich zu formulieren, andererseits den Informationsinhalt nicht zu verlieren. Zur Lösung des Problems bietet sich eine Zweigliederung von Printmedien, wie z.B. Broschüren oder Foldern, an. Im ersten Teil der Broschüre kann der Informationsgehalt inhaltsnah als möglich dargestellt werden. Im zweiten Teil kann eine einfach verständliche Definition und Erklärung komplexer Begriffe und Sachverhalte vorgenommen werden.

Als letztes zu berücksichtigendes Kriterium gilt es, Orientierungsmöglichkeiten in visuellen Medien zu gewähren. Aufgrund Mangels an (sinnerfassenden) Lesekompetenzen erscheint es logisch, dass die Orientierung in einem Medium oder einem Text an anderen Dimensionen als denen der Schrift erfolgt. Deshalb bietet sich an Bilder anzuführen. Da Bilder einer hohen Interpretation auf Seiten der Zielgruppe ausgesetzt sind, ist es erforderlich Bilder gut zu wählen um eine Zweideutigkeit und eine darauf folgende Missinterpretation zu umgehen.

Als weitere Hilfestellung zu einer bestmöglichen Orientierung wird eine klare Gliederung von Informationen vorgeschlagen. Eine klare Gliederung ermöglicht den Anfang und das Ende sowie zusammenhängende Textteile zu erkennen, was bei einer Überforderung mit viel Text als als Hilfestellung dient. Dazu eignen sich

beispielsweise Aufzählungszeichen, die vielmehr aus Punkten und weniger aus Zahlen bestehen. Zahlen können zu einer zusätzlichen Verunsicherung führen, da auch Basis- Mathematikkenntnisse begrenzt sind.

Weiters wird empfohlen, Informationen nicht in Spalten und/oder Blocksätzen zu drucken, da damit eine Abtrennung einzelner Wörter einhergehen kann. Eine Abtrennung von Wörtern und somit eine Zweiteilung dieser kann zu einer Verstärkung der erschwerten Wortidentifizierung führen. Anstatt dem Drucken in Spalten/Blocksätzen wird deshalb das Drucken in die Breite empfohlen.

Zwei weitere Orientierungshilfen liegen in einer leicht lesbaren Schrift und einer adäquaten Schriftgröße. Eine leicht lesbare Schrift scheint vor dem Hintergrund einer grundlegend fehlenden Lesefähigkeit unabdingbar. Der Einsatz einer schwer erkennbaren Schrift führt zu einem weiteren Hindernis und zu Verwirrung, das es zu überwinden gilt. Eine adäquate Schriftgröße ist deshalb wichtig, da Personen mit Lese- und Schreiechwierigkeiten noch oft den Finger zur Orientierung im Text verwenden um die Zeile nicht zu verlieren.

Zusammenfassend lassen sich die Antworten zu den beiden Forschungsfragen in folgender Tabelle (s. Tabelle 2) darstellen:

<b>Beste Option:</b> Persönliches Aufsuchen der Zielgruppe					
<b>Geeignetste Medien:</b> Fernsehen, Radio, Video (audio/audiovisuelle Medien)					
<b>Zu beachten bei visuellen Medien:</b>					
Umfang		Verständlichkeit		Orientierung	
+	-	+	-	+	-
geringer Gesamtumfang		Einfache Wörter	Fremdwörter	Bilder/Symbole	Spalten/Blöcke
kurze Texte		Darstellung einfacher Sachverhalte	Kürzel	Alltagsbilder	kindische Bilder
kurze Sätze			fremdsprachige Wörter	suggestivfreie Bilder/Symbole	
				aussagekräftige/prägnante Bilder	
				einfache Schrift	
				adäquate Schriftgröße	
				in die Breite gezogener Textdruck	

**Tabelle 2: Zusammenfassende Betrachtung der beantworteten Forschungsfragen (eigene Darstellung, 2012)**

Die in der Tabelle dargestellten Zeichen „+“ und „-“ stehen „für geeignet“ (+) und „nicht geeignet“ (-).

Nachdem die Beantwortung beider Forschungsfragen vorgenommen wurde, wird im Folgenden noch die Frage nach dem Umgang der WiG und dem FGÖ, als zwei führenden Gesundheitsförderungsorganisationen, mit dem Thema Analphabetismus geklärt.

Bei beiden Organisationen zeigt sich, dass das Thema Analphabetismus eine Rolle spielt. Dies wird bei der besonderen Berücksichtigung von MigrantInnen sowie bildungsferner Schichten deutlich, wenn entweder bestimmte Maßnahmen auf diese Personengruppe ausgerichtet sind oder aber Projekte gefördert werden, die sich mit dem Thema auseinandersetzen. Die Personengruppe der funktionalen AnalphabetInnen wurde nicht als explizite Zielgruppe genannt. Als Zielgruppe beider Organisationen gelten jedoch sozial Benachteiligte, wobei eine Einordnung funktionaler AnalphabetInnen unter sozial Benachteiligte wahrscheinlich erscheint. Es lassen sich nämlich in dem methodischen Vorgehen sowie beim Medieneinsatz beider Organisationen Ansätze zur Beachtung dieser besonderen Personengruppe erkennen. Neben der Verwendung einer entweder speziellen Informationsaufbereitung innerhalb von Medien oder aber einer schriftfreien Medienwahl, erachten beide Organisationen es als wichtig, den persönlichen Kontakt zu funktionalen AnalphabetInnen zu wählen, da dieser erfolgsversprechender erscheint. Dies geht mit der Meinung der BasisbildungstrainerInnen einher, die den persönlichen Kontakt als adäquaten Zugang zur Zielgruppe erachten.

## **7.2 Diskussion der Ergebnisse**

Unabhängig von der Medienart und der Informationsaufbereitung in visuellen Medien, wurde sowohl von den BasisbildungstrainerInnen als auch von den ExpertInnen der beiden Gesundheitsförderungsorganisationen die Wichtigkeit betont, funktionale AnalphabetInnen vor allem durch persönlichen Kontakt zu erreichen. Auch in der Literatur zur Basisbildung wird vorgeschlagen, zur Gewinnung von funktionalen AnalphabetInnen für Basisbildungskurse eine vertrauenswürdige

Atmosphäre zu schaffen und ihnen eine/n AnsprechpartnerIn zur Verfügung zu stellen (Döbert&Hubertus, 2000, S. 102). Dies steht zwar nicht im Zusammenhang mit der Erreichung von funktionalen AnalphabetInnen im Gesundheitskontext, kann jedoch als Hinweis für die Notwendigkeit des persönlichen Zuganges zu funktionalen AnalphabetInnen gesehen werden.

In der Arbeit wurden einerseits Medien identifiziert, die sich zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen eignen. Besonders wurden dabei audiovisuelle Medien wie z.B. Radio oder Fernsehen favorisiert. Dieses Ergebnis geht auch mit den Ergebnissen von Horch und Wirtz (2005) konform die herausfanden, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten vor allem das Fernsehen und das Radio zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen nutzen (S. 1253).

Ein weiteres Ergebnis der Arbeit ist, dass die Aufbereitung von Informationen in rein visuellen Medien bestimmten Kriterien zu folgen hat um für die Zielgruppe ansprechend zu sein. Dabei handelt es sich um die Beachtung folgender Kriterien: Informationsumfang, Verständlichkeit und Orientierungsmöglichkeit. Plimpton und Root (1994) fanden bereits heraus, dass Menschen mit geringen Schriftsprachkompetenzen vor allem dann mit Verständnisproblemen von Informationen zu kämpfen haben wenn beispielsweise zu viele Informationen, zu kleine Schrift, zu komplexe Sätze oder aber keine Gliederungen wie z.B. Überschriften, vorhanden sind (S. 86). Auch Rath (2010a) geht davon aus, dass Informationen zur Gesundheit oder Informationen der Gesundheitsförderung oftmals zu komplex geschrieben sind, um von Menschen mit geringer Basisbildung verstanden zu werden (S. 93-94).

Diese Übereinstimmung zwischen der Literatur und den Ergebnissen vorliegender Arbeit lassen auf die Notwendigkeit einer an die Zielgruppe angepasste Informationsaufbereitung schließen. Trotz der von Horch und Wirtz (2005) vorgenommenen Untersuchung zur Medienbevorzugung unterschiedlicher sozialer Schichten, wurden in weiterer Literatur nur sehr wenige Hinweise auf geeignete Medien gegeben. Die vorliegende Arbeit kann somit einerseits als Beitrag zur Bestätigung und Vertiefung vorhandener Literatur als auch als empirisch gestützter Beitrag zur Neuerkenntnis im Bereich geeigneter Medien für bildungsferne Schichten wie z.B. funktionale AnalphabetInnen gesehen werden.

Andererseits liegt der Vorteil der Arbeit in der Fokussierung einer spezifischen Personengruppe, der bis jetzt, wie aus vorangegangener Literaturrecherche ersichtlich wurde, noch wenig Beachtung geschenkt wurde im Bereich medialer Aufbereitung von Informationen bei Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Arbeit dient somit als Beitrag zur stärkeren Betrachtung funktionaler AnalphabetInnen im Bereich der Vermittlung von Informationen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Zusätzlich dient die Arbeit dazu, die Einstellung zweier Gesundheitsförderungsorganisationen zu dem Thema Analphabetismus aufzuzeigen. Das Aufzeigen des aktuellen Standes zur Thematisierung der Analphabetismusproblematik in zwei Gesundheitsförderungsorganisationen kann dazu beitragen ein Interventionsfeld bei diesen Organisationen anzuregen. So besteht die Annahme, dass die Interviews und die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema währenddessen dazu beitragen, einen schärferen Blick auf diese Zielgruppe zu werfen.

### **7.2.1 Methodische Reflexion**

In methodischer Hinsicht gilt es einerseits die Repräsentativität der Befragung zu thematisieren. Es wurden lediglich acht Personen aus dem Basisbildungsbereich interviewt, womit eine Repräsentativität der Antworten unmöglich ist. Eine Lösung dieses Problems wäre aufgrund zeitlich und umfangsbezogener limitierter Vorgaben zur Verfassung einer Masterarbeit jedoch nicht möglich gewesen. Außerdem wurden keine BasisbildungstrainerInnen befragt, die ausschließlich mit funktionalen AnalphabetInnen arbeiten, wodurch die Gefahr einer Ergebnisverzerrung hinsichtlich dem ausschließlichen Fokus auf funktionale AnalphabetInnen hoch erscheint. Diskussionswürdig ist auch die angewandte Methode der Proxy-Interviews. Einerseits bietet die Methode die Möglichkeit Informationen über Menschen zu erhalten, zu denen ein Zugang nur sehr schwer oder gar nicht gelingt. Andererseits muss bei den Ergebnissen dieser Befragungsmethode bedacht werden, dass die Antworten nicht selbst von der Zielgruppe stammen, wodurch sie nicht als repräsentative Einstellung funktionaler AnalphabetInnen zu sehen sind.

Zusammenfassend kann die Arbeit dennoch als wertvoller Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden. Aus der Arbeit gehen brauchbare

Ergebnisse vor, die von Gesundheitsförderungsorganisationen zum zielgruppengerechten Medieneinsatz und zur zielgruppengerechten Aufbereitung von Informationen verwendet werden können. Die Orientierung an diesen Ergebnissen trägt also einerseits zu einer besseren Informationsaufbereitung für funktionale AnalphabetInnen bei. Andererseits wird ein Beitrag zur Erhöhung der Nutzung und damit ein Informationszuwachs an Gesundheits- und Krankheitswissen bei der Zielgruppe und somit eine selbstbestimmte Einflussnahme auf die eigene Gesundheit möglich.

### **7.3 Ausblick**

Aufgrund der geringen Literatursuchergebnisse zum Thema funktionaler Analphabetismus und Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Gesundheitsaufklärung lässt sich am Schluss dieser Masterarbeit festhalten, dass dieser Gegenstand zum Fokus weiterer Forschungsarbeiten werden muss.

Beispielsweise empfiehlt sich das hier behandelte Thema zu intensivieren, indem versucht wird, den Zugang zu funktionalen AnalphabetInnen zu erhalten und mit ihnen Interviews zu führen. In diesen persönlichen Interviews kann dann beispielsweise auch der Frage nachgegangen werden, welche Kriterien abseits von Medienart und Informationsaufbereitung gegeben sein müssen, um die aufgenommenen Informationen dann letztendlich auch zu nutzen.

Außerdem empfiehlt es sich an dem aus den Proxy-Interviews hervorgegangenem Ergebnis, nämlich dass sich zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen allen voran persönliches Aufsuchen eignet, anzuschließen. Diese Methode zur Erreichung funktionaler AnalphabetInnen wurde als unabdingbar und oftmals als weitaus wichtiger als der Einsatz adäquater Medien bewertet. So kann in weiterführender Forschung der Frage nachgegangen werden, warum gerade der persönliche Zugang so wichtig ist um somit einen Beitrag zur Grundlagenforschung in diesem Bereich zu bieten. Dies geht mit der Forderung nach mehr Wissen zu den Bedürfnissen und Potentialen der funktionalen AnalphabetInnen einher. Herauszufinden wo deren größten Potentiale und deren größten Hindernisse liegen kann helfen, um gesundheitsförderndes Vorgehen für diese Menschen zu spezifizieren.

Realistischerweise muss ferner festgehalten werden, dass hinsichtlich knapper Ressourcen im Gesundheitssystem höchstens eine Orientierung an den in dieser Arbeit genannten Empfehlungen erfolgt. Ein ausschließlich für funktionale AnalphabetInnen spezifischer Medieneinsatz oder eine spezifische Informationsaufbereitung für diese erscheint unwahrscheinlich. Aus diesem Grund gilt es darauf zu achten, die hier genannten Empfehlungen stets mit zu bedenken und so gut als möglich in die bestehenden Medien einzuarbeiten. Es empfiehlt sich also die in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse als weiterführende Hilfestellung für eventuell bereits gängige Gestaltungen von Informationen für bildungsferne Gruppen zu nutzen, womit eine Anknüpfung an bereits Bestehendem und eine unnötige Verschwendung von Ressourcen möglich wird.

## 8 VERZEICHNISSE

### 8.1 Literaturverzeichnis

Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Koltz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 45- 56). (3. neubearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.

Aschemann, B. (2011). *Gelingensbedingungen für gemeinsame Alphabetisierungskurse (Deutsch und andere Erstsprachen): Herausforderungen- Erfahrungen- Methoden* (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Hrsg). Wien. Verfügbar unter: [http://erwachsenenbildung.at/downloads/service/materialien-eb\\_2011\\_1\\_gelingen\\_alphabetisierungskurse.pdf](http://erwachsenenbildung.at/downloads/service/materialien-eb_2011_1_gelingen_alphabetisierungskurse.pdf) [15.2.2012].

Atteslander, P. (2006). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (11. neubearbeitete Aufl.). Berlin: Erich Schmidt.

Badura, B. (2011). Kooperation und Gesundheit: Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland* (S. 23-38). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Badura, B. (1992). Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S.43-52). Köln: GwG.

Bengel, J. & Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). Köln. Verfügbar unter: <http://www.bug-nrw.de/cms/upload/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf> [30.1.2012].

- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D. & Crotty K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155 (2), 97-107.
- Berndl, A. (2010). Von der Angebots- zur Zielgruppenorientierung: Marketing in der Basisbildung und Alphabetisierung. In Isop GmbH (Hrsg.), *Zwischenbilanz: Die Basisbildung in Österreich in Theorie und Praxis*. (S. 36-40). Graz. Verfügbar unter: <http://www.zukunft-basisbildung.at/Downloads/Zwischenbilanz.pdf>
- Biffi, G. (2010). Basisbildung: Voraussetzung für die persönliche Entfaltung und den wirtschaftlichen Erfolg in einer Wissensgesellschaft. Über die Bedeutung der Basisbildung im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel. In Isop GmbH (Hrsg.), *Zwischenbilanz: Die Basisbildung in Österreich in Theorie und Praxis*. (S. 60-65). Graz. Verfügbar unter: <http://www.zukunft-basisbildung.at/Downloads/Zwischenbilanz.pdf> [15.2.2012].
- Bindl, A., Schroeder, J. & Thielen, M. (Hrsg.). (2011). *Arbeitsrealitäten und Lernbedarfe wenig qualifizierter Menschen*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Canadian Council on Learning (2007). *Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills survey 2007* (Canadian Council on Learning, Hrsg.). Ottawa. Verfügbar unter: <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf> [14.2.2012].
- Cropley, A. (2002). *Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung*. Eschborn: Klotz.
- DeWalt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr K. & Pignone, M. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (12), 1228-1239.
- Dorner, T. & Rieder, A. (2010). Einführung in die Prävention und Soziogenese. In K. Wittmann & R. Schoberberger (Hrsg.), *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft* (S. 177-205). (8. neubearbeitete Aufl.). Wien: facultas.wuv.

Döbert, M. & Hubertus, P. (2000). *Ihr Kreuz ist die Schrift: Analphabetismus und Alphabetisierung in Deutschland* (Bundesverband Alphabetisierung e. V., Hrsg.). Münster. Verfügbar unter: [http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads\\_Texte/IhrKreuz-gesamt.pdf](http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads_Texte/IhrKreuz-gesamt.pdf) [11.2.2012].

Drehsing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription: Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (Dr. Drehsing und Pehl GmbH, Hrsg.). Marburg. Verfügbar unter: <http://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf> [15.3.2012].

Egloff, B., Grosche, M., Hubertus, P. & Rüsseler, J. (2011). Funktionaler Analphabetismus im Erwachsenenalter: eine Definition. In Projektträger im DLR e.V. (Hrsg.), *Zielgruppen in Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener: Bestimmung, Verortung, Ansprache* (S. 11-31). Bielefeld: W. Bertelsmann.

Ewless, L. & Simnett, I. (2007). *Gesundheit fördern: Ein praktischer Leitfaden*. Wien: facultas.wuv.

Fonds Gesundes Österreich (2010). *Jahresbericht 2010* (Gesundheit Österreich GmbH, Hrsg.). Bad Vöslau. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/programme-berichte/jahresbericht-2010/2011-09-22.5926603663> [16.02.2012].

Fromm, B., Baumann, E. & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

Gehart, R. (2007). *Altenpflege konkret: Gesundheits- und Krankheitslehre* (3. neubearbeitete Aufl.). München: Elsevier.

Gesundheitsförderung Schweiz (2005). *Denkanstöße für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy* (HCC-Lab, Hrsg.). Schweiz. Verfügbar unter:

[http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/f/gesundheitsfoerderung\\_promotion\\_staerken/Grundlagen\\_Wissen/HealthLiteracy.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_staerken/Grundlagen_Wissen/HealthLiteracy.pdf) [13.2.2012].

- Gläser, J. & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (3. neubearbeitete Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grosche, M. (2012). *Analphabetismus und Lese-Rechtschreib-Schwächen*. Münster: Waxmann.
- Grotlüschen, A. & Riekman, W. (2011). *leo. – Level- One Studie: Literalität von Erwachsenen auf den unteren Kompetenzniveaus* (Universität Hamburg, Hrsg.). Hamburg. Verfügbar unter: [http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2011/12/leo-Presseheft\\_15\\_12\\_2011.pdf](http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2011/12/leo-Presseheft_15_12_2011.pdf) [12.02.2012].
- Grotlüschen, A. & Linde, A. (Hrsg.). (2007). *Literalität, Grundbildung oder Lesekompetenz?: Beiträge zu einer Praxis-Theorie-Diskussion*. Münster: Waxmann.
- Hafen, M. (2004). Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? *Prävention-Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 27 (1), 8-11.
- Horch, K. & Wirtz, J. (2005). Nutzung von Gesundheitsinformationen. *Bundesgesetzblatt*, 48 (11), 1250-1255.
- Hradil, S. (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 35-54). (2. neubearbeitete Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Koltz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. neubearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Hurrelmann, K., Koltz, T. & Haisch, J. (2010). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Koltz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 13-23). (3. neubearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6. neubearbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. neubearbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Ishikawa, H. & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *Biopsychosocial Medicine*, 4 (18), 1-5.
- Jazbinsek, D. (Hrsg.). (2000). *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Kerschhofer-Puhalo, N. (2011). Literalität und Illiteralität in der Migration. In P. Schlögl, R. Wieser & K. Dér (Hrsg.), *Kalypso und der Schlosser: Basisbildung als Abenteuer im Land des Wissens und Könnens* (S. 85-110). Münster: Lit.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, 3, 204-211.
- Kloyber, C. (2007). *Editorial*. In Magazin Erwachsenenbildung.at (Hrsg.), Basisbildung: Herausforderungen für den zweiten Bildungsweg. (S. 2-5). Verfügbar unter: [http://erwachsenenbildung.at/magazin/07-1/meb07-1\\_01\\_kloyber.pdf](http://erwachsenenbildung.at/magazin/07-1/meb07-1_01_kloyber.pdf) [12.2.2012].
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.

- Kolip, P. & Lademann, J. (2006). Familie und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 625-652). (4. neubearbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Koltz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 35- 44). (3. neubearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Liamputtong, P. (2007). *Researching the vulnerable: a guide to sensitive research methods*. London: Sage.
- Linde, A. (2008). *Literalität und Lernen: Eine Studie über das Lesen- und Schreibenlernen im Erwachsenenalter*. Münster: Waxmann.
- Linde, A. (2007). Alphabetisierung, Grundbildung oder Literalität? In A. Grotlüschen & A. Linde (Hrsg.), *Literalität, Grundbildung oder Lesekompetenz?: Beiträge zu einer Theorie-Praxis-Diskussion* (S.90-99). Münster: Waxmann.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35-55). Heidelberg: Springer.
- Loss, J. & Nagel, E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt*, 52 (5), 502-511.
- Mathe, T. (2005). *Medizinische Soziologie und Sozialmedizin* (2. neubearbeitete Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (9. neubearbeitete Aufl.). Weinheim&Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. neubearbeitete Aufl.). Weinheim&Basel: Beltz.

- Mielck, A. & Janssen, C. (2008). Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Public Health Forum*, 16 (59), 4-5.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 603-622). (4. neubearbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Nickel, S. (2000). Wie lernen Erwachsene schreiben? In Bundesverband Alphabetisierung e.V. (Hrsg.), *Ihr Kreuz ist die Schrift: Analphabetismus und Alphabetisierung in Deutschland*. (S. 86-98). Münster. Verfügbar unter: [http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads\\_Texte/IhrKreuz-gesamt.pdf](http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads_Texte/IhrKreuz-gesamt.pdf) [11.2.2012].
- Notter, P., Bonerard, E. & Stoll, F. (Hrsg.). (1999). *Lesen – eine Selbstverständlichkeit? Schweizer Bericht zum „International Adult Literacy Survey“*. Zürich: Rüegger.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- Parikh, N., Parker, R., Nurs, J., Baker, D. & Williams, M. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27 (1), 33-39.
- Paulus, P. (Hrsg.). (1992). *Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GWG.
- Pelikan, J., Röthlin, F. & Ganahl, K. (2012). *Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich: Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey-Europe*, Unveröffentlichter Vortrag.

- Plimpton, S. & Root, J. (1994). Materials and Strategies That Work in Low Literacy Health Communication. *Public Health Reports*, 190 (1), 86-92.
- Pochobradsky, E., Habl, C. & Schleicher, B. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Soziale-Ungleichheit-und-Gesundheit.html> [7.2.2012].
- Projektträger im DLR e.V. (Hrsg.). (2011): *Zielgruppen in Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener: Bestimmung, Verortung, Ansprache*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Rath, O. (2010a). Basisbildung und Gesundheit: Der Faktor im Kreislauf von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. In Isop GmbH, O. Rath & M. H. (Hrsg.), *Zwischenbilanz: Die Basisbildung in Österreich in Theorie und Praxis*. (S. 90-96). Graz. Verfügbar unter: <http://www.zukunft-basisbildung.at/Downloads/Zwischenbilanz.pdf> [15.2.2012].
- Rath, O. (2010b). Zukunft Basisbildung: Vorwort zur Zwischenbilanz. In Isop GmbH, O. Rath & M. H. (Hrsg.), *Zwischenbilanz: Die Basisbildung in Österreich in Theorie und Praxis*. (S. 10-15). Graz. Verfügbar unter: <http://www.zukunft-basisbildung.at/Downloads/Zwischenbilanz.pdf> [15.2.2012].
- Rath, O. (2007). *Netzwerk Basisbildung in Österreich: Hintergründe, Bestandsaufnahme, Perspektiven* (Magazin Erwachsenenbildung.at, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://erwachsenenbildung.at/magazin/07-1/meb07-1\\_02\\_rath.pdf](http://erwachsenenbildung.at/magazin/07-1/meb07-1_02_rath.pdf) [9.2.2012].
- Rath, O. & Berndl, A. (2006). *Basisbildung Erwachsener: Hintergründe* InBewegung, Hrsg). Graz. Verfügbar unter: <http://www.alphabetisierung.at/fileadmin/pdf/alfakoffer/Hintergruende.pdf> [15.2.2012].
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg. Springer.

- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. neubearbeitete Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. neubearbeitete Aufl.) (S. 13-33) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Roski, R. (Hrsg.). (2009). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure-Audience Segmentation- Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS.
- Rossmann, C. (2010). Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. *Public Health Forum*, 18 (68), 16-17.
- Rothe, K. (2012). Ganzheitliche arbeitsorientierte Förderung Erwachsener mit unzureichenden Schriftsprachkompetenzen: Erfahrungen aus einem Qualifizierungsprojekt. In P. Ulmer, R. Weiß, R. & A. Zöllner (Hrsg.), *Berufliches Bildungspersonal: Forschungsfragen und Qualifizierungsprojekte* (S. 203-216). Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Scheiber, A. & Gründel, M. (2000). Virtuelle Gemeinschaften? Das Internet als Informations- und Diskussionsmedium für Krebspatienten. In D. Jazbinsek (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation* (S. 164-182). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schnabel, P. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen: Problemfelder und Chancen. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder* (S. 33-55). Freiburg: Alber.
- Schlögl, P., Wieser, R. & Dér, K. (Hrsg.). (2011). *Kalypso und der Schlosser: Basisbildung als Abenteuer im Land des Wissens und Könnens*. Münster: Lit.

- Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.). (2011). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schott, T. & Kuntz, B. (2011). Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkung von Gesundheit und Gesellschaft. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland* (S. 159-172). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Spicker, I. & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen: Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien: Springer.
- Spicker, I. & Sprengseis, G. (2008). *Gesundheitsförderung stärken: Kritische Aspekte und Lösungsansätze*. Wien: facultas.wuv.
- Statistik Austria (2007). *Bildungsspezifische Sterbetafel 2006-2007*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Steinbach, H. (2007). *Gesundheitsförderung: ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (2. neubearbeitete Aufl.). Wien: Facultas.
- Stoll, F. (1999). Zur Bedeutung des Lesens und Schreibens. In P. Notter, E. Bonerard, E. & F. Stoll (Hrsg.), *Lesen – eine Selbstverständlichkeit? Schweizer Bericht zum „International Adult Literacy Survey“* (S.25-30). Zürich: Rüegger.
- Thielen, M. (2011a). Wenig qualifiziert?: Eine empirische Annäherung an die Nutzer/-innen von Alphabetisierungs- und Grundbildungskursen. In A. Bindl, J. Schroeder, M. Thielen (Hrsg.), *Arbeitsrealitäten und Lernbedarfe wenig qualifizierter Menschen* (S. 21-55). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Thielen, M. (2011b). Zwischen Prekariat und Karriere: Erwerbsverläufe von Teilnehmenden an Lese- und Schreibkursen in ihrer Relevanz für arbeitsweltbezogene Grundbildung. In A. Bindl, J. Schroeder, M. Thielen (Hrsg.), *Arbeitsrealitäten und Lernbedarfe wenig qualifizierter Menschen* (S. 56-91). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Till-Tentschert, U., Till, M., Glaser, T., Heuberger, R. Kafka, E. Lamei, N. & Skina-Tabue, M. (2011). *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2010 Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK* (BMASK, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/8/4/CH2170/CMS1218527491861/studienreihe\\_band8\\_eu-silc.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/8/4/CH2170/CMS1218527491861/studienreihe_band8_eu-silc.pdf) [10.2.2012].

Till-Tentschert, U., Lamel, N. & Heuberger, R. (2006). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Ergebnisse aus EU-SILC 2004* (Statistik Austria, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/static/einkommen\\_armut\\_und\\_lebensbedingungen\\_2004\\_009803.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/einkommen_armut_und_lebensbedingungen_2004_009803.pdf) [12.02.2012].

Ulmer, P., Weiß, R. & Zöllner, A. (Hrsg.). (2012). *Berufliches Bildungspersonal: Forschungsfragen und Qualifizierungsprojekte*. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Wagner, D. (2011). Schlüsselpersonen in der Alphabetisierungs- und Grundbildung. In Projektträger im DLR e.V. (Hrsg.), *Zielgruppen in Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener: Bestimmung, Verortung, Ansprache* (S. 245-260). Bielefeld: W. Bertelsmann.

Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health* (3. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Wittmann, K. & Schoberberger, R. (Hrsg.). (2010). *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft* (8. neubearbeitete Aufl.). Wien: facultas.wuv.

### **Internetdokumente**

Bildungs- und Heimatnetzwerk Niederösterreich (o.J.). *Basisbildung in Niederösterreich*. Verfügbar unter: <http://www.bhw-n.eu/system/web/zusatzseite.aspx?menuonr=221719790&detailonr=219571414> [3.5.2012].

Fonds Gesundes Österreich (2005a). *Gesundheitliche Chancengleichheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/gesundheitsliche-chancengleichheit> [8.2.2012].

Fonds Gesundes Österreich (2005b). *Ottawa Charta*. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/der-fonds/glossar/copy\\_of\\_plonearticle.2005-08-19.1439819735](http://www.fgoe.org/der-fonds/glossar/copy_of_plonearticle.2005-08-19.1439819735) [4.1.2012].

Fonds Gesundes Österreich (2005c). *Lebensstil- Kampagnen*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/infos-und-aufklaerung/kampagnen> [31.1.2012].

Fonds Gesundes Österreich (2005d). *Ein Sujet der Kampagne „Schau auf dich!“*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/infos-und-aufklaerung/kampagnen/archiv-kampagnen/seelische-gesundheit-sept-2004-jaenner-2005/mehr-achtsamkeit-fur-die-seelische-gesundheit/2005-11-11.8492291627/view> [17.02.2012].

Fonds Gesundes Österreich (2005e). *Mehr Achtsamkeit auf die seelische Gesundheit: Anhänge des Artikels*. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/hidden/radiospots/SPOT4\\_MU1.mp3/download](http://www.fgoe.org/hidden/radiospots/SPOT4_MU1.mp3/download) [17.2.2012].

Friesenbichler, B. & Hackl, W. (2011). *Studie zu Analphabetismus liefert erste Ergebnisse*. Verfügbar unter: [http://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten\\_details.php?nid=4563](http://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten_details.php?nid=4563) [12.2.2012].

Grotluschen, A., Riekmann, W. & Buddeberg, K. (2012). *Erwerbstätigkeit trotz funktionalem Analphabetismus: Betroffene sind häufig auf Hilfstätigkeiten verwiesen*. Verfügbar unter: <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2012/02/leo.-Newsletter-02-2012.pdf> [12.2.2012].

Inclusion Europe (o.J.). *Information for all: European standards for making information easy to read and understand*. Verfügbar unter: [http://inclusion-europe.org/images/stories/documents/Project\\_Pathways1/Information\\_for\\_all.pdf](http://inclusion-europe.org/images/stories/documents/Project_Pathways1/Information_for_all.pdf) [17.03.2012].

Klostermann, D. (2011). *8. September: UNESCO-Welttag der Alphabetisierung*. Verfügbar unter: [http://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten\\_details.php?nid=4971](http://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten_details.php?nid=4971) [11.2.2012].

Länder-Bund-ExpertInnengruppe „Initiative Erwachsenenbildung“ (2011). *Programmplanungsdokument „Initiative Erwachsenenbildung“: Länder-Bund-Initiative zur Förderung grundlegender Bildungsabschlüsse für Erwachsene inklusive Basisbildung/Grundkompetenzen*. Verfügbar unter: [http://www.bildungsnetzwerk-stmk.at/pdf\\_11/PPD\\_2011\\_09.pdf](http://www.bildungsnetzwerk-stmk.at/pdf_11/PPD_2011_09.pdf) [15.2.2012].

Statistik Austria (2011a). *PIAAC*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/frageboegen/private\\_haushalte/piaac/index.html](http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/piaac/index.html) [12.2.2012].

Statistik Austria (2011b). *Lebensbedingungen und Erwerbsstatus von niedrigen, mittleren und hohen Einkommensgruppen*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/static/lebensbedingungen\\_und\\_erwerbsstatus\\_von\\_niedrigen\\_mittleren\\_und\\_hohen\\_eink\\_022862.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/lebensbedingungen_und_erwerbsstatus_von_niedrigen_mittleren_und_hohen_eink_022862.pdf) [7.2.2012].

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (1958). *Draft Recommendation Concerning The International Standardization Of Educational Statistics*. Verfügbar unter: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001605/160599eb.pdf> [10.2.2012].

World Health Organization (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> [4.1.2012].

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf) [14.2.2012].

## Gesetze

Österreichische Bundesregierung. (1998, 27. März). Gesundheitsförderungsgesetz: GfG. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz/gesundheitsforderungsgesetz/2011-08-19.5583694106/download> [16.2.2012].

## 8.2 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Public Health Action Cycle, eigene Darstellung nach Richter&Hurrelmann (Richter&Hurrelmann, 2009, S. 14) .....	15
<b>Abbildung 2:</b> Gesundheitliche Ungleichheit - 2. Erklärungsmodell (Mielck, 2000, S. 173) .....	24
<b>Abbildung 3:</b> Ein Sujet der Kampagne "Schau auf dich!" (FGÖ, 2005d, www) .....	64

## 8.3 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Merkmale der Proxy-InterviewpartnerInnen (eigene Darstellung, 2012) ..	74
<b>Tabelle 2:</b> Zusammenfassende Betrachtung der beantworteten Forschungsfragen (eigene Darstellung, 2012) .....	114

---

## **ANHANG**

- A1     Anschreiben Proxy-Interviews
- A2     Anschreiben Experteninterview 1
- A3     Anschreiben Experteninterview 2
- B1     Interviewleitfaden Proxy-Interviews
- B2     Interviewleitfaden Experteninterviews
- C      Teil-Transkriptionen
- D1     Kategorienschema Proxy-Interviews
- D2     Kategorienschema Experteninterviews
- E      Eidesstattliche Erklärung

## **A1 Anschreiben Proxy-Interviews**

Sehr geehrte Frau Schubert<sup>1</sup>,

vielen Dank für Ihre Hilfsbereitschaft<sup>1</sup>! Das ist wirklich keine Selbstverständlichkeit!

Nochmals zu meiner Person und zu meinem Anliegen: Mein Name ist Julia Zottl, 24 Jahre alt, und ich bin Studentin an der Fachhochschule Pinkafeld (Management im Gesundheitswesen). Ich gehe in meiner Diplomarbeit der Frage nach, wie (funktionale) AnalphabetInnen für Gesundheitsförderungsprojekte, Gesundheitskampagnen etc. erreicht werden können (das impliziert auch die Frage wie z.B. die verwendeten Medien wie z.B. Broschüren, Flyer, Spots, gestaltet sein sollten). Um die Forschungsfrage zu beantworten, möchte ich gerne Interviews mit TrainerInnen aus dem Alphabetisierungsbereich führen, da sie diejenigen sind, die mit AnalphabetInnen in der Praxis arbeiten. Ich konzentriere mich in meiner Arbeit nicht (!) auf MigrantInnen sondern auf Personen, die das österreichische Bildungssystem durchlaufen, dennoch geringe Lese- und Schreibkompetenz aufweisen und Deutsch sprechen. Zu diesem Zwecke würde ich gerne mit 4-5 TrainerInnen<sup>2</sup> ein Interview führen, das ca. 30-40 Min. dauern würde. Ich würde dafür selbstverständlich nach St.Pölten kommen. Es wäre sehr toll, wenn all diese TrainerInnen am selben Tag, zu unterschiedlichen Zeiten, Zeit hätten, damit ich nur an einem Tag kommen muss. Wenn das nicht möglich ist, ist das überhaupt kein Problem, dann komme ich an 2 unterschiedlichen Tagen. Die Interviews werden dann transkribiert und anonym (!) ausgewertet. Durchführen würde ich die Interviews gerne in der Zeit von 5.-9. März.

Ich würde mir wirklich sehr freuen, wenn sich InterviewpartnerInnen finden würden.

Mit freundlichen Grüßen,

Julia Zottl

---

<sup>1</sup> Christine Schubert (Bildungs- und Heimatwerk Niederösterreich)

<sup>2</sup> Das Anschreiben wurde versendet, nachdem ein Erstkontakt mit Fr. Christine Schubert, der Projektleiterin, per Telefon am 7.2.2012 stattgefunden hatte.

<sup>3</sup> Zum Zeitpunkt dieses Anschreibens bestand noch die Annahme, dass auch mit BasisbildungstrainerInnen aus Wien ein Interview geführt werden kann. Da diese Möglichkeit sich nicht ergab, wurde Frau Schubert nach diesem Anschreiben nochmals elektronisch kontaktiert mit der Bitte um weitere InterviewpartnerInnen.

## **A2 Anschreiben Experteninterview 1**

Sehr geehrter MitarbeiterInnen des FGÖ,

ich bin Studentin an der Fachhochschule Pinkafeld (Management im Gesundheitswesen), befinde mich bei der Verfassung meiner Diplomarbeit zu dem Thema Gesundheitsförderung für AnalphabetInnen und bin auf der Suche nach InterviewpartnerInnen.

In meiner Diplomarbeit gehe ich der Frage nach, wie GF-Projekte, Kampagnen etc. und auch die verwendeten Medien (Broschüren, Spots,...) gestaltet sein sollten, um AnalphabetInnen als Zielgruppe zu erreichen. Dazu führe ich qualitative Interviews mit TrainerInnen aus dem Alphabetisierungsbereich, die genau wissen, wie AnalphabetInnen erreicht werden können. Mein Studiengangsleiter ist nun an mich herangetreten und hat mir nahegelegt, dass ich auch Interviews mit 2 Personen aus führenden GF-Organisationen führen sollte um herauszufinden, wie das Thema "Analphabetismus" in der Organisation bereits erkannt wurde und welche Maßnahmen dahingehend gesetzt werden. Ich habe mich für die Landesebene für die WiG und für die Bundesebene für den FGÖ entschieden.

In meiner Diplomarbeit, in der es allen voran um das Thema Soziale Ungleichheit und Gesundheit geht, befasse ich mich nicht (!) mit MigrantInnen, da dies den Theorierahmen der Arbeit sprengen würde, sondern mit jenen Personen, die das Bildungssystem durchlaufen sind und dennoch geringe bis gar keine Lese- und Schreibkompetenzen aufweisen (funktionale AnalphabetInnen).

Ich würde mich also freuen, wenn meine Email an die richtige Person weitergeleitet wird und sich jemand für ein ca. 30 minütiges Interview bereit erklären würde. Ich habe vor, das Interview in der Woche vom 5.-9. März durchzuführen.

Vielen, herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,  
Julia Zottl

### **A3 Anschreiben Experteninterview 2**

Hallo Matthias<sup>1</sup>,

ich hoffe es geht euch allen gut.

Ich habe eine Frage/Bitte an dich. Ich befinde mich jetzt schon beim Schreiben der Diplomarbeit und müsste zur Beantwortung meiner Forschungsfrage Interviews führen.

Kurz zu meinem Thema: Ich möchte in meiner meiner Diplomarbeit die Frage beantworten, welche Medien in Gesundheitsförderungsprogrammen- und Projekten eingesetzt werden müssten und wie diese Medien gestaltet sein sollen, um eine optimale Erreichung von AnalphabetInnen (funktionalen AnalphabetInnen) zu gewährleisten. Dazu werde ich mit ExpertInnen aus dem Alphabetisierungsbereich qualitative Interviews führen. Nun hat mir aber mein Studiengangsleiter vorgeschlagen, dass ich auch 2 Interviews mit Personen führender GF-Organisationen in Österreich führen sollte. Dabei soll ich der Frage nachgehen, ob das Thema "Analphabetismus" in der Organisation bereits als wichtiges Thema erkannt wurde und wenn ja, wie dahingehend Maßnahmen gesetzt werden. Ich konzentriere mich in meiner Arbeit NICHT auf MigrantInnen, da dies von den theoretischen Modellen her, den Rahmen sprengen würde, sondern auf Personen, die das Schulsystem durchlaufen haben und dennoch keine bis geringe Schriftsprachkenntnisse aufweisen.

D.h. würdest du dich vielleicht für ein ca. 30 minütiges Interview (halbstrukturierte Form), in der Woche von 5.3-9.3, bereit erklären zu diesem Thema?

Das würde mir echt weiterhelfen.

Liebe Grüße,

Julia

---

<sup>1</sup> Matthias Hümmelink, BA (Wiener Gesundheitsförderung)

## **B1 Interviewleitfaden Proxy-Interviews**

Ich möchte mich nochmals bei Ihnen bedanken, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Ich möchte am Anfang nochmals kurz in mein Diplomarbeitsthema einleiten.

Im Fokus meiner Diplomarbeit stehen funktionale AnalphabetInnen und keine MigrantInnen. Ich werde den Begriff „funktionale AnalphabetInnen“ definieren, damit wir in den Interviews dann von derselben Personengruppe sprechen. Funktionale AnalphabetInnen sind Personen, die das Schulsystem durchlaufen sind aber dennoch so geringe Schriftsprachkenntnisse aufweisen, sodass alltägliche Dinge bei denen Schriftsprachkenntnisse gefordert sind schwer fallen, wie z.B. das Lesen eines Formulars.

Die Literatur bietet nun Hinweise, dass Menschen wie z.B. funktionale AnalphabetInnen aufgrund ihres sozioökonomischen Status einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Andererseits werden sie nur schwer von Informationen aus der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht. Grund dafür ist, dass die Informationen oftmals zu komplex und zu umfangreich sind. Ich möchte in meiner Diplomarbeit nun der Frage nachgehen, welche Medien sich eignen um funktionale AnalphabetInnen zu erreichen und wie die Informationen innerhalb dieser Medien aufbereitet sein sollten.

Zu Beginn des Interviews möchte ich Sie noch fragen, ob es für Sie in Ordnung ist, wenn das Interview aufgenommen, wörtlich niedergeschrieben und anschließend anonym ausgewertet wird?

- 1. Zu Beginn etwas Allgemeines: Wie lange sind Sie schon als TrainerIn tätig? Welche Ausbildung haben Sie?**
- 2. Erzählen Sie mir bitte kurz von Ihrem Aufgabengebiet hier in dieser Organisation<sup>3</sup>**
- 3. Stellen Sie sich bitte eine typische Kurseinheit mit funktionalen AnalphabetInnen vor:**
  - Wie ist der Ablauf einer Einheit normalerweise?
  - Welche Medien verwenden Sie in den Kursen?

---

<sup>3</sup> Frage 1 und Frage 2 dienen als so genannte „Eisbrecherfragen“ um den Einstieg in das Gespräch zu erleichtern

- Worin liegt der Vorteil dieser Medien?
  - Was sollte bei der Aufbereitung der Informationen innerhalb dieser Medien beachtet werden?
- 4. Welche Medien würden Sie in Ihren Kursen nicht verwenden? Und warum nicht?**
  - 5. Zum Abschluss möchte ich Sie folgendes bitten: Stellen Sie sich bitte vor, Sie müssten ein Team von GesundheitsförderungsberaterInnen zur medialen Planung von Gesundheitskampagnen beraten: Welche spontanen Tipps würden Sie Ihnen bei der Medienwahl und bei der Aufbereitung der Informationen geben?**

## **B2 Interviewleitfaden Experteninterview**

Ich möchte mich nochmals bei Ihnen bedanken, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Ich möchte am Anfang nochmals kurz in mein Diplomarbeitsthema einleiten.

Im Fokus meiner Diplomarbeit stehen funktionale AnalphabetInnen und keine MigrantInnen. Ich werde den Begriff „funktionale AnalphabetInnen“ definieren, damit wir in den Interviews dann von derselben Personengruppe sprechen. Funktionale AnalphabetInnen sind Personen, die das Schulsystem durchlaufen sind aber dennoch so geringe Schriftsprachkenntnisse aufweisen, sodass alltägliche Dinge bei denen Schriftsprachkenntnisse gefordert sind schwer fallen, wie z.B. das Lesen eines Formulars.

Die Literatur bietet nun Hinweise, dass Menschen wie z.B. funktionale AnalphabetInnen aufgrund ihres sozioökonomischen Status einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Andererseits werden sie nur schwer von Informationen aus der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht. Grund dafür ist, dass die Informationen oftmals zu komplex und zu umfangreich sind. Ich möchte in meiner Diplomarbeit nun der Frage nachgehen, welche Medien sich eignen um funktionale AnalphabetInnen zu erreichen und wie die Informationen innerhalb dieser Medien aufbereitet sein sollten.

Zu Beginn des Interviews möchte ich Sie noch fragen, ob es für Sie in Ordnung ist, wenn das Interview aufgenommen, wörtlich niedergeschrieben und anschließend anonym ausgewertet wird?

- 1. Vielleicht können wir kurz über allgemeine Aspekte Ihrer Organisation sprechen: Welche sind die Hauptaufgaben Ihrer Organisation?**
- 2. Welche Personen werden als Zielgruppe Ihrer Organisation gesehen?**
  - Welche Personengruppen stehen besonders in Ihrem Interesse?
- 3. Welche Medien setzen Sie in Ihrer Organisation ein um GF-Maßnahmen (wie z.B. die Gesundheitsaufklärung) an die Menschen zu bringen?**
- 4. Wie gehen Sie mit dem Thema Analphabetismus um?**

- Wie werden GF-Maßnahmen (wie z.B. die Gesundheitsaufklärung) für funktionale Analphabeten in Ihrer Organisation aufbereitet? D.h. Welche Medien werden zu diesem Zweck eingesetzt?
- Welche Unterschiede bestehen in der Mediendarstellung von GF-Maßnahmen zwischen Analphabeten und nicht-Analphabeten?
- Welche Herausforderungen sehen Sie in Ihrer Organisation bezüglich funktionalem Analphabetismus?

## C Teiltranskriptionen

### Zitate zu Interview 1

**Zitat** (S. 89, Interview 1, Zeile 321): *„Also so Fachwörter, Fremdwörter machen sehr zu schaffen. Es sollte möglichst fremdwörterfrei sein.“*

B<sup>4</sup>: Also ich verwende am ehesten und am meisten den Computer und das Internet. Und da kommen die (.) die Seiten am besten an die bebildert sind, wo die Texte kurz sind, einfach geschrieben sind.

I<sup>5</sup>: Und das trifft auch auf die Zeitschriften

B: Genau, richtig. Also „Heute“ Zeitschrift hat das ja auch. Viele Bilder und wenig Text und man kann sich relativ schnell

I: Also das ist wichtig. Viele Bilder, wenig Text

B: Ja

I: Leichte Texte, schwierige Texte also

→ Zitat: B: *„Also so Fachwörter, Fremdwörter machen sehr zu schaffen. Es sollte möglichst fremdwörterfrei sein.“*

B: (.) Auch ist ja für viele dieser Leute (.) Hochdeutsch schon eine Übersetzung ihrer Muttersprache. Die sprechen im Dialekt und sozusagen der Transfer in das Hochdeutsche (.) ist schon eine Hürde. Also (.) ich denke (.) Texte die die Leute erreichen sollen wenn sie gesprochen sind, und ich verwende das jetzt in meiner in diesen Schulungen natürlich nicht so, aber ich denke mir um sie zu erreichen sind natürlich gesprochene Botschaften mit Musik untermalt, also ich denke eigentlich an Fernsehen das ich nie verwenden würde, glaube ich aber dass diese Leute sehr gut erreicht.

**Zitat** (S. 92, Interview 1, Zeile 234): *„Also so kurze kleine Texte die möglichst klar eine bestimmte Information herüberbringen (.) werden am ehesten gelesen.“*

<sup>4</sup> B: BasisbildungstrainerIn

<sup>5</sup> I: Interviewerin

I: „Klar und Deutlich“.

B: Die ist auch extra für Alphabetisierungskursteilnehmer geschrieben also einfach der Text vereinfacht aber die Aufmachung ist eine Zeitung.

I: Zeitung, wie „Kurier“, „Presse“ in so einem Papier.

B: „Heute“.

I: „Heute“.

B: „Heute“. Die TeilnehmerInnen kommen mit „Heute“ und das wird gelesen und auch die Bilder angeschaut. Und wenn das Bild interessant ist, dann oder das Horoskop lesen oder wie das Wetter wird.

→ Zitat: B: *„Also so kurze kleine Texte die möglichst klar eine bestimmte Information herüberbringen (.) werden am ehesten gelesen.“*

I: Bei den Zeitungen die die Leute mitnehmen meinen Sie, also die „Heute“.

B: Ja, „Heute“. Also das ist die Einzige. Österreich witzigerweise kommt nie. Also vielleicht viel weniger (*unverständlich*).

I: Da kommen die Teilnehmer in den Kurs und haben die Zeitungen mit und

B: Ja.

I: Ok.

**Zitat** (S. 92, Interview 1, Zeile 312): *„Also ich verwende am ehesten und am meisten den Computer und das Internet. Und da kommen die (.) Seiten am besten an die bebildert sind, wo die Texte kurz sind, einfach geschrieben sind.“*

B: Ja, durchaus immer wieder. Also zum Beispiel haben wir uns mit dem richtigen Adressieren von Postkarten und Briefen beschäftigt und da habe ich von der Post eine mitgebracht und da habe ich selber dazugelernt, was die Post denn gerne möchte wie wir das tun. Den haben wir uns zum Beispiel zu Gemüte geführt. Wobei ich aber merke, dass das also für Teilnehmer schwierig ist (.) auch, ja. Das ist schon sehr viel Schrift und man muss da bestimmte Information suchen wenn man jetzt eine daraus lesen möchte und dann sind eben genau die Schwierigkeiten.

I: Könnte man jetzt vielleicht jetzt kurz zusammenfassen oder (.)/ Oder welche Medien würden Sie in Ihren Kursen gar nicht verwenden? Wo würden Sie sagen

„Diese Medien sind für meine Zielgruppe nicht geeignet“? Und weshalb nicht. Oder (.) oder gehen wir noch einmal zurück zu den Medien die Sie verwenden. Können Sie vielleicht kurz zusammenfassen, wie die Medien aufbereitet sein sollen von der Schrift, Farben, von den Bildern.

→ Zitat: B: *„Also ich verwende am ehesten und am meisten den Computer und das Internet. Und da kommen die (.) Seiten am besten an die bebildert sind, wo die Texte kurz sind, einfach geschrieben sind.“*

I: Und das trifft auch auf die Zeitschriften

B: Genau, richtig. Also „Heute“ Zeitschrift hat das ja auch. Viele Bilder und wenig Text und man kann sich relativ schnell

I: Also das ist wichtig. Viele Bilder, wenig Text

B: Ja

I: Leichte Texte, schwierige Texte also

**Zitat** (S. 93, Interview 1, Zeile 293): *„Also ich glaube aber, dass sie sehr darauf ansprechen würden und die Freude hätten wenn ich ihnen mit einem Video komme aber weil das eben entspannend wäre weil da sind die nicht gezwungen zu lesen(.) oder zu schreiben, Ja, also ich glaube das würde sie sehr ansprechen [...].“*

B: Ich halte es für kein geeignetes Medium in dem Zusammenhang. Wobei ich weiß nicht worauf die Frage abzielt. Mein Bild ist so (.) wenn ich das jetzt alles umgehe was meine Arbeit ist und Fantasien entwickle (.) wie man Leute erreichen kann die/ Und mit einem Thema na dann schon. Aber ich will ja die Leute nicht mit einem Thema erreichen das ich ihnen näher bringe. Das mache ich entweder selber durch Reden. (.) Ich will ja, dass sie ihre Aufmerksamkeit dem Schriffterwerb oder der Lesefähigkeit widmen. Und da halte ich es dann nicht für passend irgendein Video-Clip schauen zu lassen.

I: Ok, verstehe was Sie meinen.

→ Zitat: B: *„Also ich glaube aber, dass sie sehr darauf ansprechen würden und die Freude hätten wenn ich ihnen mit einem Video komme aber weil das eben*

*entspannend wäre weil da sind die nicht gezwungen zu lesen(.) oder zu schreiben, Ja, also ich glaube das würde sie sehr ansprechen [...].“*

I: Ok, verstehe. Und wie schaut es aus mit Broschüren? Verwenden Sie so etwas?

B: Ja, durchaus immer wieder. Also zum Beispiel haben wir uns mit dem richtigen Adressieren von Postkarten und Briefen beschäftigt und da habe ich von der Post eine mitgebracht und da habe ich selber dazugelernt, was die Post denn gerne möchte wie wir das tun. Den haben wir uns zum Beispiel zu Gemüte geführt. Wobei ich aber merke, dass das also für Teilnehmer schwierig ist (.) auch, ja. Das ist schon sehr viel Schrift und man muss da bestimmte Information suchen wenn man jetzt eine daraus lesen möchte und dann sind eben genau die Schwierigkeiten.

**Zitat** (S. 94, Interview 1, Zeile 221): *„Also es gibt eine eigene Zeitung die ich persönlich immer wieder probiere aber nicht so ankommt. In meiner Fantasie ist vielleicht Zeitung ist Zeitung und das ist schwierig zu lesen.“*

I: Hätten Sie da eine Erklärung dafür wieso das so ist, dass Bilder so gut wahrgenommen werden?

B: Naja Bilder sind direkter. Also ich denke mir Schrift ist ja schon eine Symbolik für etwas während ein Bild (.) drückt ja noch viel mehr, bildet noch viel mehr das eigentlich Gemeinte ab (.) als ein Wort. Und ist damit einfacher wahrzunehmen denke ich mir für jemanden der mit so einer Symbolik wie Schrift es ist (.) sich schwer tut.

I: Was gibt es da noch außer dem Hamburger ABC?

→ Zitat: B: *„Also es gibt eine eigene Zeitung die ich persönlich immer wieder probiere aber nicht so ankommt. In meiner Fantasie ist vielleicht Zeitung ist Zeitung und das ist schwierig zu lesen.“*

I: Welche Zeitungen sind das?

B: Das ist eine „Klar und Deutlich“ heißt sie.

I: „Klar und Deutlich“.

B: Die ist auch extra für Alphabetisierungskursteilnehmer geschrieben also einfach der Text vereinfacht aber die Aufmachung ist eine Zeitung.

I: Zeitung, wie „Kurier“, „Presse“ in so einem Papier.

B: „Heute“.

I: „Heute“.

B: „Heute“. Die TeilnehmerInnen kommen mit „Heute“ und das wird gelesen und auch die Bilder angeschaut. Und wenn das Bild interessant ist, dann oder das Horoskop lesen oder wie das Wetter wird. Also so kurze kleine Texte die möglichst klar eine bestimmte Information herüberbringen (.) werden am ehesten gelesen.

## Zitate zu Interview 2

**Zitat** (S. 91, Interview 2, Zeile 137): *„Also ich merke da natürlich, dass so Portale wo man ganz viele Sachen (.) auf einer Seite hat (.) und (.) Menschen die dann halt nicht so versiert im Lesen sind und auch nicht sehr versiert da jetzt sind zu recherchieren und zu suchen. Also es müssen schon relativ einfache farblich abgegrenzte Felder sein und nicht sehr viele Felder auf einer Seite, dass das dann ganz gut funktioniert.“*

B: Zeitungsartikel verwende ich sehr gerne weil es doch immer wieder ist, dass zumindest (.) seit es jetzt diese Gratiszeitungen gibt sehr viele Menschen und darunter auch sehr viele Jugendliche weil die Probleme oft daher resultieren, dass die so knapp nach der Schule eigentlich nichts wissen wollen von den Sachen die sie in der Schule gemacht haben. Also auch nicht lesen wollen. Aber dadurch dass es diese Gratiszeitungen jetzt gibt und die überall aufliegen und sehr viele Menschen ja mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs sind. Also da ist das dann schon näher gerückt irgendwie und dadurch ist es auch leichter dass dann zu diesem Wege dann auch greifen und das verwende ich dann auch. Was ich ganz gerne mache ist natürlich auch das Internet zu verwenden und auch zu schauen in die Richtung zu gehen, dass Recherchieren einfacher wird, zu schauen welche Stichwörter verwende ich um was zu erreichen. Und

I: Welche Homepages/ Wie müssen die Homepages sein die Sie so für Ihre Zielgruppe verwenden? Gibt es da irgendwelche Anforderungen (.) wie die aufbereitet sein sollten?

→ Zitat: B: *„Also ich merke da natürlich, dass so Portale wo man ganz viele Sachen (.) auf einer Seite hat (.) und (.) Menschen die dann halt nicht so versiert im Lesen*

*sind und auch nicht sehr versiert da jetzt sind zu recherchieren und zu suchen. Also es müssen schon relativ einfache farblich abgegrenzte Felder sein und nicht sehr viele Felder auf einer Seite, dass das dann ganz gut funktioniert.“*

I: Das heißt mit der Übung das wie Sie vorher gemeint haben, dass sie lernen wie man sich sozusagen durchforsten kann durch diese Homepages. Da ist dann schon eben bei Ihnen die Annahme, dass Sie sagen die Homepages sind heutzutage so kompliziert, dass es gut ist wenn man sich da irgendwie

B: Ja es gibt einige Portale eben das wo ich schon von Vorhinein weiß, dass es da sehr kompliziert ist. (.) Komplizierter finde ich ist noch jetzt für Teilnehmende die einfach auch meistens einen sehr Basis Basiswortschatz haben dann wirklich im Internet „welche Worte welche Stichwörter verwende ich wenn ich mich jetzt interessiere für Motorräder und ich will eine bestimmte Möglichkeit jetzt da ausschöpfen dass ich jetzt dann wirklich ganz detailliert jetzt eingabe so eingegrenzt wie möglich damit ich nicht hundertzwanzigtausend Möglichkeiten jetzt kriege“. Und dann schon wieder auch schwierig ist „welche (.) welche Vorgabe klicke ich jetzt an?“. Also das ist schon noch unter vielen Menschen dass sie sich dann „nicht das Erste und nicht das Dritte und was soll ich jetzt nehmen?“ und dann einfach irgendwas anklicken und sofort wieder zurück und so diese Hin- und Herklickerei dann einfach sehr unübersichtlich wird gleich einmal wenn die Eingrenzung nicht von Vorhinein ist. Abgesehen davon wie jetzt die Homepages dann ausschauen.

**Zitat** (S. 92, Interview 2, Zeile 206): *„Ja was Farbigen ist normalerweise von der Bildern her farbig ist normalerweise immer ansprechender. Also auf das schauen sie glaube ich eher hin als wie wenn sie jetzt Schwarzweiß-Bilder sind. So aus meiner Erfahrung. Und eben, dass es so weit wie möglich kurze Texte sein sollen.“*

B: Mhm (bejahend). Genau. Und das ist mir schon auch wichtig, dass ich schon mehr auch zu dem übergehe weil unsere Gesellschaft ist es so/ Es ist eh alles so visualisiert und man muss eh überall die Augen verwenden. Aber schon auch ein bisschen dazu überzugehen das Hören auch verstärkt einzusetzen. Und was ich dann auch noch ganz gerne verwende da gibt es auch immer wieder so fünf Minuten-Sendungen auf Ö1 und so. Also diese Downloads verwende ich ganz gerne allemal wieder und YouTube-Sendungen zum Beispiel.

I: Also Videos auch.

B: Je nachdem was auch Interessen natürlich sind.

I: Und die Aufbereitung innerhalb dieser Medien vielleicht wenn wir zur Zeitung und zu den Hochglanzmagazinen übergehen. Wie sollten die Informationen aufbereitet sein damit das so gut wie möglich verständlich ist für funktionale Analphabeten? Also vom Text, von den Bil/ Oder von den Farben? Wie sollte das am Besten ausschauen Ihrer Meinung nach?

→ Zitat: B: *„Ja was Farbiges ist normalerweise von der Bildern her farbig ist normalerweise immer ansprechender. Also auf das schauen sie glaube ich eher hin als wie wenn sie jetzt Schwarzweiß-Bilder sind. So aus meiner Erfahrung. Und eben, dass es so weit wie möglich kurze Texte sein sollen.“*

I: Farbiges. Das beinhaltet auch Bilder?

B: Bilder. Bilder vor allem ja farbig.

I: Und wie würden Sie sich erklären warum gerade Bilder und farbige Dinge gerade so zur Erreichung der Zielgruppe dienen? Warum gerade das sich so eignet?

B: Na weil es einfach ein größerer Kontrast ist (.) so vom Reiz. Dass das halt einfach mehr reizt als wenn schwarz-weiße Sachen sind. Wenn die Schrift ist schwarz und die Bilder sind dann in Graustufen das ist halt nicht so ansprechend.

I: Und die Texte wie sollten die sein?

**Zitat** (S. 93, Interview 2, Zeile 108): *„Aber auch eben geht es ganz gut mit so täglichen Gratiszeitungen weil das auch sehr kurze Texte meistens sind und das dann auch gleich mal übersichtlich dargestellt werden kann.“*

I: Und sinnverstehendes Lesen? Ist das auch ein Problem?

B: Sinnerfassendes Lesen ist ganz oft an und für sich ein Problem und (...) da arbeite ich ganz gerne auch mit Zeitungsartikeln die dann bearbeitet werden.

I: Welche Zeitungen verwenden Sie da?

B: Es kommt immer dann darauf an welche Möglichkeiten ersten dass es vor Ort gibt an den verschiedenen Kursorten und welche Inhalte die haben soll. Also das heißt welche Themen sind jetzt interessant das wird auch immer wieder besprochen

welchen Themen sind jetzt für die Teilnehmenden dann auch interessant. Weil jetzt für einen Techniker, also technisch verständigen Mann eine Handwerkszeitung interessanter ist als über Babyernährung sage ich dann immer als Beispiel.

→ Zitat: B: *„Aber auch eben geht es ganz gut mit so täglichen Gratiszeitungen weil das auch sehr kurze Texte meistens sind und das dann auch gleich mal übersichtlich dargestellt werden kann.“*

I: Was meinen Sie mit den Zeitschriften vor Ort vor dem Kursort? Sind Sie an unterschiedlichen Orten?

B: Ja an und für sich sind wir ja aus Niederösterreich alle gemeinsam da unterwegs und deswegen auch zu schauen wenn ich jetzt am Bahnhof eine Zeitung mitnehmen kann geht das ganz gut. Oder es gibt dann halt manchmal auch Zeitungen aufliegen, ich bin auch in einem Jugendzentrum zum Beispiel haben wir Kursräume gemietet wo dann verschiedene Zeitungen aufliegen die dort verwendet werden können.

I: Ok das leitet eigentlich eh schon zu meiner nächsten Frage über die da wäre welche Medien Sie in Ihren Kursen einsetzen? Sie haben gesagt Zeitungsartikel verwenden Sie.

**Zitat** (S. 93, Interview 2, Zeile 280): *„Broschüren und Plakate ist auch so etwas ähnliches was halt irgendwie (.) einfachere Hinweise gibt. Auf einem Plakat ist immer das, das, das drauf und [...] ganz, ganz einfache Hinweise oft drauf sind. Und eben die Information sehr konkret und sehr gebündelt ist.“*

I: Wie schaut es aus mit Broschüren? Verwenden Sie so etwas? Folder?

B: Ja. (.) Broschüren (.) da finde ich das ganz gut dass dann auch eine Schulung ist sozusagen. Dass man Teilnehmenden sozusagen zeigen kann wie ist eine Broschüre aufgebaut, was ist da immer drinnen, was bedeutet das und das. Also das ist dann dass das sozusagen eine Hilfe zur Selbsthilfe ist. Das sie sich dann selber ein bisschen besser zurechtfinden.

→ Zitat: B: *„Broschüren und Plakate ist auch so etwas ähnliches was halt irgendwie (.) einfachere Hinweise gibt. Auf einem Plakat ist immer das, das, das drauf und [...]“*

---

*ganz, ganz einfache Hinweise oft drauf sind. Und eben die Information sehr konkret und sehr gebündelt ist.“*

I: Und empfinden Sie es als wichtig dass derjenige oder dass der Analphabet etwas in die Hand bekommt was er mit heimnehmen kann? Wo er die Information dann daheim nachlesen kann. Zum Beispiel nehme ich jetzt einmal an eine Gesundheitsförderungsbroschüre wo eben steht Ernährungsempfehlungen, Bewegungsempfehlungen, was man tun kann für die psychische Gesundheit und allerlei Dinge. Wäre es wichtig, dass derjenige so einen Zettel mit nachhause bekommt? Oder würde es ausreichen, wenn man das auf einem Plakat liest wenn man vorbeigeht?

**Zitat** (S. 102, Interview 2, Zeile 294): *„Das ist die Frage, ob (.) sehr bodenständige Menschen die eben oft Schwierigkeiten haben in die Richtungen das auf einem Plakat so lesen würden.“*

I: Und empfinden Sie es als wichtig dass derjenige oder dass der Analphabet etwas in die Hand bekommt was er mit heimnehmen kann? Wo er die Information dann daheim nachlesen kann. Zum Beispiel nehme ich jetzt einmal an eine Gesundheitsförderungsbroschüre wo eben steht Ernährungsempfehlungen, Bewegungsempfehlungen, was man tun kann für die psychische Gesundheit und allerlei Dinge. Wäre es wichtig, dass derjenige so einen Zettel mit nachhause bekommt? Oder würde es ausreichen, wenn man das auf einem Plakat liest wenn man vorbeigeht?

→ Zitat: B: *„Das ist die Frage, ob (.) sehr bodenständige Menschen die eben oft Schwierigkeiten haben in die Richtungen das auf einem Plakat so lesen würden.“*

B: Also die Frage stelle ich mir jetzt einmal das halte ich eher für skeptisch. Andererseits jetzt einem Teilnehmer von uns so eine Broschüre mit nachhause zu geben/ (.) Also ich habe wenige Teilnehmer die wirklich zuhause etwas arbeiten. So jetzt ganz grundsätzlich gesagt. Ich kann die Broschüre jetzt in den Kurs mitnehmen,

ich kann in dem Kurs die Broschüre durchgehen, kann dann sagen „So und so funktioniert das“, wir können das durchlesen und durcharbeiten aber jetzt nur mit nachhause zu geben glaube ich landet das im Müll wie viele andere Dinge. Weil das eine Überforderung ist ganz einfach.

**Zitat** (S. 107, Interview 2, Zeile 184): *„Audiosachen verwende ich auch manchmal wenn ich merke, dass die Menschen schon eher so weit sind, dass sie schon auch etwas Gesprochenes, oder was Gesungenes auch manchmal, nachverfolgen können. Also das ist schon auch da muss ich schon auch ein bisschen differenzieren, schauen dass sie dann nicht gleich überfordert sind durch das, das sie hören und dann sofort wegschalten und nichts verstehen einfach von dem was sie da hören.“*

B: Manchmal für eben/ Ich mache ganz oft (.) so Übungen aus der politischen Bildung. Es gibt eben so eine Serie „Politische Bildung in der Basisbildung“. Da (.) nehme ich dann auch immer wieder Wochenzeitungen also eigentlich Hochglanzmagazine auch oft um wirklich auch anschaulich zu machen was so insgesamt passiert und wie ist eigentlich auch insgesamt eine Zeitung aufgebaut. Welche Rubriken gibt es und wie wird das/ Ja um einfach das übersichtlich zu machen. Es ist oft gleich einmal so diese Versagensangst so groß „Naja, pf. Wo soll ich was finden? Ich schau lieber gar nicht hinein weil ich eh nicht finde was ich brauche“.

I: Ok. Also Zeitungen, Hochglanzmagazine haben wir. Internet. Fällt Ihnen sonst noch etwas ein?

B: Ich verwende schon auch Cd's.

I: Also Audio/Visu/ Audio.

→ Zitat: B: *„Audiosachen verwende ich auch manchmal wenn ich merke, dass die Menschen schon eher so weit sind, dass sie schon auch etwas Gesprochenes, oder was Gesungenes auch manchmal, nachverfolgen können. Also das ist schon auch da muss ich schon auch ein bisschen differenzieren, schauen dass sie dann nicht gleich überfordert sind durch das, das sie hören und dann sofort wegschalten und nichts verstehen einfach von dem was sie da hören.“*

B: Mhm (bejahend). Genau. Und das ist mir schon auch wichtig, dass ich schon mehr auch zu dem übergehe weil unsere Gesellschaft ist es so/ Es ist eh alles so visualisiert und man muss eh überall die Augen verwenden. Aber schon auch ein bisschen dazu überzugehen das Hören auch verstärkt einzusetzen. Und was ich dann auch noch ganz gerne verwende da gibt es auch immer wieder so fünf Minuten-Sendungen auf Ö1 und so. Also diese Downloads verwende ich ganz gerne allemal wieder und YouTube-Sendungen zum Beispiel.

I: Also Videos auch.

B: Je nachdem was auch Interessen natürlich sind.

### Zitate zu Interview 3

**Zitat** (S. 88, Interview 3, Zeile 204): *„Ja das ist immer so etwas ganz typisches dass so diese schnellen Verbindungen fehlen. Und wenn die da sind dann ist man so happy. Also ich habe schon einen erlebt der hat das. Unglaublich, ja. Der schießt so Wuchteln raus, unglaublich. Aber ist eher selten. Und auch so Symbole und so. Manchmal sprechen die Leute an und manchmal kommt gar nichts.“*

B: Wo lauter Glühbirnen und dann die Sparlampen und richtige Birnen und dann/ Das hat kein Mensch kapiert. In der Basisbildung kapiert das kein Mensch was das ist. Also das habe ich ausgeschnitten, laminiert, habe mir gedacht „Das ist voll genial“ und (.) Null, ja. Also das habe ich eine halbe Stunde erklären müssen was da für ein Wortwitz dahinter ist und dass es um Entsorgung geht von Sparlampen und blablabla.

I: Das heißt wie schaut es aus mit Wortspielen? Mit Wortwitzen?

B: Fast unmöglich.

I: Warum? Hätten Sie da eine Erklärung dafür?

→ Zitat: B: *„Ja das ist immer so etwas ganz typisches dass so diese schnellen Verbindungen fehlen. Und wenn die da sind dann ist man so happy. Also ich habe schon einen erlebt der hat das. Unglaublich, ja. Der schießt so Wuchteln raus, unglaublich. Aber ist eher selten. Und auch so Symbole und so. Manchmal sprechen die Leute an und manchmal kommt gar nichts.“*

I: Die Symbole. Was meinen Sie da jetzt?

B: Ja, was weiß ich, ich habe zum Beispiel eine Nuss mitgebracht und dann in einer Schulung hat dann jeder so eine Nuss die ganze Schulung bis er die Prüfung geschafft hat oder sein Ziel erreicht hat und dann hat er die Nuss geknackt. Und dann hat er mir das auch berichtet „Ja super ich habe jetzt meine Prüfung geschafft und ich habe die Nuss mitgehabt“. Also die haben das voll gelebt. Und wieder andere sagen „Ja, was soll ich mit einer Nuss?“

**Zitat** (S. 89, Interview 3, Zeile 362): *„Ja da sehe ich sofort Bilder vor mir. So eine Bildergeschichte wo man ohne Text auskommt mehr oder weniger. (.) Sondern nur mit Symbolen die man vielleicht aus dem Alltag kennt und mit Bildern. (.) Anders geht das gar nicht. Ich meine man kann natürlich dann schon vielleicht einen zweiten Teil der Broschüre das dann mit Worten erklären [...].“*

B: Ja ganz klare Botschaften, genau. Ganz klare Botschaften, das ist sicher wichtig.

I: Und so Broschüren wie sollten die ausschauen?

B: Das ist eine gute Frage, ja. (.) Das müsste man ausprobieren das würde mich jetzt auch interessieren.

I: Wenn Sie sich jetzt vorstellen ich bitte Sie jetzt dass Sie mir helfen. Ich muss eine Broschüre gestalten für funktionale Analphabeten zu dem Thema „Ernährung“. Wie sollte so etwas ausschauen?

→ Zitat: B: *„Ja da sehe ich sofort Bilder vor mir. So eine Bildergeschichte wo man ohne Text auskommt mehr oder weniger. (.) Sondern nur mit Symbolen die man vielleicht aus dem Alltag kennt und mit Bildern. (.) Anders geht das gar nicht. Ich meine man kann natürlich dann schon vielleicht einen zweiten Teil der Broschüre das dann mit Worten erklären [...].“*

B: weil ich meine die haben da ja eh oft Leute die ihnen helfen das zu lesen „Geh das interessiert mich, lies mir das vor“ Aber so ein Teil vielleicht wo wirklich nur mit Bild, das man so als Teaser dass ich sage „Das interessiert mich“. Weil alles wo viel Schrift drauf ist wird nicht wahrgenommen. Das kann man vergessen. Das kann man vergessen.

I: Und finden Sie das wichtig, dass die Analphabeten Dinge in die Hand bekommen, die sie mit heim nehmen können?

B: Ich glaube schon, ja.

I: Warum? Warum wäre das wichtig, dass die die Informationen mit heim nehmen können?

B: Ich glaube schon weil das dann mit in den Alltag genommen wird. Und da ist eh so wenig möglich.

I: Wie meinen Sie das jetzt genau?

B: Ja dieses Integrieren in den Alltag das ist eh so wenig. Weil alles das/Wir haben so viele schriftliche Sachen die wir zu Hause haben von Büchern und Notizen und Kalender und Post-its. Das fällt alles weg. Das ist nicht existent. Und da denke ich mir (.) ich weiß nur auch von meinen Teilnehmern die etwas geschaffen haben, am Computer geschrieben haben mit Fotos natürlich drinnen und so die sind wahnsinnig stolz darauf. Weil das was ganz besonderes ist. Und wenn man das dann ausdruckt und mitgibt das ist fast ein Heiligtum. Also könnte ich mir vorstellen, dass wenn das irgendetwas Schönes ist mit irgendeinem schönen Bild, dass man das gerne mitnimmt.

#### **Zitate zu Interview 4**

**Zitat** (S. 88, Interview 4, Zeile 252): *„Bilder sind auch nicht schlecht, ja. Im Sinne von das ich zum Beispiel die weiß ich nicht die Frequently Asked Questions, dass da ein großes Fragezeichen ist oder so. Also das finde ich wichtig.“*

B: Also ich finde diese, ich glaube das ist eh im Rahmen dieser barrierefreien Sachen oder, dass es ein Hauptmenü gibt und dass das aber mehrmals auf der Seite oben ist. Das es links ist und oben und mit Bildern und übersichtlich das hilft schon total. Also die Arbeiterkammer-Seite finde ich da sehr gut aufgebaut, da findet man sich immer gut zurecht. Das help.gv.at finde ich auch nicht schlecht. Und was meine Teilnehmer total irritiert wenn sie, weil die oft Computer ungewohnt sind, sind Pop-Ups. Also das macht sie ganz fertig wenn auf einmal irgendetwas blinkt und „Sie haben gewonnen“ und weiß ich nicht. Darum finde ich das wichtig, dass das auf, gerade so eine AK-Seite die muss werbefrei sein. Unbedingt. Und nicht so blinken und tun und herkommen, das stresst sie total.

I: Und Bilder hast du gemeint sind auch wichtig.

→ Zitat: B: *„Bilder sind auch nicht schlecht, ja. Im Sinne von das ich zum Beispiel die weiß ich nicht die Frequently Asked Questions, dass da ein großes Fragezeichen ist oder so. Also das finde ich wichtig.“*

I: Warum würdest du sagen, dass Bilder so wichtig sind?

B: Weil mir ist zum Beispiel der Aufbau einer Homepage irgendwie der ist ja eh relativ klar. Irgendwo ist das Impressum und wahrscheinlich mehr am Schluss und diese Sachen. Und irgendwo wird Kontakt stehen aber das ist ja, erstens sind die Teilnehmer oft mit den Homepages nicht gewohnt zu arbeiten und sie tun sich halt auch schwer mit dem Lesen. Also darum glaube ich, dass die Bilder da, wenn es sinnvoll Bilder sind, was auch nicht so leicht ist weil die sollen ja nichts suggerieren, aber irgendwie das wäre schon gut wenn das unterstützt einfach.

**Zitat** (S. 88, Interview 4, Zeile 290): *„Aber wie gesagt die Fotos natürlich, gerade von Personen und Situationen, die suggerieren auch immer irgendetwas. Oder alleine über die Menschen, die da drauf sind, wenn da nur Männer drauf sind oder wenn da nur Dunkelhäutige drauf sind oder nur Hellhäutige. Weil das ja auch irgendwie etwas ist, an dem sich die Leute dann viel anhalten an Bildern. Wenn die Schrift nicht so geht.“*

I: Also Zeichnungen aber seriös. Oder erwachsen.

B: Genau. Kennst du das „Hamburger ABC“?

I: Nein, das haben mir die/ Oder ja jetzt durch die Kolleginnen

B: Ja das ist immer wieder so ein Thema bei uns. Das ist vom Ding her total gut für das Lesen lernen und auch Erwachsen, also mir gefällt es aber da sind die Meinungen sicher auch gespalten. Aber die Zeichnungen sind halt immer wieder so (.) sie sind gut gemacht, ich stelle mir das schwierig vor (.) „Kochen“ zu zeichnen, ja. Aber sind halt doch, es gibt Teilnehmer die sagen „Was tue ich mit dem?“ Das ist irgendwie schwierig. Das ist so eine Gradwanderung derweil ist das dezidiert für Erwachsene. Ja, nicht so einfach.

→ Zitat: B: *„Aber wie gesagt die Fotos natürlich, gerade von Personen und Situationen, die suggerieren auch immer irgendetwas. Oder alleine über die Menschen, die da drauf sind, wenn da nur Männer drauf sind oder wenn da nur Dunkelhäutige drauf sind oder nur Hellhäutige. Weil das ja auch irgendwie etwas ist, an dem sich die Leute dann viel anhalten an Bildern. Wenn die Schrift nicht so geht.“*

I: Das heißt da müsste man auch aufpassen was man da einsetzt.

B: Das finde ich schon. Unbedingt. Das weiß ich weil wir bei der Homepage überlegt haben bei den Texten und so und dann haben wir gesagt „Naja mehr Bilder. Auf unserer Homepage ist so viel Text“. Dann haben meine KollegInnen gemeint „Ja, das mit den Bildern das war so heikel und das ist so schwierig weil echte Teilnehmer wollen natürlich nicht rauf auch wegen Anonymität und das ist peinlich und so“ und manche sagen dann „Naja, aber da kann man nicht das Foto nehmen wo es gerade mit Kärtchen legen ist weil da glauben sie das ist kindisch“. Also es ist echt schwierig. Ich finde das wirklich schwierig.

**Zitat** (S. 90, Interview 4, Zeile 269): *„Und gut gegliedert, so mit Aufzählungszeichen zum Beispiel, aber auch nicht erstens, zweitens, drittens sondern Punkte also so wie diese in Word diese Bullet-Points oder wie die heißen, so das würde ich gut finden.“*

I: Und so Broschüren wie sollten die ausschauen? Zum Beispiel jetzt.

B: Ansprechend ist jetzt so wischi waschi gell?

I: Also stell dir vor du müsstest jetzt mit mir gemeinsam eine Broschüre erstellen für deine Kursteilnehmer zum Thema „Ernährung“. Wie sollte die ausschauen?

B: Nicht zu dick, weil sonst ist das abschreckend. (..) Keine Fremdwörter oder so wenige Fremdwörter wie möglich. Relativ groß geschrieben. Und nicht winzig klein von der Handhabung her schon einmal und auch nicht winzig klein geschrieben.

→ Zitat: B: *„Und gut gegliedert, so mit Aufzählungszeichen zum Beispiel, aber auch nicht erstens, zweitens, drittens sondern Punkte also so wie diese in Word diese Bullet-Points oder wie die heißen, so das würde ich gut finden.“*

B: Und eben zum Beispiel da gibt es über die Ernährung eine gute eh vom Lebensministerium, so die Ernährungspyramide. Die habe ich in meiner Schulung

schon einmal verwendet, die ist gut angekommen. Da habe ich mit einer Teilnehmerin geredet und da habe ich die mitgehabt und die hat sich die angeschaut und die hat ihr gefallen. Und wenn Zeichnungen drinnen sind, dass die nicht zu kindisch sind, das ist auch finde ich ganz wichtig, weil so fühlen sie sich irgendwie so auf „Es ist eh schon schwierig lesen und schreiben zu lernen“ und dann noch irgendwie auf Volksschule-Ding irgendwie reduziert werden, das ist nicht so einfach.

**Zitat** (S. 102, Interview 4, Zeile 383): *„Also ich merke halt immer dieses gedrängt zu werden irgendetwas zu unterschreiben oder zu tun oder zu lesen oder Stellung zu beziehen ist irgendwie schwierig. Also bei mir in der Schulung geht das ja weil da sind wir in so einem Rahmen. Aber das sagen sie halt so beim AMS ich habe nur „Jaja gesagt und habe mir gedacht ich bringe es dann mit in die Schulung“. Und sich das dann woanders in Ruhe anschauen zu können würde ich nicht schlecht finden. Ja also zum Beispiel eben so eine kleine Broschüre und die irgendwie hübsch ist und die kann ich mir daheim noch einmal zu Gemüte führen oder eben wo mitbringen oder wen anderen fragen.“*

B: Nein, nein da sind mehr die Österreicher. Da habe ich eine Teilnehmerin die kocht dort ehrenamtlich und das ist immer dann der Donnerstag dreht sich immer herum bei dem Pausengespräch was es zum Essen gegeben hat oder so. Also da irgendwie könnte ich mir Plakate schon vorstellen, ja weil da gibt es ach so Kaffee und Kantine man kann dort einkaufen und essen und da dann irgendetwas auszuteilen oder Plakate anzubringen oder so.

I: Wie ist das mit dem Austeilen? Ist das wichtig, dass die Personen etwas mit heim bekommen?

B: Könnte ich mir schon vorstellen, ja. Weil das ist dann irgendwie etwas das sie dann daheim/

→ Zitat: B: *„Also ich merke halt immer dieses gedrängt zu werden irgendetwas zu unterschreiben oder zu tun oder zu lesen oder Stellung zu beziehen ist irgendwie schwierig. Also bei mir in der Schulung geht das ja weil da sind wir in so einem Rahmen. Aber das sagen sie halt so beim AMS ich habe nur „Jaja gesagt und habe mir gedacht ich bringe es dann mit in die Schulung“. Und sich das dann woanders in Ruhe anschauen zu können würde ich nicht schlecht finden. Ja also zum Beispiel*

*eben so eine kleine Broschüre und die irgendwie hübsch ist und die kann ich mir daheim noch einmal zu Gemüte führen oder eben wo mitbringen oder wen anderen fragen.“*

I: Ist das schwierig wenn auf Plakaten unten so Hinweise sind Telefonnummer und Homepage?

B: Das glaube ich jetzt nicht einmal wenn es in einer gescheiten Größe ist, weil Ziffern kann fast jeder. Also das habe ich bis jetzt erlebt. Das glaube ich weil es hat fast jeder ein Handy. Oder ganz viele Leute die schlecht lesen und schreiben können sind auf Facebook interessanterweise. Das fällt mir auch auf. Das ist anscheinend auch irgendetwas, anscheinend ist da Facebook gut gemacht, ich weiß es nicht. Da sind viele. Das ist irgendwie spannend.

### **Zitate zu Interview 5**

**Zitat** (S. 88, Interview 5, Zeile 303): *„Dann sicher auch Bilder die das gut ausdrücken um was es da geht. Aber das ist eh, wenn das um einen Zeckenbiss geht, da sind eh immer große Zecken drauf zum Beispiel. Also diese Schutzimpfungen gegen den Zeckenbiss. Da weiß man dann auch um was es geht denke ich mir.“*

I: Und zusammenfassend so Broschüren, Artikel, Folder. Wie sollten die gestaltet sein oder Plakate, dass man sagt, dass ist ansprechend für einen Analphabeten, für einen funktionalen Analphabeten? Vielleicht dass man das noch einmal kurz zusammenfasst. Du hast vorher gesagt eine große Schrift wäre wichtig.

B: Mhm (bejahend).

I: Was fällt dir da noch ein?

→ Zitat: B: *„Dann sicher auch Bilder die das gut ausdrücken um was es da geht. Aber das ist eh, wenn das um einen Zeckenbiss geht, da sind eh immer große Zecken drauf zum Beispiel. Also diese Schutzimpfungen gegen den Zeckenbiss. Da weiß man dann auch um was es geht denke ich mir.“*

B: Ich muss sagen ich habe mich noch zu wenig mit dieser Thematik beschäftigt. Also ich habe jetzt auch noch irgendwie zu wenig Leute die da jetzt irgendwie gesagt

hätten „Ja, ich bin krank und ich verstehe irgendwie nichts“. Also ich muss nur daran denken wie wir in Linz waren bei der Weiterbildung, da haben wir, also es ist ja immer bei den Medikamenten ein Beipackzettel und da haben wir eben so etwas gehabt. Also da war zuerst so eine Schilderung einer Situation und dann hast du einen Beipackzettel gehabt, nur war der verkehrt rum geschrieben und es war natürlich kein ganzer Zettel aber so gewisse Basisinformationen. Und da habe ich halt für mich die Erfahrung gemacht „Ok, man kann das schon lesen“. Nur zwischen „Ok, jetzt habe ich das gelesen“ und irgendwie dem Sinn entnehmen (.) das war irgendwie nicht so einfach. Ich denke mir es liegt nicht nur am Lesen sondern man müsste da auch irgendwie (..)/ Es kommt halt auch immer darauf an, wie gesagt ich habe jetzt mit der Thematik nicht so viel am Hut/ Gewisse Kampagnen wenn es um ein bestimmtes Thema geht was Gesundheit betrifft wo man Leute aufklären will oder dass sie Zähne putzen sollen oder ihre Kinder Zähne putzen sollen oder so. Also ich denke man muss dann sicher vor Ort ansetzen, also bei den Zahnärzten, dass die da Aufklärung betreiben. Aber was die Materialien betrifft

**Zitat** (S. 90, Interview 5, Zeile 339): *„Von der Aufbereitung her (...) also eine gut lesbare Schrift also im Sinne von einfach Lesen. Da gibt es eh verschiedene Anleitungen. Da haben wir einmal so eine Anleitung bekommen zu einfach Lesen. Da gibt es auch diese serifenlose Schrift, die ist glaube ich einfacher zu lesen zum Beispiel.“*

I: Oder zumindest mal welche Medien würdest du empfehlen? Welche Art? Vielleicht gar nicht vom Inhalt her wie er aufbereitet sein sollte sondern welche Art von Medium wäre so ein zielführendes um die Zielgruppe zu erreichen?

B: Ich mein ich denke mir gerade zum Thema Ernährung also in so Zeitschriften steht eh immer alles mögliche über das. Darum wäre es halt interessant zu wissen was Leute da darüber denken oder schon wissen. Weil zwischen Informationen haben und wissen und verstehen und das dann auch zu leben ist ja auch ein Unterschied. (..)

→ Zitat: B: *„Von der Aufbereitung her (...) also eine gut lesbare Schrift also im Sinne von einfach Lesen. Da gibt es eh verschiedene Anleitungen. Da haben wir einmal so*

*eine Anleitung bekommen zu einfach Lesen. Da gibt es auch diese serifenlose Schrift, die ist glaube ich einfacher zu lesen zum Beispiel.“*

I: Was ist das für eine Schrift?

B: Es gibt ja Serifen und serifenlose Schrift. Und zwar ist das bei diesen ganzen Textarten die es gibt, also einfach wenn man sich anschaut das ist zum Beispiel eine serifenlose glaube ich. So ganz habe ich diese Begrifflichkeiten auch nicht aber es hat damit zu tun, dass es Schriften gibt wo der eine Buchstabe zum nächsten irgendwie weiter verbindet.

**Zitat** (S. 91, Interview 5, Zeile 225): *„Die Orientierung sollte irgendwie gut möglich sein. Das heißt eben nicht zu viel Information auf einer Seite wo oben und unten und links und rechts und überall irgendwie Information. Sondern eher eine klare Struktur und auch eine einfachere Struktur. Dass der ganze Informationsbalken da wir ja eh von links nach rechts lesen halt dann im linken Bereich ist.“*

I: Ok. Und was für Medien setzt du noch ein in deinen Kursen?

B: Also Internet natürlich. Es gibt auch sehr viele Übungen im Internet also gerade im Bezug auf Rechtschreibung. (..) Kommt halt immer auch darauf an, ob die Person da irgendwie einen Zugang hat zum Computer. Also hier hat sie natürlich einen Zugang aber so einen persönlichen Zugang.

I: Wie sollten so Homepages aufgebaut sein damit sie ansprechend sind für funktionale Analphabeten?

→ Zitat: B: *„Die Orientierung sollte irgendwie gut möglich sein. Das heißt eben nicht zu viel Information auf einer Seite wo oben und unten und links und rechts und überall irgendwie Information. Sondern eher eine klare Struktur und auch eine einfachere Struktur. Dass der ganze Informationsbalken da wir ja eh von links nach rechts lesen halt dann im linken Bereich ist.“*

Aber es ist ja oft auch solchen Homepages so man hat verschiedene Möglichkeiten irgendwo hinzuklicken. Und wenn zum Beispiel jemand auf Jobsuche ist und du gibst ihm den Tipp „Ja schau mal auf die Homepage vom Baumaxx“ oder Sonstiges ist das ja oft so ein kleines Feld wo „Karriere“ steht. Also erstens einmal „Karriere“ und

nicht „Job“ oder so, was irgendwo vielleicht ein griffigerer oder bekannterer Begriff ist. Und dann ist das irgendwo ganz unten in so einer Leiste. Also wo man schon suchen muss oder wenn man schon drauf eingestellt ist, dass das immer auf den Seiten irgendwie ist, gut da kann man eh gezielt suchen aber ich sage einmal wenn man auf einer ganz neuen Seite ist, ist dass dann schon nicht unbedingt förderlich für die Orientierung. Also von da her Homepages denke ich mir mit einer klaren und eher einfachen Struktur und dass das eher sich auf einen gewissen Bereich beschränkt wo die Informationen stehen und wo man dann zum Beispiel weiterklickt oder so und nicht oben, unten, rechts. Ist jetzt so mein Empfinden, meine Vorstellung darüber.

**Zitat** (S. 101, Interview 5, Zeile 372): *„Weil ich denke mir wenn man nicht gut lesen kann dann kauft man sich jetzt nicht „Geo“ oder was weiß ich was für wissenschaftliche Zeitschriften es gibt, ja, nur weil mich das Thema jetzt interessiert. Ich meine gibt es vielleicht auch, was weiß ich. Aber dann brauche ich da schon einmal einen Zugang zu solchen Zeitschriften.“*

B: Ja, natürlich. Keine verschnörgelte Schrift aber das ist ja bei so Foldern oder so eh im Normalfall nicht. Ja dann die Schriftgröße, dass das eher größer geschrieben ist als kleingedruckt. Dann zum Thema Gesundheit, Gewicht (...).

I: Muss jetzt gar nicht so auf das Gesundheitsthema sondern eher allgemein welche Medien sich eignen würden.

B: Ja ich glaube, dass das Fernsehen ja sehr geeignet ist um einfach etwas zu vermitteln und gerade für so Kampagnen, Gesundheitskampagnen glaube ich ist das schon ein gutes Medium. Zeitschriften sicher auch, kommt halt immer nur darauf an wie der Zugang zu diesen Zeitschriften ist. Also wenn es jetzt reine Gesundheitszeitschriften sind ist halt die Frage „Wer abonniert so etwas? Wer kauft so etwas?“ Ich glaube die „Krone“ ist ja noch immer Top-Zeitschrift irgendwie in Österreich. Es müsste dann halt so ein Artikel in der Krone sein. Also einfach so der Zugang dazu der fehlt glaube ich schon auch vielen Leuten dann.

→ Zitat: B: *„ Weil ich denke mir wenn man nicht gut lesen kann dann kauft man sich jetzt nicht „Geo“ oder was weiß ich was für wissenschaftliche Zeitschriften es gibt, ja, nur weil mich das Thema jetzt interessiert. Ich meine gibt es vielleicht auch, was*

*weiß ich. Aber dann brauche ich da schon einmal einen Zugang zu solchen Zeitschriften.“*

B: Und dann (...), ja (...) das Thema muss natürlich interessant sein, auch interessant aufbereitet und vielleicht auch so mit (.) Zeitzeugen. Wie soll ich sagen eher so Interviewausschnitte oder Personen die hinter Aussagen stehen. Also weniger die Studie sagt oder das. Also da ist so mein Empfinden auch von den Kursen die ich im AMS-Kontext gehabt habe, dass das die Leute irgendwie nicht so interessiert was es für Studien gibt. Das interessiert uns die wir ja sehr gebildet sind weil ja alles so wissenschaftlich sein muss aber so die 0815-Person sage ich einmal interessiert das nicht. Also da geht es eher darum vielleicht dass Personen, also das könnte ich mir auch in Zeitschriften gut vorstellen, dass man da dann ein Bild hat von einer Person und halt gewisse Aussagen. Also „ich habe mich schlecht ernährt, weil ich die ganze Zeit nur Süßigkeiten gegessen habe und jetzt bin ich zuckerkrank“ so in die Richtung.

**Zitat** (S. 107, Interview 5, Zeile 202): *„Also einerseits kommt es auf die Begrifflichkeiten auch an „was verwende ich für Begriffe?“, da ist es halt auch immer wichtig einfache Begriffe zu verwenden weil ja wenn das irgendwie ganz abgehobene Begriffe sind, dann kann man da glaube ich auch weniger anfangen. Oder dann eben Erklärungen dieser Begriffe.“*

B: Wieder Bilder oder Animation auch am Besten. Ich denke mir jetzt nicht nur Bilder sondern (.) heutzutage kann man sich auch so viel über YouTube anschauen. Eine Kollegin von mir hat auch gesagt, dass es einfach in vielen Bereichen hilfreich ist bevor man da jetzt weiß ich nicht für eine Anleitung für irgendetwas lesen muss, zum Beispiel wo stecke ich den USB-Stick an, nur als Beispiel ja. Dass man sich da einfach einmal so ein Video anschaut wie das jemand tut. Also ich glaube der Hornbach oder so Baugeschäfte haben teilweise so Animationen wie man einen Boden verlegen kann oder so in die Richtung. Beziehungsweise gibt es halt wie gesagt zu den unterschiedlichsten Themen schon Leute die das einfach gefilmt haben und das halt online stellen. Ich glaube so etwas ist grundsätzlich irgendwie wichtig weil ich merke immer auch wenn man etwas Lesen kann, also auch wenn

jetzt eine Person schön flüssig liest, zwischen Lesen und den Text verstehen oder den Sinn erfassen ist einfach ein Unterschied.

→ Zitat: B: *„Also einerseits kommt es auf die Begrifflichkeiten auch an „was verwende ich für Begriffe?“, da ist es halt auch immer wichtig einfache Begriffe zu verwenden weil ja wenn das irgendwie ganz abgehobene Begriffe sind, dann kann man da glaube ich auch weniger anfangen. Oder dann eben Erklärungen dieser Begriffe.“*

I: Also wenn komplizierte Begriffe dann eine Erklärung dazu?

B: Genau, dann eine Erklärung dazu. Und (.) ja so Animation ich denke mir das ist auf jeden Fall noch hilfreich. Weil es geht ja auch uns oft so wenn wir irgendetwas zusammenbauen muss oder einen Videorecorder programmieren, ok man kann es schon lesen aber das dann umsetzen ist eine andere Sache. Also darum denke ich mir so wie das mit dieser Rettungsgasse war, jetzt nicht nur im Bezug auf Migranten oder so, sondern es macht einfach einen Unterschied ob ich das jetzt lese und beschrieben bekomme/ Also ich habe mir selber auch nicht ganz vorstellen können wie das dann wirklich funktioniert. Und so man sieht dann es bedeutet wirklich auf den Pannestreifen auszuweichen und die anderen da zu der Mittelleitlinie oder was da ist.

### Zitate zu Interview 6

**Zitat** (S. 87, Interview 6, Zeile 281): *„Dann wenn es irgendetwas Schriftliches unter Anführungszeichen gibt, dann kurz, in kurzen, beständlichen Sätzen, Wörter oder Stichwörter [...].“*

I: Ok. Und jetzt noch eine abschließende Frage. Wenn Sie sich mal kurz vorstellen es kommt ein Team von Gesundheitsförderern/ Also so eine abschließende Frage die noch einmal alles zusammenfasst/ Es kommt so ein Team von Gesundheitsförderern auf Sie zu und sagt „Wir hätten gerne Ihre Unterstützung, dass Sie uns beraten wie wir eine Gesundheitskampagne bezüglich Gesundheits/ Oder wie wir Gesundheitsinformationen in einer Gesundheitskampagne aufbereiten

müssen, damit wir funktionale Analphabeten als Zielgruppe erreichen mit unseren Informationen.“ Was würden Sie denen raten? So ganz spontan.

B: In ein paar Worten?

I: Sie können auch gerne ein bisschen mehr dazu erzählen (I und B lachen).

B: Also ich würde auf alle Fälle nicht nur das Bild sondern auch (*kurze Unterbrechung aufgrund eines Kollegen der in das Zimmer kommt*). Ich würde auf alle Fälle sagen nicht nur visuell ansprechen sondern auch das Hören und das also alle Sinne.

→ Zitat: B: *„Dann wenn es irgendetwas Schriftliches unter Anführungszeichen gibt, dann kurz, in kurzen, beständlichen Sätzen, Wörter oder Stichwörter [...]“*

B: mit Bildern oder Grafiken oder sonst irgendetwas unterlegt, farbig und was noch? Oder zumindest eine zusätzliche Anlaufstelle wo man dann nachfragen könnte oder so.

I: Wäre es da wichtig, dass man auch so ein zusätzliches Zettel mit heim bekommt wo dann Informationen oben stehen wo man sich hinwenden kann? Oder genügt das wenn man das zum Beispiel auf einem Plakat liest?

B: Nein, das würde ich mit wie heißen denn die? Mit den Zetteln oder einem Folder oder irgend so etwas machen.

I: So Flyer.

B: Flyer, genau.

**Zitat** (S. 103, Interview 6, Zeile 299): *„Also schwierig und würde glaube ich nicht so viele Leute ansprechen.“*

I: I: Glauben Sie dass das schwierig ist, wenn man so ein Schild auf der Straße oder so ein Plakat sieht und unten steht eine Telefonnummer und eine Internetadresse, dass sie sich das aufschreiben müssen? Ist das schwierig?

I: Von der Zielgruppe funktionale Analphabeten?

B: Nein, auch so glaube ich nicht. Nicht unbedingt. Und speziell von der Zielgruppe (..) nein glaube ich nicht. Also unterstützend schon aber nur alleine das glaube ich nicht.

I: Wie meinen Sie jetzt unterstützend?

B: Unterstützend, man kann ja schon die Plakate dass man die immer wieder irgendwo sieht wenn man durch die Stadt geht oder so. Aber nur das glaube ich nicht.

I: Also nur das Plakat an sich?

B: Ja, das ist glaube ich (..) glaube ich zu wenig.

### Zitate zu Interview 7

**Zitat** (S. 87, Interview 7, Zeile 263): *„Weil ich meine ich beurteile oft so Folder und (.) also es darf nicht viel drinnen sein. Es darf nicht viel Text auf einer Seite sein von einem Folder, ja. Oder wenn der Folder jetzt so auseinander geht, die Info darf nicht zu viel sein. Ich merke immer wenn es viel ist, ist das so, das erschlägt in einem gewissen Sinne, ja. Also je weniger da drauf steht, desto besser ist es glaube ich.“*

I: Würden Sie sonst noch irgendetwas wichtig empfinden? Oder wenn Sie sich zum Beispiel so eine Broschüre vorstellen oder einen Folder. Wie müsste der aufbereitet sein?

B: Ok, das ist eine sehr konkrete Frage. (..) Also da habe ich ein Bild.

→ Zitat: B: *„Weil ich meine ich beurteile oft so Folder und (.) also es darf nicht viel drinnen sein. Es darf nicht viel Text auf einer Seite sein von einem Folder, ja. Oder wenn der Folder jetzt so auseinander geht, die Info darf nicht zu viel sein. Ich merke immer wenn es viel ist, ist das so, das erschlägt in einem gewissen Sinne, ja. Also je weniger da drauf steht, desto besser ist es glaube ich.“*

B: Große Schriftgröße wichtig und (...) ja, dass einfach wenig/ Das merke ich nämlich auch bei den Lernmaterialien. Es gibt so viele Lernmaterialien, ich habe gesagt ich arbeite viel mit Zetteln. Es gibt aus den Lernbüchern, da gibt es Texte zum Beispiel für Deutsch. Da ist auf einer Seite, auf einer A4-Seite total viel, viele Übungen. Und es gibt Lernmaterialien, die sind so aufbereitet, dass nur Sätze sind, ja. Schön, mit schönen Abständen und so. Vielleicht zwanzig Sätze auf einer Seite bei einem Lückentext. Und wenn man zum Beispiel so etwas herlegt, auflegt und sagt „Nehmt euch was“, dass die Leute dann zu diesen einfach gegliederten Dingen tendieren. Und nicht das, wo viel drauf ist. Ich meine es gibt bei den Lernunterlagen

sind ja oft Bilder auch dabei, so Zeichnungen und so weiter. Bei den Lernunterlagen ist es eher auch so, dass das vermieden wird dann. Da eher lenken diese Bilder dann ab und es ist auch wirklich sehr überladen so Seiten. Und ich denke mir gerade bei Folder wäre es wichtig, nicht zu viel zu schreiben.

**Zitat** (S. 89, Interview 7, Zeile 287): *„Aber ich merke es ist nicht logisch weil ich schau mir oft Dinge an die so kommen ja, die Sprache muss total einfach sein. Also wirklich einfache Sprache. Man setzt nämlich oft voraus, dass man sagt zum Beispiel das ist eh Muttersprache Deutsch aber es ist nicht so, ja. Wenn die Sätze ein bisschen komplexer werden oder nur ein bisschen verschachtelt, die verstehen den Sinn nicht.“*

I: Und wie schaut es aus mit so ganz prägnanten Sätzen? Ist das wichtig? Oder nicht?

B: Wichtig wäre sicher kurze Sätze. Kurze Sätze, also keine langen Sätze weil eben alleine von daher schon, dass die Leute Wörter einmal versuchen zu entziffern und dann wenn der Satz länger wird kann man das vergessen. Und die Sprache/ Ich weiß nicht ob es oft so logisch ist, eigentlich sollte es logisch sein.

→ Zitat: B: *„Aber ich merke es ist nicht logisch weil ich schau mir oft Dinge an die so kommen ja, die Sprache muss total einfach sein. Also wirklich einfache Sprache. Man setzt nämlich oft voraus, dass man sagt zum Beispiel das ist eh Muttersprache Deutsch aber es ist nicht so, ja. Wenn die Sätze ein bisschen komplexer werden oder nur ein bisschen verschachtelt, die verstehen den Sinn nicht.“*

B: Also ich denke mir kurze Sätze, einfache Sprache. Ja und ich glaube das Beste ist, wenn Schlagworte drinnen sind, Stichwörter, ja. Also so wirklich treffende Ausdrücke.

I: Wie schaut es aus mit Homepages? Arbeiten Sie mit so etwas? Mit Websites.

B: Gar nicht.

**Zitat** (S. 89, Interview 7, Zeile 227): *„Weil in diesen gängigen, also in diesen Blättern sind dann eben so viele Kürzel und eben englische Begriffe drinnen. Und wenn er zu so etwas kommt kann er nicht weiterlesen weil das versteht er nicht.“*

I: Wie schaut es da allgemein mit Fremdwörtern aus in so Texten?

B: Ist viel drinnen. Also das merke ich dann immer, zum Beispiel bei diesem Mann. Ich habe das nämlich irgendwann dann abgebrochen und zu ihm gesagt „Das geht so nicht. Wir können nicht diese Zeitung lesen“. Ich habe ihm dann „Klar und Deutlich“ empfohlen. Und wir haben dann mit „Klar und Deutlich“ weitergemacht.

→ Zitat: B: *„Weil in diesen gängigen, also in diesen Blättern sind dann eben so viele Kürzel und eben englische Begriffe drinnen. Und wenn er zu so etwas kommt kann er nicht weiterlesen weil das versteht er nicht.“*

I: Und auf welche Abschnitte würden Sie sagen wird in den Zeitungen am meisten so der Fokus gelenkt wenn ein funktionaler Analphabet/ Also was spricht ihn besonders an in einer Zeitung? Was würde ihn reizen zu lesen von der Aufbereitung her?

B: Sie meinen jetzt thematisch?

I: Nein, von der Aufbereitung.

B: Ok.

I: Also zum Beispiel von den Absätzen oder von den Farben.

B: Fotos sind auf jeden Fall einmal wichtig. Also dass Fotos irgendwie dabei sind als Blickfang. Weil ich habe gemerkt orientieren sie sich am Foto und liest dann den Text dazu. So weil ich kann mich erinnern immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren. Ja, wo einfach Fotos waren. Und sonst (..) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend. Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Dass heißt man muss ständig

immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen. Und überhaupt habe ich oft bemerkt dieses in die nächste Zeile springen das ist nicht einfach. Da am Ende wieder nach vorne zu gehen, dann den richtigen Anfang zu finden und nicht eine Zeile darunter weiterzumachen oder so. Also das ist sicher gut wenn der Text

I: Breiter.

B: über die Breite geht, ja.

**Zitat** (S. 90, Interview 7, Zeile 240): *„Und sonst (...) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.“*

I: Und auf welche Abschnitte würden Sie sagen wird in den Zeitungen am meisten so der Fokus gelenkt wenn ein funktionaler Analphabet/ Also was spricht ihn besonders an in einer Zeitung? Was würde ihn reizen zu lesen von der Aufbereitung her?

B: Sie meinen jetzt thematisch?

I: Nein, von der Aufbereitung.

B: Ok.

I: Also zum Beispiel von den Absätzen oder von den Farben.

B: Fotos sind auf jeden Fall einmal wichtig. Also dass Fotos irgendwie dabei sind als Blickfang. Weil ich habe gemerkt orientieren sie sich am Foto und liest dann den Text dazu. So weil ich kann mich erinnern immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren. Ja, wo einfach Fotos waren.

→ Zitat: B: *„Und sonst (...) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja*

*Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.“*

B: Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Dass heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen.

**Zitat** (S. 91, Interview 7, Zeile 248): *„Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Das heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen.“*

B: Fotos sind auf jeden Fall einmal wichtig. Also dass Fotos irgendwie dabei sind als Blickfang. Weil ich habe gemerkt orientieren sie sich am Foto und liest dann den Text dazu. So weil ich kann mich erinnern immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren. Ja, wo einfach Fotos waren. Und sonst (..) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.

→ Zitat: B: *„Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Das heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen.“*

B: Und überhaupt habe ich oft bemerkt dieses in die nächste Zeile springen das ist nicht einfach. Da am Ende wieder nach vorne zu gehen, dann den richtigen Anfang zu finden und nicht eine Zeile darunter weiterzumachen oder so. Also das ist sicher gut wenn der Text

I: Breiter.

B: über die Breite geht, ja.

**Zitat** (S. 92, Interview 7, Zeile 394): *„[...] und auch wieder dieses nicht zu viel Text. Ich merke immer wo viel Text ist an dem geht man vorbei. Ich merke es immer in den Schulungen wo viel Text ist das ist fast bedrohlich, das hat einen negativen Reiz.“*

B: Ja. (...) Ein Plakat so müsste ein Blickfang sein. Also das muss man auf jeden Fall irgendwie grafisch gestalten. Farben total wichtig. (..) Die Leute lesen ein Plakat, das ist ja auch immer spannend. Sie wissen ja oft wenn irgendwo was angeschlagen ist und fragen dann manchmal was das bedeutet. Aber das muss irgendwie was haben das wirklich der Blick daran hängen bleibt. Wie man das macht weiß ich nicht. Also da ist Farbe total wichtig

→ Zitat: B: *„[...] und auch wieder dieses nicht zu viel Text. Ich merke immer wo viel Text ist an dem geht man vorbei. Ich merke es immer in den Schulungen wo viel Text ist das ist fast bedrohlich, das hat einen negativen Reiz.“*

B: Da geht man weg. Ich merke oft zum Beispiel hier da liegt diese Mappe. Es passieren dann manchmal so die Dinge, auf der Mappe steht jetzt „Jump“. Und manchmal passiert es in Gruppen wenn gerade so ein Leerlauf ist oder so, dass die Leute dann so hinschauen und da so zu lesen beginnen und mich dann fragen „Ja,

da steht ja „[Jump]“ (*nicht englisch ausgesprochen*). Was heißt „[Jump]“?, so zum Beispiel, ja. Also sowas das zieht an, ja.

**Zitat** (S. 92, Interview 7, Zeile 238): *„Weil ich habe gemerkt sie orientieren sich am Foto und lesen dann den Text dazu. So weil ich mich erinnern kann immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren.“*

I: Und auf welche Abschnitte würden Sie sagen wird in den Zeitungen am meisten so der Fokus gelenkt wenn ein funktionaler Analphabet/ Also was spricht ihn besonders an in einer Zeitung? Was würde ihn reizen zu lesen von der Aufbereitung her?

B: Sie meinen jetzt thematisch?

I: Nein, von der Aufbereitung.

B: Ok.

I: Also zum Beispiel von den Absätzen oder von den Farben.

B: Fotos sind auf jeden Fall einmal wichtig. Also dass Fotos irgendwie dabei sind als Blickfang.

→ Zitat: B: *„ Weil ich habe gemerkt sie orientieren sich am Foto und lesen dann den Text dazu. So weil ich mich erinnern kann immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren.“*

B: Ja, wo einfach Fotos waren. Und sonst (...) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend. Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Dass heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende.

Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen. Und überhaupt habe ich oft bemerkt dieses in die nächste Zeile springen das ist nicht einfach. Da am Ende wieder nach vorne zu gehen, dann den richtigen Anfang zu finden und nicht eine Zeile darunter weiterzumachen oder so. Also das ist sicher gut wenn der Text

I: Breiter.  
B: über die Breite geht, ja.

**Zitat** (S. 103, Interview 7, Zeile 242): *„Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text.“*

B: Fotos sind auf jeden Fall einmal wichtig. Also dass Fotos irgendwie dabei sind als Blickfang. Weil ich habe gemerkt orientieren sie sich am Foto und liest dann den Text dazu. So weil ich kann mich erinnern immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren. Ja, wo einfach Fotos waren. Und sonst (..) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße.

→ Zitat: B: *„Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle. Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text.“*

B: Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend. Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Dass heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das

Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen. Und überhaupt habe ich oft bemerkt dieses in die nächste Zeile springen das ist nicht einfach. Da am Ende wieder nach vorne zu gehen, dann den richtigen Anfang zu finden und nicht eine Zeile darunter weiterzumachen oder so. Also das ist sicher gut wenn der Text

I: Breiter.

B: über die Breite geht, ja.

**Zitat** (S. 110, Interview 7, Zeile 244): *„Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.“*

B: Fotos sind auf jeden Fall einmal wichtig. Also dass Fotos irgendwie dabei sind als Blickfang. Weil ich habe gemerkt orientieren sie sich am Foto und liest dann den Text dazu. So weil ich kann mich erinnern immer wenn wir was gelesen haben aus einer Zeitung oder wann eine Zeitung Thema war, waren das immer diese Seiten wo viele Fotos waren. Ja, wo einfach Fotos waren. Und sonst (..) wichtig denke ich mir mal ist sicher die Schriftgröße. Weil viele/ Ich meine wenn man es gewohnt ist das schnelle Lesen, also man liest ja Wörter normalerweise und nimmt viel zusammen auf. Da spielt die Schriftgröße nicht mehr so eine Rolle.

→ Zitat: B: *„Dagegen Menschen die wirklich teilweise noch Buchstaben zusammenfassen verwenden dann oft auch den Finger zur Orientierung im Text. Das heißt ist die Schrift sehr klein, dann ist das sehr mühsam. Eine große Schrift oder eine größere Schrift ist sicher sehr gut oder entgegenkommend.“*

B: Und was auch immer, jetzt fällt es mir nämlich ein eben jetzt wenn ich mich so reindenke, was immer ein Problem ist oft bei Zeitungen sind diese Spalten. Dass oft einfach Artikel in Spalten sind. Dass heißt man muss ständig immer in die neue Zeile springen, ja. Und das ist auch mühsam weil die Wörter abgetrennt sind oft am Ende. Das macht es schwierig weil du hast da einen Teil vom Wort und in der nächsten Zeile das Nächste. Das ist schwierig das nämlich mitzunehmen. Und überhaupt habe ich oft bemerkt dieses in die nächste Zeile springen das ist nicht einfach. Da am

Ende wieder nach vorne zu gehen, dann den richtigen Anfang zu finden und nicht eine Zeile darunter weiterzumachen oder so. Also das ist sicher gut wenn der Text l: Breiter.

B: über die Breite geht, ja.

### Zitate zu Interview 8

**Zitat** (S. 84, Interview 8, Zeile 369): *„Also ich würde sagen das braucht es auf alle Fälle. Dass man da Sozialarbeiter oder wie auch immer losschicken würde. Und dass man vielleicht auch die Orte aufsucht, an denen man diese Menschen trifft.“*

B: Ja, genau. Also ich arbeite jetzt zum Beispiel in einem Projekt das betrifft wieder mehr nur Migrantinnen, also türkische Frauen in einem abgelegenen Dorf in Niederösterreich, die eigentlich kaum Busverbindungen auch haben, nur ganz wenige den Führerschein. Und die hat man eben erreicht über Multiplikatorinnen, die auch die Muttersprache sprechen. Die sich auch einmal versucht haben da anzunähern. Sie sind am Anfang auf ziemliche Ablehnung gestoßen, obwohl sie auch die Sprache sprechen. Da war so ein gewisses Misstrauen „Warum kommen die jetzt da her? Und wieso? Was will die eigentlich von mir? Ist das irgendwas Verstecktes vielleicht sogar vom Amt?“. Also da kommen auch Ängste hoch. Ich könnte mir auch vorstellen, dass das auch, abgesehen jetzt vom Thema Migration, so sein kann. Dass da einfach Menschen auch mal vielleicht in erster Linie einmal misstrauisch reagieren aber dass wenn man dann das Vertrauen gewinnt zur Zielgruppe, dass das sehr wertvoll sein kann.

➔ Zitat: B: *„Also ich würde sagen das braucht es auf alle Fälle. Dass man da Sozialarbeiter oder wie auch immer losschicken würde. Und dass man vielleicht auch die Orte aufsucht, an denen man diese Menschen trifft.“*

Also wenn man jetzt davon ausgeht von der These, das sind eher weniger gebildete Menschen, dann müsste ich vielleicht auch suchen. Einfach in vielleicht ärmeren Wohngegenden, im Gemeindebau. Sozialarbeiter losschicken, Streetworker losschicken, die Kontakte knüpfen, die mit den Menschen sprechen „Ja, wie oft gehen Sie zum Arzt?“ und „Haben Sie Probleme, wie sehen Sie das?“. Das würde

ich raten. Und ansonsten ja für die Gestaltung von Informationsmedien (...). Natürlich alles was geschrieben ist, ist natürlich schwierig, ja, sage ich ganz ehrlich. Man weiß ja nicht den Grad. Da ist das Bild am Besten oder einfach die mündliche Kommunikation. Oder, ich könnte mir auch vorstellen, dass es vielleicht auch wenn es vielleicht irgendwie (...) vielleicht ein bisschen lächerlich klingt, aber dass man vielleicht auch über Lautsprecherwerbung Menschen erreichen könnte. So wie der Kirtag ist im Dorf, dass man halt sagt „Ja, der Gesundheitsstand der Stadt Wien ist da und kommen Sie alle und Gratisberatung und Gratis-Blutdruckmessen“.

**Zitat** (S. 86, Interview 8, Zeile 379): *„Oder, ich könnte mir auch vorstellen, dass es vielleicht auch wenn es vielleicht irgendwie (...) vielleicht ein bisschen lächerlich klingt, aber dass man vielleicht auch über Lautsprecherwerbung Menschen erreichen könnte. So wie der Kirtag ist im Dorf, dass man halt sagt „Ja, der Gesundheitsstand der Stadt Wien ist da und kommen Sie alle und Gratisberatung und Gratis-Blutdruck-Messen.“*

B: Ja, genau. Also ich arbeite jetzt zum Beispiel in einem Projekt das betrifft wieder mehr nur Migrantinnen, also türkische Frauen in einem abgelegenen Dorf in Niederösterreich, die eigentlich kaum Busverbindungen auch haben, nur ganz wenige den Führerschein. Und die hat man eben erreicht über Multiplikatorinnen, die auch die Muttersprache sprechen. Die sich auch einmal versucht haben da anzunähern. Sie sind am Anfang auf ziemliche Ablehnung gestoßen, obwohl sie auch die Sprache sprechen. Da war so ein gewisses Misstrauen „Warum kommen die jetzt da her? Und wieso? Was will die eigentlich von mir? Ist das irgendwas Verstecktes vielleicht sogar vom Amt?“. Also da kommen auch Ängste hoch. Ich könnte mir auch vorstellen, dass das auch, abgesehen jetzt vom Thema Migration, so sein kann. Dass da einfach Menschen auch mal vielleicht in erster Linie einmal misstrauisch reagieren aber dass wenn man dann das Vertrauen gewinnt zur Zielgruppe, dass das sehr wertvoll sein kann. Also ich würde sagen, dass braucht es auf alle Fälle. Dass man da Sozialarbeiter oder wie auch immer losschicken würde. Und dass man vielleicht auch die Orte aufsucht, an denen man diese Menschen antrifft. Also wenn man jetzt davon ausgeht von der These, das sind eher weniger gebildete Menschen, dann müsste ich vielleicht auch suchen. Einfach in vielleicht ärmeren Wohngegenden, im Gemeindebau. Sozialarbeiter losschicken, Streetworker

losschicken, die Kontakte knüpfen, die mit den Menschen sprechen „Ja, wie oft gehen Sie zum Arzt?“ und „Haben Sie Probleme, wie sehen Sie das?“. Das würde ich raten. Und ansonsten ja für die Gestaltung von Informationsmedien (..). Natürlich alles was geschrieben ist, ist natürlich schwierig, ja, sage ich ganz ehrlich. Man weiß ja nicht den Grad. Da ist das Bild am Besten oder einfach die mündliche Kommunikation.

→ Zitat: B: *„Oder, ich könnte mir auch vorstellen, dass es vielleicht auch wenn es vielleicht irgendwie (.) vielleicht ein bisschen lächerlich klingt, aber dass man vielleicht auch über Lautsprecherwerbung Menschen erreichen könnte. So wie der Kirtag ist im Dorf, dass man halt sagt „Ja, der Gesundheitsstand der Stadt Wien ist da und kommen Sie alle und Gratisberatung und Gratis-Blutdruck-Messen.“*

I: Also so bei Veranstaltungen. Einfach wo sich viele Leute aufhalten.

B: Ja. Ich würde Events organisieren, ich würde einfach mal versuchen Kontakt zur Zielgruppe zu bekommen, Vertrauen zu schaffen. Weil man muss diese Menschen ja auch finden, ja. JA, weil man geht ja nicht auf der Straße und sagt „Ah, das ist jetzt ein funktionaler Analphabet und der nicht, aber der schon“. Das kann man ja nicht erkennen. Und sehr oft haben die Menschen ja ganz viele Verschleierungstaktiken auch. Weil keiner gibt das gerne zu. Also man müsste da ganz sensibel sich eigentlich rantasten.

**Zitat** (S. 87, Interview 8, Zeile 280): *„Oder „Ich merke ich habe das Kürzere geschafft, jetzt stürze ich mich aufs Längere“. Oder sozusagen die Überschrift verrät schon die Geschichte, dann gibt es noch die Kurzmeldung und dann gibt es sozusagen vielleicht einen Zweispalter.“*

B: Dass man vielleicht einen längeren Text hat zu einer Geschichte, Zeitungsgeschichte. Und dass man das gleiche aber auch noch einmal sozusagen als Kurzmeldung daneben stellt. Dass der Inhalt begriffen werden kann und dass man sozusagen wählen könnte als Rezipient.

I: Was man von dem

B: Genau.

I: Sodass man sagt „Ok, wenn mich das Kurze interessiert, dann probiere ich es beim Längeren“. So irgendwie?

→ Zitat: B: *„Oder „Ich merke ich habe das Kürzere geschafft, jetzt stürze ich mich aufs Längere“. Oder sozusagen die Überschrift verrät schon die Geschichte, dann gibt es noch die Kurzmeldung und dann gibt es sozusagen vielleicht einen Zweispalter.“*

B: Das wäre dann das Längere, oder einen Dreispalter.

I: Also so Überschriften sind auch wichtig oder?

B: Mhm (bejahend). Auf jeden Fall. (.) Auf jeden Fall. Weil Überschriften sind ja sowieso die laden ein zum Lesen oder auch nicht. Die motivieren ja zum Weiterlesen oder auch nicht. Und es müsste auf jeden Fall abgestuft sein für einen funktionalen Analphabeten auch für die Weiterentwicklung.

I: Und dasselbe gilt auch bei Broschüren und Flyern?

B: Ja, würde ich schon sagen. Ja also auf jeden Fall wenn man die Menschen mehr hineinnehmen will und mehr erreichen will, dann sollte man das auf jeden Fall machen. Dann sollte man auch bei der Gestaltung von Broschüren, ich denke jetzt einmal an Vorsorgeuntersuchungen für Brustkrebs wie auch immer, denke ich sollte man einfach diesen Menschen einfach deutlich klar machen über Bilder oder über kurze, verständliche Texte, eindeutige Bilder. Dass sie auch sensibilisiert werden ja, weil also Menschen die das nicht verstehen können, für die das zu viel ist die nehmen das zwar und sagen „Danke, Herr Doktor“ aber die schauen nicht einmal rein, weil für sie ist das nichts, ja.

**Zitat** (S. 94, Interview 8, Zeile 320): *„Naja das sollte halt auch, ich meine sofern dieser Mensch dann mit dem PC oder mit der Maus umgehen kann. Das wäre auch wieder die Grundvoraussetzung, dass das einmal geschaffen wird, dass er das bedienen kann weil sehr viele Menschen auch schon mit dem Fahrkartenautomat von den Wiener Linien überfordert sind, der einen Touchscreen hat.“*

B: Also ich denke mir mal „Was ist einfach?“. Für jemanden der das nicht versteht, der nicht lesen kann sind auch drei Worte nicht einfach. Also da kann man eigentlich nur über das Bild gehen.

I: Ok. Und du hast vorher auch gemeint du arbeitest mit EDV oder mit Internet.

B: Mhm (bejahend).

I: Wie müssen diese Programme am Computer ausschauen die sozusagen den funktionalen Analphabeten ansprechen?

B: Also meinst du jetzt eine Homepage zum Beispiel?

I: Genau. Fangen wir vielleicht einmal mit einer Homepage an, ja.

→ Zitat: B: *„Naja das sollte halt auch, ich meine sofern dieser Mensch dann mit dem PC oder mit der Maus umgehen kann. Das wäre auch wieder die Grundvoraussetzung, dass das einmal geschaffen wird, dass er das bedienen kann weil sehr viele Menschen auch schon mit dem Fahrkartenautomat von den Wiener Linien überfordert sind, der einen Touchscreen hat.“*

B: Also wenn das sozusagen klar wäre, muss man auch wieder über Symbole gehen. Wenn klar ist „Wenn ich auf dieses Symbol, wenn ich das berühre dann komme ich dort hin“. Ja über Symbole. Vielleicht auch wenn man es als multimedial sieht über Töne, Geräusche die dann ausgelöst werden oder bewegte Bilder, Videos.

I: Und bei den Computerprogrammen trifft das da auch zu? Wie sind denn die gestaltet? Wie schaut das aus so ein Computerprogramm?

B: Es gibt schon Computerprogramme, (..) die ein Arbeiten ermöglichen. Natürlich ist wieder ein gewisses Grundverständnis vom Bedienen von diesem Gerät notwendig. Also das muss man schon durchmachen. Ja wie schauen die aus? Das schaut auch so aus, dass viel über Bild funktioniert. Also ich kann ein Beispiel sagen. Es gibt zum Beispiel (.) so ein kleines Quiz zum Erlernen der Obstsorten. Und das funktioniert auf Memorybasis. Also man hat eine aufgedeckt und dann wird eben in einer kurzen Demo gezeigt, dass man andere (aufdecken? *unverständlich*) muss wenn sie gleich sind bleiben sie offen, wenn sie nicht gleich sind schließen sie sich wieder. Solche Spiele gibt es. Und mit den gleichen Obstsorten geht es dann weiter, dass man die zuordnet, also Plural, Einzahl. Das funktioniert über Drag and Drop, das man zieht. Und dann gibt es auch noch eines mit Artikel, da kommt schon der Artikel dazu, den richtigen Artikel zuordnen.

**Zitat** (S. 104, Interview 8, Zeile 245): *„Also in der Erwachsenenbildung ist das Wichtigste über die Motivation zu arbeiten bei Menschen. Weil man kann niemanden*

*zwingen. Bei Kindern geht es vielleicht noch mit Druck ein bisschen besser aber ist jetzt auch nicht so unbedingt mein Ansatz. Aber es funktioniert eher noch. Bei einem Erwachsenen funktioniert das überhaupt nicht. Da hat man auf allen Linien verloren. Man kann nur über die Motivation gehen, Angebote machen, ja.“*

I: Und die gemischten Gruppen. Wenn du da daran denkst, verwendest du Zeitungen oder Broschüren sowas in die Richtung?

B: Ja, sagen wir es einmal so ich nehme es mit und lege es hin.

I: Was nimmst du da mit?

B: Also in dem Fall habe ich jetzt mal die „NÖN“ mitgenommen, ja, Niederösterreichische Nachrichten. Oder wir haben auch in unserem Kursräumen Laptops. Wir haben Internetanschluss. Dass man dann sozusagen ein bisschen auf das Tagesgeschehen eingeht was waren die Nachrichten und da kann man dann schon auch ein bisschen mitbekommen, wie sehr sind die Fähigkeiten ausgeprägt. Also dass man einfach sagt „Habt ihr gehört, in St. Pölten hat es gebrannt? Da ist der Zeitungsartikel, schaut euch mal den durch“. Da sieht man dann auch schon ist das eher ablehnend so „Egal“ oder kommen irgendwelche Ausreden „Ich habe meine Brille vergessen“ oder wie auch immer. Also oft ist es dann ja auch so, dass gerade in diesen gemischten Gruppen denke ich, dass die Menschen auch ein bisschen eine Ausweichmöglichkeit haben sozusagen „Ich wüsste ich hätte auch Lücken in Deutsch aber ich sage ich will Rechnen“. Aber man merkt das zum Beispiel dann auch bei den (Sachaufgaben? *unverständlich*). Also wenn man dann, weiß ich nicht, „Finden Sie die kürzeste Strecke von Dortmund nach Irgendwo“ und wenn dann Städtenamen stehen derjenige spricht die dann falsch aus. Also das merkt man dann auch oft durch Zufall. Oder sagen wir mal der Mensch weiß es vielleicht eh, aber will diese Lücke jetzt gerade nicht füllen sondern eine andere wo er sich denkt „Ah, die kann ich leichter füllen oder schneller füllen weil da bin ich vielleicht begabter“. Aber man kann das dann natürlich auch über Umwege oder ein bisschen spielerisch angehen, dass man die Leute dafür über Umwege interessiert. Also eine Kollegin hat mir auch schon einen wertvollen Tipp gegeben, dass man immer wieder jahreszeitenbedingt dann irgendwelche Grußkarten zum Beispiel gestaltet und schreibt. Und da ist dann auch wieder eine Motivation dahinter, da sagt man „Ok, das schenke ich meiner Frau, meinem Kind, da will ich dass das perfekt ist“. Und da kann man dann sozusagen Interesse sich holen.

→ Zitat: B: *„Also in der Erwachsenenbildung ist das Wichtigste über die Motivation zu arbeiten bei Menschen. Weil man kann niemanden zwingen. Bei Kindern geht es vielleicht noch mit Druck ein bisschen besser aber ist jetzt auch nicht so unbedingt mein Ansatz. Aber es funktioniert eher noch. Bei einem Erwachsenen funktioniert das überhaupt nicht. Da hat man auf allen Linien verloren. Man kann nur über die Motivation gehen, Angebote machen, ja.“*

I: Und/ Ich muss mich jetzt auf die Medien spezialisieren. Die Zeitungen zum Beispiel, wie muss so etwas ausschauen damit das ansprechend ist für einen funktionalen Analphabeten? Was könntest du dir da vorstellen? Wie müsste so eine Zeitungsseite sage ich jetzt einmal, wie müsste so etwas ausschauen?

B: Nicht zu textüberladen auf jeden Fall. Eine größere Schrift auf jeden Fall, ja. Also ich denke jetzt vielleicht auch ein bisschen an XYZ (zwecks Anonymität geändert), ja. Sie ist fünf Jahre zur Schule gegangen, dann war der XYZ (zwecks Anonymität geändert) und ja dann hat sie mitgearbeitet am Land und dann hat sie Kinder bekommen. Also XYZ (zwecks Anonymität geändert) kann ich recht gut vergleichen mit so manchen TeilnehmerInnen, die ich habe. Und XYZ (zwecks Anonymität geändert) sagt auch immer „Ich habe keine Brille“ oder wie auch immer. Also auf jeden Fall müsste es weniger Text haben weil zu viel Text schreckt ab und überfordert. Mehr Bilder, mehr Symbole, eine gut lesbare Schrift. Und eine Schrift die vor allem leicht erkennbar ist. Also wir kennen ja das „A“ wie das ausschauen kann in der Zeitung. Das muss man auch immer wieder erklären in den Kursen „Ah, das ist auch ein „A““, also das ist natürlich für die Menschen eine Hürde. Weil wenn sie jetzt einmal abgespeichert haben „A“, das ist dieses Zeichen“ und dann schaut es auf einmal wieder anders aus. Was ist das dann? (..) Ja, und (..) für funktionale AnalphabetInnen, naja es müsste irgendwie so in der Art aufgelöst sein in mehrere Level.

**Zitat** (S. 105, Interview 8, Zeile 272): *„Dass man vielleicht einen längeren Text hat zu einer Geschichte, Zeitungsgeschichte. Und dass man das gleiche aber auch noch einmal sozusagen als Kurzmeldung daneben stellt. Dass der Inhalt begriffen werden kann und dass man sozusagen wählen könnte als Rezipient.“*

B: Nicht zu textüberladen auf jeden Fall. Eine größere Schrift auf jeden Fall, ja. Also ich denke jetzt vielleicht auch ein bisschen an XYZ (zwecks Anonymität geändert), ja. Sie ist fünf Jahre zur Schule gegangen, dann war der XYZ (zwecks Anonymität geändert) und ja dann hat sie mitgearbeitet am Land und dann hat sie Kinder bekommen. Also XYZ (zwecks Anonymität geändert) kann ich recht gut vergleichen mit so manchen TeilnehmerInnen, die ich habe. Und XYZ (zwecks Anonymität geändert) sagt auch immer „Ich habe keine Brille“ oder wie auch immer. Also auf jeden Fall müsste es weniger Text haben weil zu viel Text schreckt ab und überfordert. Mehr Bilder, mehr Symbole, eine gut lesbare Schrift. Und eine Schrift die vor allem leicht erkennbar ist. Also wir kennen ja das „A“ wie das ausschauen kann in der Zeitung. Das muss man auch immer wieder erklären in den Kursen „Ah, das ist auch ein „A““, also das ist natürlich für die Menschen eine Hürde. Weil wenn sie jetzt einmal abgespeichert haben „A“, das ist dieses Zeichen“ und dann schaut es auf einmal wieder anders aus. Was ist das dann? (..) Ja, und (..) für funktionale AnalphabetInnen, naja es müsste irgendwie so in der Art aufgelöst sein in mehrere Level.

I: Was heißt das?

→ Zitat: B: *„Dass man vielleicht einen längeren Text hat zu einer Geschichte, Zeitungsgeschichte. Und dass man das gleiche aber auch noch einmal sozusagen als Kurzmeldung daneben stellt. Dass der Inhalt begriffen werden kann und dass man sozusagen wählen könnte als Rezipient.“*

I: Was man von dem

B: Genau.

I: Sodass man sagt „Ok, wenn mich das Kurze interessiert, dann probiere ich es beim Längeren“ . So irgendwie?

B: Genau. Oder „Ich merke ich habe das Kürzere geschafft, jetzt stürze ich mich aufs Längere“. Oder sozusagen die Überschrift verrät schon die Geschichte, dann gibt es noch die Kurzmeldung und dann gibt es sozusagen vielleicht einen Zweispalter. Das wäre dann das Längere, oder einen Dreispalter.

## Zitate zu dem FGÖ-Interview

**Zitat** (Seite 95, Interview F, Zeile 43): *„Und als wichtige Zielgruppen haben wir jetzt definiert, nämlich(.) sozial benachteiligte Menschen. Da wollen wir jetzt das Hauptaugenmerk darauf legen. Das heißt wir können das machen einerseits in dem wir über unsere Medien, sei es über unser Magazin zum Beispiel jetzt Themen positionieren oder wir werden heuer eine Konferenz zu dem Thema machen. Und wir haben gesagt, es wird auch werden die Fördermittel höher ausgeschüttet bei Projekten, die diese Zielgruppe ansprechen wollen.“*

E<sup>6</sup>: Also bei uns können ja sozusagen FördernehmerInnen einen Projektantrag stellen. Wir machen ja selber in dem Sinne ja keine Projekte. Das heißt wir sind auch darauf angewiesen, welche Anträge bei uns einlangen. Mit welchen Zielgruppen und welchen Maßnahmen, wo man natürlich dann schon steuern kann bei der Begutachtung.

→ Zitat: E: *„Und als wichtige Zielgruppen haben wir jetzt definiert, nämlich(.) sozial benachteiligte Menschen. Da wollen wir jetzt das Hauptaugenmerk darauf legen. Das heißt wir können das machen einerseits in dem wir über unsere Medien, sei es über unser Magazin zum Beispiel jetzt Themen positionieren oder wir werden heuer eine Konferenz zu dem Thema machen. Und wir haben gesagt, es wird auch werden die Fördermittel höher ausgeschüttet bei Projekten, die diese Zielgruppe ansprechen wollen.“*

Das sind eben Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Also wir haben das so grob in drei Kategorien geteilt, damit wir nicht so eine Aufzählung haben, weil es halt problematisch auch ist. Dann Menschen in schwierigen Lebenssituationen und mit besonderen Belastungen und Menschen mit besonderen Bedürfnissen, zum Beispiel chronisch Kranke. Das Arbeitsprogramm können Sie sich aber auch downloaden. Da ist es dann auch drinnen. Also sozusagen da haben wir dann drinnen wohnungslose MigrantInnen, Menschen in mit prekären Beschäftigungsverhältnissen oder arbeitslose Menschen. Chronisch Kranke,

<sup>6</sup> Expertin

Suchtkranke, behinderte Menschen, Menschen mit niedrigem Einkommen und niedrigerer Schulbildung, was natürlich das Eine das Andere ergibt, das überschneidet sich halt auch. Also das ist jetzt künftig auch unsere Schwerpunktzielgruppe. Und wieso diese? Weil wir gesehen haben, oder das ist schon noch irgendwie nichts Neues mehr, dass auch gerade Gesundheitsförderungs-Projekte besonders die Mittelschicht anspricht. Das heißt hier die Gesundheitschancen dann eigentlich wieder auseinander gehen. Dass man genau die Zielgruppe, die wir jetzt ansprechen wollen normalerweise eigentlich wenig erreicht mit den Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Und das ist eben nicht also (.) Sinn der Sache.

**Zitat** (S. 95, Interview F, Zeile 253): „[...] weil es ist ja auch gar nicht möglich weil wir können ja nicht sagen wir gehen jetzt in das Setting oder ein Projekt geht in das Setting Betrieb und sucht sich dort die AnalphabetInnen/ Also das würde diskriminierend sein das würde auch nicht gehen. Würden wir auch so nicht fördern.“

I: Ok, also zusammenfassend (..) FGÖ legt in seinen in seiner Mediengestaltung nicht explizit einen (.) einen Fokus auf funktionale Analphabeten sondern auf sozial Benachteiligte Personengruppen zu denen auch eventuell (unv.) Analphabeten zählen oder zu denen Analphabeten zu denen Analphabeten zählen, aber keine direkten Projekte für funktionale Analphabeten.

E: Richtig.

I: Ok. (.) Und sehen Sie sonst noch irgendwelche oder weitere Herausforderungen die mit dem Thema Analphabetismus auf Ihre Organisation zukommen können.

E: Aber ich muss jetzt auch nochmal zurück,

→ Zitat: E: „[...] weil es ist ja auch gar nicht möglich weil wir können ja nicht sagen wir gehen jetzt in das Setting oder ein Projekt geht in das Setting Betrieb und sucht sich dort die AnalphabetInnen/ Also das würde diskriminierend sein das würde auch nicht gehen. Würden wir auch so nicht fördern.“

I: Nein nein also es geht jetzt/ Vielleicht habe ich mich vorher unverständlich ausgedrückt. Es geht jetzt nicht darum dass man sagt man macht jetzt ein Projekt für

funktionale Analphabeten sondern alleine nur die Medien die man einsetzt. Dass man sagt ok wie kann man Radiospots gestalten die so gut wie möglich verständlich sind auch für Leute die ein niedriges Schriftsprachkenntnis haben. Nicht jetzt unbedingt dass man ein Projekt für die Menschen gestaltet sondern einfach wie man die Medien gestaltet.

E: Ja, natürlich ist es Ziel so niederschwellig wie möglich zu sein (..) aber ja (..).

I:Ok.

E: Ich kann jetzt auch nicht/ Also die Kampagnen sind evaluiert worden aber ich kann da jetzt leider/ Die Ergebnisse kenne ich jetzt gar nicht.

I:Ok.

**Zitat** (S. 96, Interview F, Zeile 153): *„Da haben wir jetzt einen ähnlichen Antrag für Transitarbeitskräfte in sozialökonomischen Betrieben (.) wo kombiniert ist Basisbildung plus Gesundheitsförderungsthemen. (..) Also das ist ganz niederschwellig (.) eben für die Zielgruppe. Dann habe ich da rausgesucht/ das ist jetzt aber für die MigrantInnen (..) ganz niederschwellige (.) Broschüren wo es darum geht mit migrantischen Frauen bestimmte Themen zu bearbeiten. Das ist dann auch im Setting ganz niederschwellig (während Frauen zu Hause in der Gruppe? unverständlich) und man versucht halt mit Bildern und ganz niederschwellig (.) halt ein bisschen Lesen muss man halt trotzdem können. Aber das wird in der Gruppe mit einer Trainerin durchgearbeitet (..). Also eigentlich müssen sie es gar nicht lesen können und insbesondere ist das so gestaltet, dass es sozusagen auch die Kinder interessiert und die Kinder möglicherweise dann das vorlesen können auch ja.“*

E: Genau von uns Förderprojekte. (..) Ich meine da haben wir zum Beispiel ein Projekt gefördert das ist noch nicht ganz abgeschlossen (.) da geht es um Basisbildung in betrieblichen Settings. Also ich habe den auch angerufen und Sie können den auch gerne kontaktieren wenn Sie wenn Sie das interessiert die sozusagen über das AMS zu der Zielgruppe gekommen sind und dann in Betrieben ah Basisbildungsangebote angeboten haben.

I:Ok.

→ Zitat: E: „*Da haben wir jetzt einen ähnlichen Antrag für Transitarbeitskräfte in sozialökonomischen Betrieben (.) wo kombiniert ist Basisbildung plus Gesundheitsförderungsthemen. (..) Also das ist ganz niederschwellig (.) eben für die Zielgruppe. Dann habe ich da rausgesucht/ das ist jetzt aber für die MigrantInnen (..) ganz niederschwellige (.) Broschüren wo es darum geht mit migrantischen Frauen bestimmte Themen zu bearbeiten. Das ist dann auch im Setting ganz niederschwellig (während Frauen zu Hause in der Gruppe? unverständlich) und man versucht halt mit Bildern und ganz niederschwellig (.) halt ein bisschen Lesen muss man halt trotzdem können. Aber das wird in der Gruppe mit einer Trainerin durchgearbeitet (..). Also eigentlich müssen sie es gar nicht lesen können und insbesondere ist das so gestaltet, dass es sozusagen auch die Kinder interessiert und die Kinder möglicherweise dann das vorlesen können auch ja.*“

I:Ok.

E: MigrantInnen. Das gibt es dann für jede Menge so Hefte zu verschiedenen Themen (...).

I: Ok, das heißt (..) dass Sie auch in Absprache mit ihren Kollegen festgestellt haben, dass die meisten Medien die sie als FGÖ einsetzen Printmedien sind.

E: Richtig.

I: Ja, und diese Radiospots von den Gesundheitskampagnen (..) das ist ja (.) das ist ja kein Printmedium, das

E: Das war eben im Rahmen der Kampagne. Also wieviele Kampagnen es gegeben hat das (.) das weiß ich nicht. Ich glaub alle paar Jahre gibt es eine Kampagne zu verschiedenen Themen (...). Die sind aber immer schwerpunktmäßig eben einmal war es Ernährung einmal war es seelische Gesundheit. (...) Ich weiß nicht vielleicht kennen Sie es eh mit diesen Pickerln Schau auf dich und so (...). Aber das ist jetzt nicht unsere Hauptarbeit (..) diese Kampagnen.

**Zitat** (S. 96, Interview F, Zeile 354): „*Das habe ich mir also notiert. Also wenn man sagt wir müssen vielleicht ein besseres Augenmerk hier auch haben in der Projektbegutachtung, dann müsste es eben vielleicht so ein Qualitätskriterium, ein eigenes geben.*“

E: Genau, eben mit Organisationen die bereits mit sozial benachteiligten Menschen, welcher Art halt immer benachteiligt, schon arbeiten und den Zugang haben. Weil das sehen wir das ist immer das Hindernis. Man muss die Leute erreichen. Und das ist die größte Hürde, ja, (die die Projekte haben? *unverständlich*).

I: Ok. Und in Ihren Anforderungen oder in der Zielgruppenbeschreibung gibt es keine explizite Unterscheidung zwischen

E: Nein, gibt es nicht, nein.

I: funktionalen Analphabeten und Migranten.

→ Zitat: E: *„Das habe ich mir also notiert. Also wenn man sagt wir müssen vielleicht ein besseres Augenmerk hier auch haben in der Projektbegutachtung, dann müsste es eben vielleicht so ein Qualitätskriterium, ein eigenes geben.“*

E: gibt es derzeit nicht, ja. (.) Aber vielleicht wenn Sie dann gute Ergebnisse haben (I und B lachen) in Ihrer Arbeit und plausibel sind kann man sowas ja vielleicht einrichten. Ich mein was man sieht, auch bei der Zielgruppenerreichung, es sind ja viele Projekte, auch Schulprojekte, die Eltern erreichen wollen. Und da sehen wir immer das ist ganz schwierig, und das ist natürlich ein möglicher Grund. (.) Die müssen dort irgendwelche Formulare ausfüllen und wie immer und gehen schlicht nicht hin, ja.

I: Und Sie meinen das ist auch möglicherweise auf Analphabetismus zurückzuführen?

E: Teilweise ja. Sicher.

I: Werden dahingehend schon Lösungen (.) gesucht?

E: Teilweise. Also manche Projekte (.) geben da mehr Rücksicht als andere. Aber eben wie gesagt, vielleicht müssten wir da noch mehr Augenmerk darauf haben.

### **Zitate zu dem WiG- Interview**

**Zitat** (S. 97, Interview W, Zeile 35): *„Also (.) Zielgruppe sind immer sozial benachteiligte Personen und speziell dann noch einmal Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und (.) Frauen eigentlich auch. Oder sagen wir einmal die Berücksichtigung auf jeden Fall des des Gender Aspektes spielt immer eine Rolle. Das kann/ Also Männer können auch eine spezielle Zielgruppe sein. Aber wenn man*

*sagt Frauen und Männer (..) sind es im Grunde auch wieder alle aber immer sozial Benachteiligte.“*

E1<sup>7</sup>: Ja, Hauptaufgaben der WiG sind die Planung, Weiterführung und (..) die Durchführung von Maßnahmen zu Gesundheitsförderung insbesondere für die Gruppe der sozial Benachteiligten (.) Wiener und Wienerinnen. Und (..) das insbesondere in (.) im Setting eigentlich der (.) Region oder des der also (Gruppen? *unverständlich*) der kommunalen Gesundheitsförderung und in (.) Organisationen, wie unser Team speziell.

E2<sup>8</sup>: (*unverständlich*) kann man vielleicht sagen, dass die kommunalen Settings noch keine so lange Geschichte haben (.) und dass es von da von unserer Seite seit eineinhalb Jahren einen Schwerpunkt gesetzt wird. Von der Wiener Gesundheitsförderung, die ja an sich eine junge Organisation ist. Ja, aber ich glaube, ich weiß nicht, zu unseren Hauptaufgabengebieten das ist es im Wesentlichen ja eh. Ich meine, ja/

I: Ok. Und wer, wer ist jetzt die Zielgruppe an die sich die Aktivitäten richten (.) von der WiG?

→ Zitat: E1: *„Also (.) Zielgruppe sind immer sozial benachteiligte Personen und speziell dann noch einmal Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und (.) Frauen eigentlich auch. Oder sagen wir einmal die Berücksichtigung auf jeden Fall des des Gender Aspektes spielt immer eine Rolle. Das kann/ Also Männer können auch eine spezielle Zielgruppe sein. Aber wenn man sagt Frauen und Männer (..) sind es im Grunde auch wieder alle aber immer sozial Benachteiligte.“*

E2: Genau, in dem Rahmen zeigen sich dann halt verschiedene (.) Gruppen, die man die man erreichen möchte. Und ich meine, wobei bei den Organisationen denke ich mir ist es vielleicht dann noch (.) einmal ein bisschen anders, wobei die sozial Benachteiligung immer als Klammer darüber steht. Weil Organisationen halt, das

E1: Genau. Kommen Personen aus verschiedenen (.) Hintergründen natürlich zusammen, obwohl auch da oftmals versucht wird eben besonders (.) zum Beispiel

<sup>7</sup> Experte 1

<sup>8</sup> Experte 2

(.) Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser aus Schwerpunktbezirken der WiG zu nehmen. Oder wie im Programm „TipTop Kariesstop“ die Schulen zu (.) besonders zu versorgen, wo die Kinder erhöhte Karieswerte aufzeigen, aufzeigen.

**Zitat** (S. 97, Interview W, Zeile 154): *„Also ich würde sagen, sozusagen dieser methodische Zugang würde am ehesten noch nahelegen, dass man diese Defizite mitkriegt und mitdenkt und natürlich ist je weiter weg man vom Geschehen ist (.) eben Broschüren aufzulegen und irgendwo im Bezirk zu verteilen und ohne zu wissen wer das jetzt nimmt oder nicht nimmt ist natürlich dann ein ganz ein anderer Zugang.“*

I: Und werden explizit Unterschiede gezogen zwischen Migranten und funktionalen Analphabeten?

E1: Naja, also wir/ Es gibt explizit Informationsmaterial von uns für Migranten und Projekte, die auf die Zielgruppe Migranten ausgerichtet sind. (.) So direkt für funktionale Analphabeten haben wir jetzt nicht kein Programm, also (..) nein.

E2: Oder auch keine Medien oder keine/ Also wie gesagt eher in dem Zugang in dem grundsätzlichen Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen, dass man da (.) versucht über persönliche Kommunikation zu arbeiten. Und wo ich einmal sage wo man sozusagen die Sensibilität mitbringen müsste und sollte. Dass man (.) dann halt nicht im Gespräch sagt na das kannst du dort eh nachlesen und man merkt aber nicht, dass er dass das nicht nachlesbar ist weil die Fähigkeiten dazu fehlen, ja. (..) Ich mir zu einem gewissen Grad eigentlich auch erwarte, dass die Projektpartner die mit uns zusammenarbeiten da (.) diese (.) wenn es diese Defizite gibt, diese auch auch entdecken. Weil, weil ich mir schon denke in so einem aufsuchendem Prozess geht es schon auch immer darum auch gemeinsam etwas zu tun und (..) bis zu einem gewissen Grad auch diese Fortschritte gemeinsam zu überprüfen.

→ Zitat: E2: *„Also ich würde sagen, sozusagen dieser methodische Zugang würde am ehesten noch nahelegen, dass man diese Defizite mitkriegt und mitdenkt und natürlich ist je weiter weg man vom Geschehen ist (.) eben Broschüren aufzulegen und irgendwo im Bezirk zu verteilen und ohne zu wissen wer das jetzt nimmt oder nicht nimmt ist natürlich dann ein ganz ein anderer Zugang.“*

E2: Und über Partnerorganisationen die dann oft mit den Zielgruppen ja schon sehr intensiv gearbeitet haben (.) kriegt auch natürlich dann solche Defizite eher mit. Oder ich glaube da braucht es dann gar nicht so viel Schriftlichkeit überhaupt.

E1: Gerade für die Teilnahme an (.) Projekten, an Maßnahmen ist die persönliche Ansprache meist erfolgversprechender.

**Zitat** (S. 97, Interview W, Zeile 128): *„Ja, also gerade so sind wir jetzt auch in der Erstellung eben von Broschüren, die besonders leicht verständlich sein sollen, also wo die Zielgruppe definiert ist als bildungsferne Schichten (.) wo man dann ja eigentlich auch soziale, funktionale Analphabeten darunter zählen würde. Und da sehen wir uns jetzt auch irgendwie mit der Herausforderung konfrontiert, dass es wenn es zu einfach ist und sich zu sehr auch an zum Beispiel an den Kriterien für leichte Sprache (.) orientiert. Dann wirkt es für Außenstehende direkt so wie es ist für Menschen mit einer Einschränkung und daher nicht für mich. Das ist also wenn es eben auch für das breite Publikum sein sollte für Leute mit normalen Lese- und Schreibfähigkeiten (.) / Das ist irgendwie ein schwieriger (.) Drahtseilakt, das trifft es vielleicht nicht ganz aber, das ist irgendwie ja.“*

E2: Naja, Kriterien, dass man sagt das ist auch für funktionalen Analphabetismus geeignet. Weil man irgendwie so ein bisschen in der Schere drinnen sind, dass man sagt ja, also es gibt schon Möglichkeiten wie man das aufbereiten kann, dass es für alle verständlich wird. Für manche die vielleicht einen anderen Zugang haben ist es aber dann vielleicht nicht so attraktiv oder schaut es vielleicht auch langweilig aus oder ich weiß es nicht. Das kann, muss ja nicht sein aber das wäre so bei den Herausforderungen

E1: Genau da, ja.

E2: Dass wir gesagt haben, wie breit kann man auch Medien aufstellen, dass es für alle auch wirklich attraktiv ist und spannend ist sich das anzuschauen.

I: Da seht ihr als eine Herausforderung.

➔ Zitat: E1: *„Ja, also gerade so sind wir jetzt auch in der Erstellung eben von Broschüren, die besonders leicht verständlich sein sollen, also wo die Zielgruppe definiert ist als bildungsferne Schichten (.) wo man dann ja eigentlich auch soziale, funktionale Analphabeten darunter zählen würde. Und da sehen wir uns jetzt auch*

*irgendwie mit der Herausforderung konfrontiert, dass es wenn es zu einfach ist und sich zu sehr auch an zum Beispiel an den Kriterien für leichte Sprache (.) orientiert. Dann wirkt es für Außenstehende direkt so wie es ist für Menschen mit einer Einschränkung und daher nicht für mich. Das ist also wenn es eben auch für das breite Publikum sein sollte für Leute mit normalen Lese- und Schreibfähigkeiten (.)/  
Das ist irgendwie ein schwieriger (.) Drahtseilakt, das trifft es vielleicht nicht ganz aber, das ist irgendwie ja.“*

I: Und werden explizit Unterschiede gezogen zwischen Migranten und funktionalen Analphabeten?

E1: Naja, also wir/ Es gibt explizit Informationsmaterial von uns für Migranten und Projekte, die auf die Zielgruppe Migranten ausgerichtet sind. (.) So direkt für funktionale Analphabeten haben wir jetzt nicht kein Programm, also (..) nein.

E2: Oder auch keine Medien oder keine/ Also wie gesagt eher in dem Zugang in dem grundsätzlichen Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen, dass man da (.) versucht über persönliche Kommunikation zu arbeiten. Und wo ich einmal sage wo man sozusagen die Sensibilität mitbringen müsste und sollte. Dass man (.) dann halt nicht im Gespräch sagt na das kannst du dort eh nachlesen und man merkt aber nicht, dass er dass das nicht nachlesbar ist weil die Fähigkeiten dazu fehlen, ja. (..) Ich mir zu einem gewissen Grad eigentlich auch erwarte, dass die Projektpartner die mit uns zusammenarbeiten da (.) diese (.) wenn es diese Defizite gibt, diese auch auch entdecken. Weil, weil ich mir schon denke in so einem aufsuchendem Prozess geht es schon auch immer darum auch gemeinsam etwas zu tun und (..) bis zu einem gewissen Grad auch diese Fortschritte gemeinsam zu überprüfen. Also ich würde sagen, sozusagen dieser methodische Zugang würde am ehesten noch nahelegen, dass man diese Defizite mitkriegt und mitdenkt und natürlich ist je weiter weg man vom Geschehen ist (.) eben Broschüren aufzulegen und irgendwo im Bezirk zu verteilen und ohne zu wissen wer das jetzt nimmt oder nicht nimmt ist natürlich dann ein ganz ein anderer Zugang. Und über Partnerorganisationen die dann oft mit den Zielgruppen ja schon sehr intensiv gearbeitet haben (.) kriegt auch natürlich dann solche Defizite eher mit. Oder ich glaube da braucht es dann gar nicht so viel Schriftlichkeit überhaupt.

**Zitat** (S. 98, Interview W, Zeile 241): *„Also Schriftgröße werden jetzt für die neu entstehenden Broschüren wird es immer Schriftgröße zwölf sein. Weil das einfach (.) damit auch gerade für ältere Leute gut lesbar ist. Eine (.) oder maximal zwei Schrifttypen auch (.) und möglichst ein Block pro Seite, sodass nicht mehrere Spalten nebeneinander, also schon, ja daran orientiert, dass es auch gut lesbar ist (.) vom Textbild her.“*

I: Was meinst du jetzt genau mit den Beispielen?

E1: Also wenn man sagt (.) / Vielleicht sagt man nicht „Gehe mit deinen Freundinnen essen“ sozusagen zur Entspannung sondern „Gemeinsames Kochen“. Weil es einfach wenig

I: Angepasst an die Bedürfnisse.

E1: Genau. Daneben geht es eigentlich hauptsächlich darum, dass es sprachlich so formuliert ist, dass es keine hohen Ansprüche stellt an den Bildungsgrad. Also wir versuchen uns da ein Stück weit an Standards für einfache Sprache zu halten. Und (..) das so umzusetzen, dass es einerseits einfach verständlich ist und andererseits aber auch nicht so (.), sagen wir mal so platt aussieht, dass sich andere Leute davon direkt (.)

I: distanzieren.

E1: Distanzieren, weil es zu einfach ist.

I: Und wie schaut es aus mit Schriftgröße, Farben? Wird da auf solche Dinge Wert gelegt?

→ Zitat: E1: *„Also Schriftgröße werden jetzt für die neu entstehenden Broschüren wird es immer Schriftgröße zwölf sein. Weil das einfach (.) damit auch gerade für ältere Leute gut lesbar ist. Eine (.) oder maximal zwei Schrifttypen auch (.) und möglichst ein Block pro Seite, sodass nicht mehrere Spalten nebeneinander, also schon, ja daran orientiert, dass es auch gut lesbar ist (.) vom Textbild her.“*

E1: Naja, viel Einsatz muss gar nicht unbedingt sein. Also die Bilder die verwendet werden, sollten eben auch in ihrem Inhalt nicht zu komplex sein und an der Lebenswelt der der (.) Zielgruppe anschließen. Also eben eine gewisse Identifikation erlauben von den Personen, die darauf abgebildet sind. Angenommen es sind Fotos (.) dann sollen es (.) keine Agenturfotos sein, sondern Fotos von Menschen aus dem

richtigen Leben. Und (.) nicht zu komplex. Also der Sachverhalt der das Bild oder der auf dem Bild dargestellt ist, sollte klar zu erkennen sein.

I: Ok.

**Zitat** (S. 98, Interview W, Zeile 247): *Naja, viel Einsatz muss gar nicht unbedingt sein. Also die Bilder die verwendet werden, sollten eben auch in ihrem Inhalt nicht zu komplex sein und an der Lebenswelt der der (.) Zielgruppe anschließen. Also eben eine gewisse Identifikation erlauben von den Personen, die darauf abgebildet sind. Angenommen es sind Fotos (.) dann sollen es (.) keine Agenturfotos sein, sondern Fotos von Menschen aus dem richtigen Leben. Und (.) nicht zu komplex. Also der Sachverhalt der das Bild oder der auf dem Bild dargestellt ist, sollte klar zu erkennen sein.“*

I: Und wie schaut es aus mit Schriftgröße, Farben? Wird da auf solche Dinge Wert gelegt?

E1: Also Schriftgröße werden jetzt für die neu entstehenden Broschüren wird es immer Schriftgröße zwölf sein. Weil das einfach (.) damit auch gerade für ältere Leute gut lesbar ist. Eine (.) oder maximal zwei Schrifttypen auch (.) und möglichst ein Block pro Seite, sodass nicht mehrere Spalten nebeneinander, also schon, ja daran orientiert, dass es auch gut lesbar ist (.) vom Textbild her.

I: Und viel Einsatz von Bildern hast du gemeint vorhin?

→ Zitat: E1: *Naja, viel Einsatz muss gar nicht unbedingt sein. Also die Bilder die verwendet werden, sollten eben auch in ihrem Inhalt nicht zu komplex sein und an der Lebenswelt der der (.) Zielgruppe anschließen. Also eben eine gewisse Identifikation erlauben von den Personen, die darauf abgebildet sind. Angenommen es sind Fotos (.) dann sollen es (.) keine Agenturfotos sein, sondern Fotos von Menschen aus dem richtigen Leben. Und (.) nicht zu komplex. Also der Sachverhalt der das Bild oder der auf dem Bild dargestellt ist, sollte klar zu erkennen sein.“*

I: Ok.

E2: Vielleicht noch bei den Bildern, weil (.)/ Ich meine, ich weiß jetzt nicht wie weit das bei euch eine Rolle spielt aber (.) beschäftigt hat uns schon auch sozusagen das Thema der kulturellen Interpretation von Bildern. Also Bilder, Bilder sind jetzt nicht

interkulturell zu deuten und von daher natürlich auch eben auch irgendwie (.) wenn man jetzt Printmedien produziert, die dann eine gewisse Zielgruppe ansprechen einfach das man das immer im Kopf hat, das man da aufpassen muss. Weil da kein einiges schief gehen.

I: Unterschiedliche Bedeutungen.

E2: Genau, mhm (bejahend).

**Zitat** (S. 99, Interview W, Zeile 396): *„Nein, das wird es erst geben. Also Fokusgruppen, Feedbackrunden das ist/ (.) Wie die genau abgehalten werden wissen wir noch gar nicht. Wir sprechen gerade so bestehende Gruppen an, die es bei in unseren Projekten oder bei Kooperationspartnern gibt und wo wir relativ einfach Zugang zu Menschen aus unserer Zielgruppe bekommen. Wo wir dann mit Entwürfen hingehen und (.) abfragen, wie sie beu/ Die Verständlichkeit oder die Gestaltung beurteilen.“*

I: Aber für die Inhalte innerhalb dieser Broschüren?

E1: Für die Inhalte wiederum sind dann jeweils die Referenten des Schwerpunktes zuständig. Also ich koordiniere sozusagen die Erstellung. Und die Öffentlichkeitsarbeit ist auch Teil des Projektes.

I: Und wer wirft so den letzten Blick darüber, ob das Ganze jetzt wirklich auch einfach verfasst ist sage ich?

E1: Also es wird Fokusgruppen geben dazu. Und als Team werden wir uns das anschauen.

I: Fokusgruppen. Hat es das schon einmal gegeben oder wird das erst jetzt?

→ Zitat: E1: *„Nein, das wird es erst geben. Also Fokusgruppen, Feedbackrunden das ist/ (.) Wie die genau abgehalten werden wissen wir noch gar nicht. Wir sprechen gerade so bestehende Gruppen an, die es bei in unseren Projekten oder bei Kooperationspartnern gibt und wo wir relativ einfach Zugang zu Menschen aus unserer Zielgruppe bekommen. Wo wir dann mit Entwürfen hingehen und (.) abfragen, wie sie beu/ Die Verständlichkeit oder die Gestaltung beurteilen.“*

I: Von den Broschüren?

E1: Von den Broschüren, genau.

E2: Aber das wäre doch schon interessant, wenn man wie gesagt auch einmal in einen Alphabetisierungskurs zu gehen mit den Broschüren und zu fragen „Was könnt ihr damit anfangen?“ „Wie wirkt das auf euch?“. Also ich denke mir so das wäre ein interessanter Aspekt, ja mit der Geschichte.

**D1 Kategorienschema Proxy-Interviews****K' 1****Tätigkeitsdauer als TrainerIn:**

- Reichweite 1-8 Jahre

**K' 2 Ausbildung der TrainerInnen:**

- Studium (Übersetzung, Soziologie, Philosophie/Germanistik)
- Alphabetisierungslehrgänge
- Diverse (Lehrerin, Coach/Lebens-und Sozialarbeiterin)

**K' 3 Vorangegangene Tätigkeiten:**

- Unterrichtstätigkeiten (Englisch, Deutsch als Fremdsprache, AMS, Volksschule)

**K'4 TeilnehmerInnen-Merkmale:**

- Beide Geschlechter
- Unterschiedliche Nationalitäten
- Unterschiedliche Altersgruppen
- Lernbehinderte
- Unterschiedlicher Analphabetismus-Status

**K'5 Probleme der TeilnehmerInnen:**

- Schreiben/Lesen (sinnerfassend, zügig)
- Rechnen
- Übersetzung Mundart/Dialekt
- Internetrecherche/PC-Grundkenntnisse/technisches Verständnis
- Verstehen komplex Gesprochenem
- Selbstorganisation
- Logopädische Probleme
- Buchstabengefühl
- Verstehen von Wortspielen/Assoziationen
- Merken von Gelerntem
- Symbolinterpretation (v.a. MigrantInnen)
- Kommunikation/Wortschatz (MigrantInnen)

- Geduld
- Geldumgang (MigrantInnen)

#### **K'6 Medieneinsatz in den Kursen:**

- Computer/ Internet (Google, Wikipedia, YouTube, Artikel von Homepages)
- Zeitungen/ Magazine (Klar und Deutlich, Gratiszeitungen)
- Broschüren/Prospekte/Folder
- Angreifbares
- Radio/CD's/Hörübungen
- Kärtchen
- Alphabetisierungsspezifisches (Arbeitsblätter/Hamburger-ABC/Online-Lernspiele)

#### **K'7 Vorteile mancher Medien und deren Aufbereitung:**

- Greifbares Material: besseres Verständnis
- (bunte) Bilder: direkt, anregend
- Gratiszeitungen: kurze, übersichtliche Texte
- Broschüren: Darstellung einfacher Information möglich
- Videos entspannend/motivierend
- Radio nebenbei hörbar
- Youtube (einfach, bunt)
- Arbeiterkammer/help.gv.at gut wegen klarem Aufbau
- Flyer: Beinhaltung weiterer Kontaktstellen
- Radio/ Fernsehen/persönliche Kommunikation besser als Plakat

#### **K' 8 Nachteil mancher Medien und deren Aufbereitung:**

- Broschüren/Zeitungen/Homepages/Folder: zu viel Schrift, zu viel Information, schwer lesbare Schrift
- Zeitungen: zu viele Fremdwörter, Kürzel, Englische Ausdrücke, Spalten, Farben, komplizierte Ausdrücke, zu viel Text, schwer lesbare Schrift
- Manche Homepages zu umfangreich in Darstellung
- AnalphabetInnenzeitung ähnlich zu normalen Zeitungen
- Radio gesellschaftlich rückgängig
- Gratiszeitungen: Sensationsheischend
- Plakat/Broschüren/Folder: Zweck fragwürdig, v.a. wenn kommentarlos ausgegeben, Telefonnummer/Internetadresse nicht ansprechend (Plakat)
- Buch: zu kompakt
- Manches Lernmaterial zu kindisch
- Computer/Homepages: erfordern nicht selbstverständliches Computerverständnis, eher für gebildete Schicht
- Flyer zu verbindlich

#### **K' 9 Tatsächlich Beobachtete Reaktion der TeilnehmerInnen auf diverse Medien und deren Aufbereitung:**

- Homepage/Zeitungen: Fokus auf Bilder, mit einfachen/kurzen Texten/ Bildern beliebt, Verwirrung wenn zu viel Text auf Homepages, Po-Ups verwirren, -Homepage: zu viele Untermenüs verwirren, komplizierter Aufbau benötigt Erklärung
- Lesen kurzer/prägnanter Sätze
- Persönlich eher visuelle Medien im Einsatz als auditive
- Fremdwörter/Hochdeutsch verwirren
- Schwierige Themen/Tiefe Sachverhalte: schwierig für Aufnahme und nicht ansprechend
- Plakat: kein Lesen von Informationen auf der Straße weil anstrengend, viel Information einschüchternd, Blickfang-Plakate (große, auffällige Wörter) ansprechend
- Persönlicher Kontakt weckt Interesse für Themen
- Videos/Fernsehen/Facebook/Radio beliebt
- Zeitungen/Paragrafen: Ehrfurcht
- Abgeteilte Wörter verwirren
- Themenspezifische Folder: zu schwierige Formulierungen
- Ernährungspyramide beliebt
- Zu etwas Drängen unerwünscht
- Spielerisches Lernmaterial beliebt
- Lesen von Gratiszeitungen
- Zuerst Foto dann Text im Fokus
- Broschüren: zu viel Text einschüchternd
- Gliederung beliebt

#### **K'10 Vorgeschlagene Tipps zur Erreichung der Zielgruppe:**

- Medien: Videos/Fernsehen (Informationen in Nachrichtensendungen einbauen)/Radio (Wiederholte Durchsagen, inkl. Schriftlicher Information: Symbole, leichte Texte/Nummern)
- Flyer: wenig Information, bei Sommermärkten austeilen
- Homepage: einfache, farbige Menüs, einfache Wörter, Alltagsbilder, große Schrift, klare Ordnung, Wiederholungen, Hauptmenü links oben, Bilder für Menüs, wenig Info pro Seite, klare Struktur, Informationsbalken links, bekannte Begriffe, Informationen sollen sich auf gewissen Bereich beschränken, Multimedia/Audiodateien, wenig Untermenüs, klare weiterführende Symbole
- Zeitungen: kurze/wenige Texte, wenig Nebensätze, große/einfache Schrift, prägnante Schrift, keine Fremdwörter, großes Format, gebündelte Information, einfacher Text, ansprechende Grafik, Bilder, farblich, keine Spalten, Kurzmeldungen neben längerem Text oder prägnante Überschrift, dann Kurz-dann Langtext, prägnante Überschrift
- Broschüren: Kombination mit MultiplikatorInnen, viele (prägnante) Bilder und Symbole aus Alltag, wenig Text, Erklärung zu den Bildern im zweiten Teil, nicht dick, nicht zu dick, keine/geringe Fremdwörter, große/leicht lesbare Schrift, adäquate Handhabungsgröße, klare Gliederung mit Punkten, keine kindischen Bilder, nicht zu viel Information auf einer Seite, Stichwörter, Kurzmeldungen neben längerem Text oder prägnante Überschrift, dann Kurz-dann Langtext, prägnante Überschrift
- Plakate: Bildergeschichten, bekannte Bilder, klare Botschaften, 1 prägnante

Information oder Bild statt Text, anbringen wo Zielgruppe ist, Hinweise groß schreiben, inkl. Flyer, nur unterstützend einsetzen, Blickfang, Farben, wenig Text, außergewöhnliche/fremdsprachige Begriffe erklären, einzelne Begriffe groß schreiben

- Goodies/unverbindliches Material einsetzen
- Folder: mehr (prägnante) Bilder, kürzere Sätze, Klarheit, kein Blocksatz, große Schrift, Farbe, wenig Text, einfache Worte, wenig Fremdwörter, keine Füllwörter, Stichwörter, prägnante Überschriften, nicht zu viel Information auf einer Seite, leicht lesbare Schrift, Kurzmeldungen neben längerem Text oder prägnante Überschrift, dann Kurz-dann Langtext, prägnante Überschrift
- Aufsuchendes Arbeiten (v.a. bei MigrantInnen-Communities): Vertrauen gewinnen, zielgruppenspezifische Orte aufsuchen
- MigrantInnen über Kinder erreichbar
- Vor Ort ansetzen: Zusammenarbeit mit Ärzten/ Arbeitsamt
- Lautsprecher bei öffentlichen Veranstaltungen

## D2 Kategorienschema Experteninterviews

Reduktion
<p><b>K'1 Zielgruppen der Organisation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Beide</u>: Sozial Benachteiligte, Menschen mit besonderen Bedürfnissen</li> <li>- <u>FGÖ</u>: Fachpersonen, Öffentlichkeit, bestimmte Zielgruppen (z.B. Bürgermeister)</li> <li>- <u>WiG</u>: Kinder/Jugendliche, Ältere</li> </ul>
<p><b>K'2 Aufgaben der Organisation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Beide</u>: Gesundheitsaufklärung</li> <li>- <u>FGÖ</u>: Organisatorisches im Bereich der Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten (finanzielle Förderung, Begutachtung Anträge, Kriterienarbeit, Beratung und Begleitung, Thematische Etablierung, Capacity Building), Gesundheitsaufklärung in Öffentlichkeit, Settingarbeit, Methodenausarbeitung, Kontaktaufnahme)</li> <li>- <u>WiG</u>: Planung/Weiterführung/Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen</li> </ul>
<p><b>K'3 Maßnahmen um sozial benachteiligte Personen in den Mittelpunkt zu rücken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>FGÖ</u>: „Soziale Benachteiligung“ in Medien verankern, Konferenzen zu dem Thema organisieren, Höhere Förderungen für Projekte für diese Zielgruppe</li> <li>- <u>WiG</u>: Setzen von Schwerpunktbezirken</li> </ul>
<p><b>K'4 Maßnahmen zur Erreichung der definierten Zielgruppe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Beide</u>: Medieneinsatz (Magazin, Infobroschüren, Flyer/Folder, Website)</li> <li>- <u>FGÖ</u>: <u>Öffentlichkeit</u>: Grafisches zu Ernährung/Bewegung, Newsletter, Poster, Plakate, Fernseh- und Radiospot in Kampagnen <u>Fachpersonen</u>: Forschungsberichte, Broschüren/Fact-Sheets/Projektberichte, Tätigkeitsberichte, Arbeitsprogramme, Konferenzen, Expertenworkshops, Bildungsnetzwerk mit Seminaren</li> <li>- <u>WiG</u>: <u>Sozial Benachteiligte</u>: Persönliche Information <u>MigrantInnen</u>: aufsuchende Arbeiten in Communities, Kenntnis über Aktivität der MigrantInnen einholen und darauf aufbauen Strategiefindung <u>Allgemeines zu Medien</u>: Hotline, leichte Sprache aber nicht zu leicht (Distanzierungsfaktor des breiten Publikums), Schriftgröße 12 (auch für Ältere optimal), 1 oder max. 2 Schrifttypen, ein Block pro Seite, einfache Bildinhalte und angepasst an Lebenswelt (Identifizierung damit möglich!), keine Fremdwörter und keine wissenschaftlichen Exkurse und Fußnoten, Erklärung</li> </ul>

komplexer Zusammenhänge oder Vereinfachung, Orientierung an europäischen Richtlinien für europäische Sprache, Life Lounge bei Events  
Allgemeines: Erhebungsphase, Ausarbeitung Kommunikationsstrukturen und Medien

#### **K'5 Medienspezifisches/ Erreichungsspezifisches:**

- FGÖ: Geringer Kampagneneinsatz, gesundheit.gv.at erreicht meist gebildete Frauen (sind dann Multiplikatorinnen)
- WiG: Aufsuchendes Arbeiten bei Sozial Benachteiligten sowie persönliches Ansprechen für Projekt-oder Maßnahmenteilnahme erfolgsversprechender, Gradwanderung in Broschüreneerstellung Gebildet vs. Ungebildet

#### **K' 6 Analphabetismusspezifisches:**

- Beide: Zusammenarbeit mit Volkshochschulen (FGÖ geplant, WiG durchgeführt), Annahme dass persönliches Aufsuchen zielführend ist (FGÖ zum Beispiel durch geplante Zusammenarbeit mit Nachbarschaftszentren in benachteiligten Regionen)
- FGÖ: Geringe Beachtung von AnalphabetInnen bei Printgestaltung, Förderung von Projekten in Bereich Basisbildung/Broschüren für MigrantInnen, durch Settingarbeit explizites Aufsuchen von AnalphabetInnen nicht möglich und diskriminierend/nicht förderwürdig (außer explizites Setting vorhanden), Vorstellbar: eigenes Qualitätskriterium für Projekte mit Fokus auf Analphabetismus
- WiG: AnalphabetismusThema in kooperierenden Einrichtungen, gerade Broschüren für bildungsferne Schichten, Material/Projekte für MigrantInnen, keine expliziten Medien für funktionale AnalphabetInnen, Projektpartner sollten Defizit erkennen und sensibel reagieren, Herausforderungen: Sensibilität für das Thema und richtige Reaktion, Finden funktionaler AnalphabetInnen,

#### **K'7 Position der InterviewpartnerInnen:**

- Alle: GesundheitsreferentInnen
- FGÖ: Gesundheitsreferentin „soziale Benachteiligung“, inhaltliche Begutachtung Projektanträge
- WiG:  
 Interviewpartner 1: Gesundheitsreferent Kinder/Jugendliche, Projektleiter Broschüreneerstellung  
 Interviewpartner 2: „Gesunde Regionen“/“Diversity und sozial Schwache“

## **E Eidesstattliche Erklärung**

„Ich versichere hiermit, dass ich die Masterarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe. Die von mir verwendeten Hilfsmittel habe ich angegeben, Zitate kenntlich gemacht.“

Wien, am 21. Mai 2012

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Julia Zottl)