

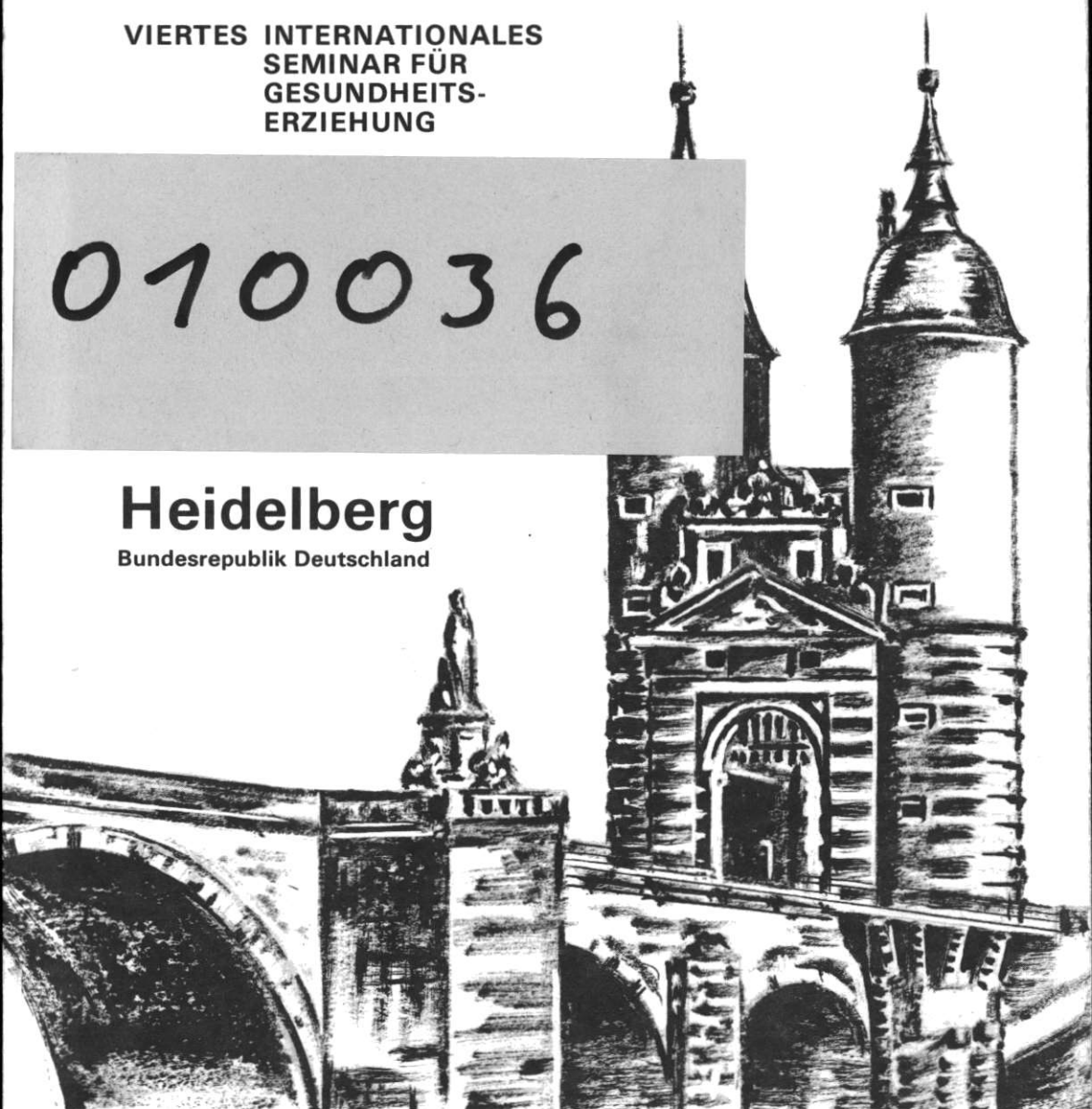
Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung

VIERTES INTERNATIONALES
SEMINAR FÜR
GESUNDHEITS-
ERZIEHUNG

010036

Heidelberg

Bundesrepublik Deutschland



BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN

**Bereitschaft
und Barrieren
in der
Gesundheitserziehung**

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN

**Bereitschaft
und Barrieren
in der
Gesundheitserziehung**

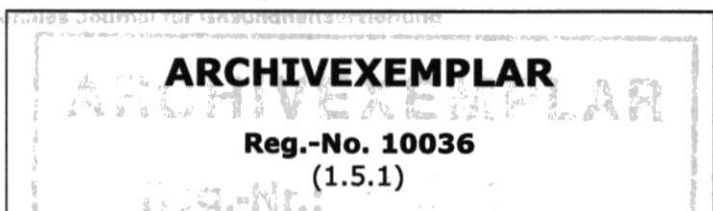


**Viertes Internationales Seminar
für Gesundheitserziehung**

Heidelberg, 7.-11. November 1977

Intern:

Gesamterstellung



Vorwort

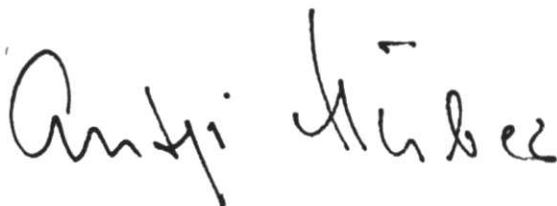
Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung haben eine lange Tradition in der Bundesrepublik Deutschland. Daran sollten wir uns erinnern, denn wir brauchen heute eine Renaissance der Gesundheitserziehung. Die internationale Zusammenarbeit ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Komponente. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist daher nun schon zum 4. Male Gastgeber für einen Kreis gesundheitserzieherischer Experten, die diese Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch immer sehr begrüßt haben.

Schon das erste internationale Seminar zum Thema „Verhaltensbeeinflussung durch die Gesundheitserziehung“, das 1969 in Hamburg stattfand, wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der WGO in Kopenhagen durchgeführt. Seither spiegeln diese Veranstaltungen das gemeinsame Interesse der WGO und der Bundesrepublik Deutschland daran wider, daß Gesundheitserzieher in Europa voneinander lernen, um ihren Aufgaben für die Gesundheit der Bevölkerung besser gerecht zu werden. 1976 haben wir mit dem Regionaldirektor der WGO eine Vereinbarung über die künftige Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung getroffen. Zu diesem Abkommen gehört auch die regelmäßige Durchführung dieser internationalen Seminare in den offiziellen WGO-Sprachen.

Vor wenigen Wochen fand in München die 27. Sitzung des Regionalkomitees für Europa der WGO statt. Die Ergebnisse dieser Tagung haben deutlich gemacht, daß die Bedeutung der Gesundheitspolitik in den letzten Jahren in allen Ländern gestiegen ist. Schutz der Gesundheit, Gesundheitsvorsorge und Erhaltung der Gesundheit sind die vorrangigen Aufgaben der Gesundheitspolitik. Und das auch — aber nicht vor allem — aus Kostengründen. Wir wissen heute, daß die wichtigsten Todesursachen durch Verhaltensformen und Umweltfaktoren bedingt sind, die sich die Menschen selbst geschaffen haben. Deshalb muß einestheils die Gesellschaft ihre Verpflichtungen erfüllen, die darin bestehen, Lebens- und Gesundheitsrisiken zu minimieren und die Lebensumstände so human wie in Industrie- und Leistungsgesellschaften möglich zu gestalten; andererseits muß jeder einzelne auf die Eigenverantwortlichkeit für seine Gesundheit, die es zu erhalten gilt, hingewiesen werden. Damit ergeben sich neue Aufgaben für die Gesundheitserziehung. Auch heute noch wird Gesundheit vielfach zu naiv als Glück, Krankheit dagegen als Schicksal betrachtet.

Nur 38% der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland z.B. sehen ein, daß sie für ihre eigene Gesundheit etwas tun müssen. Nur 6% der Bundesbürger haben bei einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Frühjahr 1977 durchgeführten repräsentativen Umfrage angegeben, daß sie sich durch eigenes Verhalten gesundheitlich gefährden. Nur 2% glauben beispielsweise, daß sie sich durch ihre Ernährungsgewohnheiten gefährden und nur 0,6% der Befragten glauben, daß sie zuviel Alkohol trinken. Unwissenheit, falsche Verhaltensmuster und überwiegend genußorientierte Grundhaltungen gefährden die Gesundheit. Die Gesundheitserziehung muß also positive Alternativen entwickeln, die den mit gesundheitsgerechtem Verhalten auch verbundenen Verzicht annehmbar machen oder erstrebenswert erscheinen lassen. Eine verhaltensbestimmende Gesundheitserziehung muß Gesundheit als „sozialen Wert“ neu im Bewußtsein der Bevölkerung verankern.

Um mit solchen Botschaften die Bevölkerung wirklich zu erreichen, müssen wir die besten und jeweils adäquaten Kommunikationsformen wählen. Welchen Beitrag die Massenkommunikation und welchen die personale Kommunikation zu leisten in der Lage sind, sollen die Diskussionen der Seminarteilnehmer zeigen.

A handwritten signature in black ink, reading "Ansgar Hübner". The signature is written in a cursive, somewhat informal style. The first name "Ansgar" is written in a larger, more prominent script, while "Hübner" is written in a slightly smaller, more compact script. There is a small horizontal line above the letter 'n' in "Hübner".

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit
der Bundesrepublik Deutschland

Geleitwort

Wie bei früheren Anlässen, ist es mir auch heute ein Vergnügen, einige Worte über dieses Seminar zu schreiben.

Das Thema „Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung“ ist nach meiner Meinung von großer Bedeutung. In der Vergangenheit wurde es allzuoft als selbstverständlich betrachtet, daß die Gesundheitserziehung — als solche eine gute Sache — in ihren Auswirkungen von Nutzen sein wird, ungeachtet des Rahmens, in dem sie sich abspielt.

Ich glaube daher, daß es von den Veranstaltern des Seminars ein weiser Entschluß war, „auf dem Wege einzuhalten“ und eine Bestandsaufnahme der Kräfte zu machen, die die gesundheitserzieherischen Aktivitäten sowohl positiv als auch negativ beeinflussen.

Die auf diesem Seminar diskutierten Schlüsselfragen waren für mich von grossem Interesse, angesichts der Bedeutung, die heute der gesundheitlichen Primärversorgung und der „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ beigemessen wird.

Die Kommunikation in der Gesundheitserziehung, sei es nun Massenkommunikation oder personale Kommunikation oder eine Verbindung beider Formen, ist in der Tat eine wichtige Sache. Eine adäquate Kommunikation mit den Zielgruppen ist unentbehrlich für eine erfolgreiche und wirksame Gesundheitserziehung.

Es bliebe natürlich noch zu untersuchen, was aus diesen so erworbenen Kenntnissen werden wird: werden sie sich im Laufe der Monate und Jahre verlieren? Bleiben sie wirksamer Bestandteil der Lebensgewohnheiten? Diese Fragen können wir im Augenblick offensichtlich nicht beantworten.

Auf dem Seminar wurde die Notwendigkeit einer verstärkten Forschung in der Gesundheitserziehung betont; besonders erwähnt wurde, daß sich die Gesundheitserziehung auch mit Gesetzgebung und Sozialplanung befassen sollte. Diese Ansicht unterstütze ich von ganzem Herzen, da ich den potentiellen Wert einer Gesetzgebung im Zusammenhang mit Rauchen und Gesundheit, Drogenmißbrauch und Alkoholismus gesehen habe, um nur einige Beispiele zu nennen. Die Einbeziehung der Gemeinden in die Entscheidungsprozesse über die Gesundheitserziehung und

die Sozialplanung ist ebenfalls eine wichtige Frage für die Zukunft, die von den Gesundheitsexperten allzuoft vernachlässigt wurde.

Das Regionalbüro für Europa der WGO hat sein Programm im Hinblick auf Gesundheitserziehung und Sozialwissenschaften seit 1973 erweitert. Viele der anlässlich des Seminars diskutierten Themen finden unser volles und anhaltendes Interesse, und durch unser Mitarbeiternetz in den Mitgliedsstaaten versuchen wir, innerhalb der Region eine breite Skala gesundheitserzieherischer Aktivitäten zu fördern und zu unterstützen.

Eine neue Entwicklung wird gerade am Horizont sichtbar: die WGO ist dabei, mehrere Kollaborationszentren für Gesundheitserziehung zu ernennen, von denen ich glaube, daß sie möglicherweise dazu beitragen werden, die von diesem Vierten Internationalen Seminar gesetzten Ziele zu erreichen.



Leo A. KAPRIO
Direktor, Regionalbüro für Europa
Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort (A. Huber)	V
Geleitwort (L. Kaprio)	VII
I. EINLEITENDE BETRACHTUNGEN	
Die WGO und die Gesundheitserziehung: Einige spezifische politische Entscheidungen.	3
<i>E. Duhr</i>	
Das Gesundheitserziehungsprogramm des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation	12
<i>A. Woudenberg</i>	
Erwartungen an die Gesundheitserziehung	14
<i>M. Franke</i>	
Gehen wir von den richtigen Voraussetzungen aus?	21
<i>L. Baric</i>	
Sechs grundsätzliche Prinzipien der Gesundheitserziehung: Ein Orientierungsrahmen	45
<i>G. Schramm, W. Schmidt und F. Erler</i>	
II. MASSENKOMMUNIKATION	
Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung durch Massenkommunikation.	55
<i>R. Bergler</i>	
Der Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland.	78
<i>W. Meyer</i>	

Ein Versuch der Gesundheitserziehung über das Fernsehen in der CSSR.....	98
<i>P. Kliment</i>	
Der Tabakkonsum in Frankreich: Bilanz einer ersten nationalen Aufklärungskampagne.....	102
<i>F. Buhl</i>	
Umfrage bei 2.000 Jugendlichen über die Auswirkung der Raucherentwöhnungskampagne in Frankreich.....	110
<i>P. Fréour</i>	
Die Beeinflussung des Übergewichts: Ein Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher Medien.....	117
<i>G. Bühringer und G. Welsch</i>	
III. PERSONALE KOMMUNIKATION	
Möglichkeiten und Grenzen der personalen Kommunikation in der Gesundheitserziehung.....	135
<i>M. Mantek</i>	
Jugoslawien: Die personale Kommunikation in ihrer besten Form....	144
<i>B. Tomić</i>	
IV. VERBINDUNG VON MASSENKOMMUNIKATION UND PERSONALER KOMMUNIKATION	
Gesundheitsverhalten und Kommunikationsprozeß: Die Folgerungen für die Professionalisierung.....	157
<i>L. Barić</i>	
Die Ergebnisse einer Raucherentwöhnungskampagne in den Niederlanden.....	174
<i>J. Peters</i>	
V. SYNTHESE DES SEMINARS	183
<i>A. Kaplun</i>	
VI. TEILNEHMERLISTE	203

KAPITEL I

**Einleitende
Betrachtungen**

Die WGO und die Gesundheitserziehung: Einige spezifische politische Entscheidungen

von Dr. Emile Duhr
Leitender Medizinalbeamter
Ministerium für öffentliches Gesundheitswesen, Luxemburg

Schon seit Beginn ihres Bestehens hat die Weltgesundheitsorganisation innerhalb ihres Programms zur Gesundheitsförderung der Gesundheitserziehung einen bedeutenden Platz eingeräumt. In der Präambel zur Satzung der WGO findet die Gesundheitserziehung implizit Erwähnung: „Alle Völker am Nutzen medizinischen, psychologischen und verwandten Wissens teilhaben zu lassen, ist wesentliche Voraussetzung zur Erlangung eines bestmöglichen Gesundheitsstandes...“ Und weiter: „Eine informierte Öffentlichkeit sowie die aktive Mitarbeit von seiten der Bevölkerung sind von äußerster Bedeutung bei der Verbesserung der Gesundheit der Menschen“.

Das WGO-Programm zur Gesundheitserziehung stützt sich im wesentlichen auf folgende Elemente:

1. auf einen WGO-Expertenausschuß zur Gesundheitserziehung, auf Expertenkomitees, wissenschaftliche Gruppen und Forschungsgruppen der WGO sowie von der WGO veranstaltete Zusammenkünfte, Beratungen, Seminare und Fachdiskussionen;
2. auf Empfehlungen zur Gesundheitserziehung, die in Verbindung mit WGO-Veranstaltungen zu anderen Themen gegeben wurden;
3. auf Seminare, Arbeitssitzungen, Fachdiskussionen, Beratungen und andere Zusammenkünfte auf nationaler, regionaler, überregionaler und zwischenstaatlicher Ebene, die entweder von der WGO organisiert oder unterstützt werden;
4. auf einen umfassenden und ständigen Meinungsaustausch im Rahmen von Projekten, die von der WGO in den verschiedenen Ländern unterstützt werden

Anschrift: Inspection sanitaire, Ministère de la Santé publique, 1 rue Auguste Lumière, Luxembourg, Luxembourg.

und die die Beteiligung nationaler Behörden, die mit Gesundheitserziehung und verwandten Tätigkeitsbereichen befaßt sind, einschließen. Dieses Seminar ist ein Beispiel dafür;

5. auf gemeinsame Projekte im Bereich der Gesundheitserziehung, durchgeführt mit den Vereinten Nationen und anderen Sonderorganisationen als auch mit internationalen Nichtregierungsorganisationen, wie z.B. der Internationalen Union für Gesundheitserziehung und der Liga der Rotkreuzgesellschaften.

Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß die Weltgesundheitsorganisation keinesfalls vorgibt, die Gesundheitserziehung erfunden zu haben. Wenn wir die Kulturgeschichte und besonders die Geschichte der Medizin untersuchen, dann ist Gesundheitserziehung unter verschiedenen Namen und verschiedenen Aspekten immer gegenwärtig. Das kann nicht überraschen, denn Gesundheitsrisiken wie Alkoholismus, Lärm, Umweltzerstörung bedrohen den Menschen seit Tausenden von Jahren. An weitsichtigen Menschen, die zu allen Zeiten der Geschichte eine gesunde Lebensweise propagierten, hat es nie gefehlt. Gestatten Sie mir, einige Beispiele zu zitieren:

„Man hat mir erzählt, daß Du von der Schule weggelaufen bist, daß Du Deine Bücher weggeworfen hast, weil Du lediglich Deinem Vergnügen nachgehen wolltest. Du ziehst von einer Straße zur anderen, und jeden Abend stinkst Du derartig nach Bier, daß keiner sich in Deine Nähe wagt. Das Bier tötet langsam Deine Seele ab. Man hat Dich Mauern hochklettern und Zäune einreißen sehen. Die Menschen fliehen vor Dir und Du verletzt viele. Ach, verstündest Du nur, daß Wein abscheulich ist! Ach, hörtest Du nur auf, Dich mit diesem Getränk zu vergiften!“ Diese Vorwürfe machte ein Lehrer aus Oberägypten seinem Schüler vor etwa 4.000 Jahren.

Wir beklagen uns heute über den Streß, der ein dauerndes Risiko für unser Nervensystem darstellt und den wir unserer hektischen Lebensführung, dem infernalischen Lärm um uns herum und dem dichten Verkehr in den Städten zuschreiben haben. Doch hören wir eine andere Stimme:

„Der Kranke wird bestimmt an Schlafmangel sterben. Sagen Sie mir doch nur, wo man ein Quartier finden kann; man muß schon sehr reich sein, um in dieser Stadt übernachten zu können. Dies ist die Wurzel allen Übels: die Kutschen, die versuchen, durch die engen und gewundenen Straßen zu kommen, die Wagenkolonnen, die anhalten und die Kutscher, die so laut fluchen, daß sie Tote aufwecken könnten. Was nun den Verkehr angeht: wir können uns noch so sehr beeilen: wir werden von dem Menschenstrom vor uns aufgehalten und von den Massen hinter uns geschoben. Jemand stößt mich am Ellenbogen, ein anderer haut mir mit einem Brett auf den Kopf. Plötzlich wird mein Fuß durch einen riesigen Schuh gequetscht und der Nagel eines Soldatenschuhs bleibt in meinem großen Zeh stecken.“ So also war damals — im Jahre 100 nach Christi Geburt — das Leben in Rom, lärmend und nervenbetäubend, wie es Juvenal mit bewundernswerter Genauigkeit beschreibt.

„Steh' am Morgen früh auf, wasche Dir Gesicht und Hände, putze Deine Zähne mit Minze und reibe kräftig Deine Haut. Ehe Du Deine beruflichen Geschäfte aufnimmst, mache einen kurzen Spaziergang. Ich lege Wert auf körperliche Ertüchtigung, häufige Bäder und Massagen. Iß und trink mit Mäßigung. Erholsamer Schlaf

ist unerlässlich, sowohl des Nachts als auch nach dem Mittagessen. Wenn Du einen langen Spaziergang machst, versuche, Dich angemessen zu kleiden, gehe stets in einem bestimmten Tempo und vergiß nicht, einen Spazierstock mitzunehmen.“ Diese grundlegenden Regeln der persönlichen Hygiene sind heute noch genauso gültig wie um das Jahr 300 vor unserer Zeitrechnung, als sie von Diokletian, einem Schüler des berühmten Philosophen Aristoteles, verfaßt wurden.

1974: Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedet zwei maßgebliche Resolutionen

Nach diesen kurzen Ausflügen in die Geschichte wollen wir auf die Neuzeit und auf die Aktivitäten zurückkommen, die die WGO zugunsten der Gesundheitserziehung unternimmt. Es wäre müßig, wollte man versuchen, die vielfältigen Aspekte dieser Disziplin im einzelnen zu untersuchen. Wir werden uns deshalb auf zwei Resolutionen beschränken, die auf der 27. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wurden:

GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die 27. Weltgesundheitsversammlung

- erwähnt die Diskussionen anläßlich der 35. Sitzung des Exekutivausschusses zur Programmübersicht über die Gesundheitserziehung und die daraus resultierende Resolution EB53.R38;
- wiederholt, daß die Gesundheitserziehung sowohl für die Motivation des einzelnen als auch für die Mitwirkung der Gemeinden zur Verbesserung der Gesundheitsbedingungen unerlässlich ist und daß sie deshalb einen wesentlichen Bestandteil aller Gesundheitsprogramme bilden sollte; und
- ruft in Erinnerung, daß die Gesundheitserziehung der Bevölkerung und ihre Einbeziehung in alle Gesundheitsprogramme eine kollektive Verantwortung aller gesellschaftlichen Elemente ist;
- und daran anschließend
 1. stellt sie mit Befriedigung die Tendenz der Organisation zur Aktivität im Bereich der Gesundheitserziehung fest;
 2. betont sie die Bedeutung der Gesundheitserziehung nicht nur für Gesundheitsprogramme, sondern auch für Erziehungsprogramme und verwandte sozio-ökonomische Entwicklungsbemühungen, die die Gesundheit beeinflussen;
 3. empfiehlt sie, daß die Weltgesundheitsorganisation
 - (1) Aktivitäten der Gesundheitserziehung in allen Programmen der Organisation intensivieren sollte;
 - (2) versuchen sollte, ihre Unterstützung für interessierte Mitgliedsstaaten zu erweitern im Hinblick auf die Verstärkung der Planung, Durchführung und Evaluierung der gesundheitserzieherischen Komponenten ihrer nationalen Programme, einschließlich der Arbeitskräfteentwicklung, der Stärkung der Gesundheitsdienste, der Förderung des gesundheitlichen Umweltschutzes, der Prävention und Kontrolle von Krankheiten;

- (3) aktiver mit den Vereinten Nationen und Sonderorganisationen und den entsprechenden internationalen Nichtregierungsorganisationen sowie bilateralen Stellen bei Programmen zusammenarbeitet, bei denen die Gesundheitserziehung eine Rolle spielt und kontinuierlich alle Gelegenheiten nutzt, um die Gesundheitserziehung in diese Programme zu integrieren;
4. fordert sie den Generaldirektor auf
- (1) die Aufmerksamkeit der Mitgliedsstaaten und internationalen Organisationen auf die Notwendigkeit der Integrierung der gesundheitserzieherischen Aktivitäten in alle Gesundheits- und andere verwandte Programme zu lenken und
- (2) Mittel und Wege zur Bereitstellung zusätzlicher Unterstützung zu finden, einschließlich der Arbeitskräfte und Geldmittel, für die Arbeitsprogramme der Organisation zur Gesundheitserziehung in Übereinstimmung mit den verfügbaren Haushaltsmitteln, wobei ihre wesentliche Rolle bei Programmen zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Betracht gezogen werden muß.

GESUNDHEITSERZIEHUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

DIE 27. WELTGESUNDHEITSVERSAMMLUNG

- berücksichtigt die Grundprinzipien, die in der Satzung der WGO niedergeschrieben sind und besonders die Tatsache, daß eine gesunde Entwicklung des Kindes von grundlegender Bedeutung ist und daß die Fähigkeit, in einer sich verändernden Umwelt harmonisch zu leben, für diese Entwicklung wesentlich ist;
- erinnert an die von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete Deklaration (Resolution 2037 (XX)), bei der Jugend die Ideale des Friedens, der gegenseitigen Achtung und der Völkerverständigung zu fördern;
- ist sich der bedeutenden Rolle bewußt, die die jüngere Generation in jedem Bereich menschlicher Tätigkeit spielt sowie der Tatsache, daß in unserer Zeit der Enthusiasmus und die kreativen Begabungen der jungen Menschen darauf verwendet werden sollten, den materiellen und geistigen Fortschritt aller Völker zu fördern;
- berücksichtigt die Tatsache, daß die Aktivitäten der WGO sich nicht ausschließlich auf die Prävention und Kontrolle physischer und psychischer Krankheiten richten sollten, sondern daß der harmonischen Entwicklung und der Ausbildung der heranwachsenden Generationen im Hinblick auf den Aufbau einer gesunden Gesellschaft besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte;
- betrachtet die wichtige Rolle der Gesundheitserziehung und der Vielfalt und Komplexität der Erziehungsfaktoren innerhalb der Familie, der Schule und anderer Institutionen, bei der Ausbildung von Kindern und Jugendlichen und bei ihrem Schutz vor unerwünschten Erscheinungen unserer Zeit (Rauchen, Alkoholismus, Drogen, etc.);
- berücksichtigt, daß die WGO Autorität und hohes Prestige besitzt, das darauf beruht, daß für viele gesundheitliche Probleme aufgrund der Erfahrungen der

nationalen medizinischen und Gesundheitsdienste positive Lösungen gefunden wurden;

UND HÄLT ES DESHALB FÜR NOTWENDIG,

1. im Rahmen der WGO-Programme konkrete und wirksame Aktionen zu intensivieren, um dafür zu sorgen, daß Kinder und Jugendliche eine multidisziplinäre Gesundheitserziehung erhalten, die für die Entwicklung der kommenden Generationen von besonderer Wichtigkeit ist;
2. neue Ansätze zu erforschen und zu fördern, um die Probleme, die sich in Verbindung mit der Gesundheitserziehung von Müttern, Kindern und Jugendlichen ergeben, damit diese für die Gesundheit und für ihren Schutz vor den Gefahren des modernen Lebens selbst Sorge tragen, in geeigneter Art und Weise in Angriff nehmen und lösen zu können;
3. das Grundrecht der Kinder und Heranwachsenden auf Gesundheit aktiv zu unterstützen und die Verbesserung der gesetzlichen Vorsorge durch geeignete Mittel zu fördern, in Verbindung mit anderen konkreten Aktionen, die darauf abzielen, den heranwachsenden Generationen eine gesunde Zukunft zu sichern;
4. andere internationale Organisationen, besonders die UNESCO und UNICEF und, über die Regierungen der Mitgliedsstaaten, nationale Gesundheitsinstitutionen, Freiwilligenorganisationen und Eltern aufzufordern, aktiv bei der Durchführung von Aktivitäten zur Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen mitzuwirken.

Diese Resolutionen führten zu einigen sehr spezifischen politischen Entscheidungen, die die Bedeutung der Mitwirkung der Bevölkerung in gesundheitserzieherischen Programmen unterstreichen.

Diese Forderung hatte bereits Professor Aujaleu anlässlich des ersten Seminars über Gesundheitserziehung ausgesprochen, das 1953 von der WGO in London durchgeführt wurde; er sagte: „Die Gesundheitserziehung berührt so viele Bereiche und beeinflußt so viele Aspekte des täglichen Lebens, daß es nicht ratsam scheint, sie Spezialisten der ausführenden Ebene anzuvertrauen. Der Arzt, die medizinischen Hilfskräfte und besonders die medizinischen Sozialhelfer, all jene, die irgendeine Lehrverantwortung tragen, müssen Gesundheitserziehung betreiben. Der Platz für die Spezialisten dieser Disziplin wird in den Organisationen sein, die für die Planung und Entwicklung von Konzepten verantwortlich sind. Die Ausführung muß jenen überlassen bleiben, die mit der Bevölkerung in täglichem Kontakt stehen: unser Einfluß wird viel größer sein, wenn er nicht auf vereinzelt Propagandaaktionen, sondern auf weniger intensiven, dafür aber wiederholten Interventionen beruht, die im Rahmen medizinischer, sozialer oder pädagogischer Aktivitäten stattfinden. Auf jeden Fall kann im Bereich der Gesundheit ein tatsächlicher Fortschritt nur dann erreicht werden, wenn die Bevölkerung auf die Anwendung dieser neuen Regeln durch geeignete gesundheitserzieherische Interventionen vorbereitet wird.“

Diese wahrhaft prophetischen Worte sind heute noch genauso gültig wie damals. Während es in der Tat für eine Gesundheitsverwaltung nicht schwierig ist, den großen Rahmen eines nationalen Gesundheitserziehungsprogramms zu entwerfen,

ist die Durchführung häufig mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Die Gemeinden sind oft mit irgendwelchen wichtigen Problemen beschäftigt, und sie sehen den Wert dieser Form von Erziehungslehre nicht — von daher ihre mangelnde Aufnahmebereitschaft.

Darüber hinaus wird es schwierig sein, zahlreiche schlechte Gewohnheiten und Gesundheitsrisiken zu beseitigen, solange die Ärzteschaft nicht selbst die präventive Politik voll unterstützt und sich stärker auf die Gesundheitserziehung der Bevölkerung konzentriert, anstatt sich auf die klinische Praxis zu beschränken.

„Leben, nicht nur existieren“

Jeder erkennt inzwischen, daß Gesundheitserziehung ein fortwährender und andauernder Prozeß ist und weit davon entfernt, lediglich Gesundheitsinformation zu sein. Ziel der Gesundheitserziehung ist es, die Gewohnheiten der Menschen zu verändern, so daß die Lebensqualität insgesamt erweitert und verbessert wird. Dieses Ziel ist, wie bereits erwähnt, nicht leicht zu erreichen, besonders zu einer Zeit, da unser Leben durch die Auswirkungen sozio-ökonomischer Veränderungen und durch die Zerstörung unserer Umwelt ständig bedroht wird. Diese gesundheitlichen Bedrohungen sind es, die die Gesundheitserziehung zu einer unerläßlichen Notwendigkeit machen. Die Tatsache, daß mit ihr die am tiefsten verwurzelten Motivationen des Menschen angesprochen werden können, verleiht ihr eine hervorragende Stellung im Rahmen der Gesundheitspolitik.

Die Gesundheitserziehung besteht im wesentlichen in dem Versuch, den einzelnen dahin zu bringen, sein Verhalten zu verändern. Ganz allgemein ist es ihr Ziel, der Bevölkerung beizubringen, eine gesunde Lebensweise aufzunehmen und beizubehalten, die ihr zugänglichen Gesundheitsdienste sinnvoll zu nutzen und Verantwortung für die eigene Gesundheit und für die Unversehrtheit ihrer Umwelt zu übernehmen. „Leben heißt nicht nur existieren; es heißt auch, sich wohl fühlen.“ Die Äußerung machte Martial im ersten Jahrhundert unserer Zeitrechnung.

Es ist deshalb wesentlich, daß das Gesundheitspersonal und alle mit Gesundheitserziehung beschäftigten Fachleute verstehen, daß jeder Versuch zur Veränderung gesundheitlicher Gewohnheiten von sozialen, psychologischen und ökonomischen Faktoren abhängig ist und daß darüber hinaus die Qualität der Gesundheitsdienste über den Erfolg dieses Versuches entscheidet.

In der Gesellschaft von morgen werden die Jugendlichen sich nicht nur gegen vielfältige gesundheitliche Gefährdungen schützen müssen, sondern sie werden auch bei der Förderung ihrer Gesundheit eine Rolle spielen. Von frühester Kindheit an müssen sie für die Probleme der Gesundheitserziehung sensibilisiert werden. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und positive Einstellungen gegenüber der Gesundheitsförderung können nicht früh genug erworben werden.

Außerdem kann man von der Bevölkerung wohl kaum erwarten, daß sie im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit ein aufgeklärtes und positives Verhalten zeigt, solange wir nicht über geeignete Methoden für den Biologieunterricht verfügen. Schon allzulange haben die Kinder Stunden damit zugebracht, die Anatomie des Tritons oder das Geschlechtsleben der Schmetterlinge und Bienen zu untersuchen. Die Menschen sind an sich selbst und an anderen Menschen interes-

sirt. Deshalb muß man sie über Humanbiologie und menschliche Sexualität informieren, und die Lehrer müssen endlich begreifen, welche Themen für den Unterricht geeignet sind.

Wir müssen junge Eltern erziehen und ihnen wissenschaftliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit zur Verfügung stellen. Wir sollten hier darauf hinweisen, daß Argumente, die allein an den Verstand appellieren, wirkungslos bleiben. Die Tatsache, daß selbst so viele Ärzte weiterhin rauchen, beweist schließlich, wie gering der Einfluß intellektueller Konzepte auf das Verhalten ist.

Ein vorrangiges Interesse für die Gesundheit

Professor Pierre Delore, einer der Pioniere der Gesundheitserziehung, den ich sehr bewundere, schrieb in seinem einfachen und direkten Stil: „Es kommt darauf an, bei der Bevölkerung ein vorrangiges Interesse für die Gesundheit zu wecken; gegenwärtig machen sich die Menschen hauptsächlich Sorgen um die Krankheit.“

„Gesundheitserziehung besteht nicht nur darin, dem einzelnen zu erklären, was er tun soll, sondern auch wie er es tun soll.“

„Der Mangel an Gesundheitserziehung ist wie Analphabetismus auf der Ebene der Gesundheit; er stellt ein ebenso ernstes Problem dar.“

Überall in der Welt haben die Regierungen Gesundheitsdienste errichtet und Programme entwickelt, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Auf Gemeindeebene allerdings haben die Bemühungen selten mit diesen Maßnahmen Schritt gehalten. Diese Diskrepanz kann teilweise mit der Tatsache erklärt werden, daß die Planer, wenn sie ein Programm entwickeln, das ihnen aus theoretischer Sicht volle Befriedigung gibt, dazu neigen, das menschliche Element, d.h. die eigentlichen Nutznießer der Einrichtungen, zu vernachlässigen. Werden jedoch die betroffenen Personen an der Planung von sie betreffenden Programmen nicht beteiligt, werden in den meisten Fällen Anstrengung und finanzieller Aufwand vergeblich sein und das Problem nicht lösen.

Das Ziel der Gesundheitserziehung ist es deshalb, den gesundheitsbewußten Menschen zu schaffen, der in seinem Alltag die einfachen Regeln der Hygiene und Ernährung anwendet. Wenn auch der Einfluß der Massenmedien außer Frage steht, so wissen wir doch, daß ihre Wirkung nur von kurzer Dauer sein wird, wenn ihr Einfluß nicht durch jene erweitert und aufrechterhalten wird, die der verstorbene Louis-Paul Ajoulat die „permanenten Akteure der Gesundheitserziehung“ zu nennen pflegte. Alle Probleme, denen wir uns hinsichtlich des Gesundheitsschutzes gegenübersehen, greifen ineinander und ergänzen sich. Sie können nicht isoliert gesehen werden und müssen Gegenstand eines umfassenden Ansatzes sein, der nur durch die Koordinierung der Bemühungen in den verschiedenen Bereichen menschlicher Aktivität wie Gesundheit, Erziehung, öffentliches Versorgungswesen, Information, realisiert werden kann.

Die Ansicht, daß die Gesundheit des Menschen ausschließlich von medizinischer Intervention abhängt, führte zu einer enormen Verschwendung von Wissen und Bemühungen. Es ist in der Tat selten, daß Krankheiten, die das Leben von Individuen, Familien und Gemeinden beeinträchtigen, nur durch eine einzige Ursache hervorgerufen werden; meistens ist es ein ganzes Bündel von Faktoren, die zusam-

menwirken. So hängt der Rückgang der Säuglingssterblichkeit nicht nur von der Errichtung gut ausgestatteter Kliniken und Krankenhäuser ab, sondern in gleichem Maße vom Bildungsniveau und von den Lebensbedingungen der Familie, vom Entwicklungsstand innerhalb der Gemeinde und von der Versorgung mit einwandfreiem Trinkwasser.

Arzt, Krankenschwester oder sozial-medizinischer Helfer zu sein, heißt, mit qualitativ guter Medizin befaßt sein, wobei qualitativ gute Medizin bedeutet, daß die medizinischen Berufe sich nicht nur der klinischen und therapeutischen Aspekte von Krankheit bewußt sein müssen, sondern auch die Rolle der Familie und die Bedeutung der präventiven, psychologischen, sozialen, beruflichen und wirtschaftlichen Faktoren kennen müssen. Gesundheitspersonal kann nicht länger allein das Ziel haben, Kranke zu heilen; seine Pflicht ist es, Krankheit soweit wie möglich zu verhindern und jedes Mittel zur Förderung von Gesundheit durch Erziehung einzusetzen.

Die Schule: ein Instrument zur Veränderung

Obwohl die Lehrer im wesentlichen für die Wissenserweiterung der Kinder verantwortlich sind, geht ihre Rolle weit über diese spezifische Aufgabe hinaus, d.h. sie beinhaltet auch den sozialen Aspekt, die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit. Die Lehrer können sich nicht darauf beschränken, ihren Schülern Lesen, Schreiben und Rechnen beizubringen oder sie auf Prüfungen und Wettbewerbe vorzubereiten. Die Schule muß zur Entwicklung des ganzen Menschen beitragen, und um Montaigne zu zitieren, „man soll Kindern einen klaren Verstand mitgeben, anstatt wandelnde Wörterbücher aus ihnen zu machen.“ Hier könnte man hinzufügen, daß die Kinder sowohl eine gute physische wie psychische Gesundheit brauchen, so daß sie ein Maximum an Erfolgchancen haben, wenn sie in die schwierige Welt der Erwachsenen eintreten.

Im Bereich der Gesundheitserziehung kann dieses Ziel erreicht werden, indem man an den Ausbildungsstätten für Lehrer Gesundheitsunterricht einführt und berufsbegleitende Fortbildungsprogramme organisiert. Im Bereich der allgemeinen Erziehung hat Amadou Mahtar M'Bow, Generaldirektor der UNESCO, dieses Ziel klar formuliert: „Wir müssen unsere Schulen den Realitäten einer sich verändernden Welt öffnen; wir müssen sie zu einem bevorzugten Instrument der Veränderung machen, sowohl für Kinder wie für Erwachsene, als einzelne oder im Rahmen ihrer Gemeinschaft betrachtet; Erziehung muß zu einem permanenten Prozeß werden. Das ist die Herausforderung, denen sich Regierungen wie Erzieher gegenübersehen.“

Es wird heute weltweit anerkannt, daß das Recht auf Bildung eines der fundamentalen Menschenrechte ist. In gleicher Weise muß die Gesundheitserziehung als unverzichtbarer Bestandteil des Erziehungsprozesses Anerkennung finden.

Die Schule muß versuchen, den Menschen umfassend zu bilden, so daß er gegenüber allen Aspekten von Gesundheit und Krankheit eine aufgeklärte Haltung zeigt und auch über die notwendigen Kenntnisse verfügt, um die eigene Gesundheit und die seiner Familie zu schützen und zu verbessern und um zur Förderung der Gesundheit in seiner Gemeinde beizutragen.

Die Auswirkungen der Erziehung in Verbindung mit jenen der Gesundheit, der Ernährung und des allgemeinen Wohlbefindens fördern die Entwicklung des Kindes. Kinder im Schulalter und Heranwachsende sind eine Quelle menschlicher Reserven für die Zukunft. Die Gesundheitserziehung dieser Altersgruppe muß deshalb als eine wichtige Investition für die nationale Entwicklung insgesamt angesehen werden.

Der Hausarzt: eine Schlüsselrolle in der Gesundheitserziehung

Verschiedene Studien haben den beträchtlichen Einfluß der Industrialisierung und Urbanisierung auf alle Gesellschaften gezeigt, besonders auf die Familienstruktur und auf den Lebensstil innerhalb der Familie. Deshalb müssen wir bei unseren Bemühungen, die Gesundheit der Familie durch Gesundheitserziehung zu verbessern, nie außer acht lassen, welche Schlüsselrolle der Hausarzt einnimmt oder einnehmen sollte.

Ohne so weit zu gehen wie Homer, der sinngemäß einmal sagte, daß „der Arzt ein Mensch ist, der ebensoviel wert ist, wie viele andere Menschen zusammengenommen“, ist es doch eine nicht zu leugnende Tatsache, daß der Arzt und besonders der Hausarzt in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle spielt. Nach Meinung des französischen Staatspräsidenten, Giscard d'Estaing, ist „nur der Hausarzt imstande, alle medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekte der Familie zu kennen. Er muß wieder seinen bevorzugten Platz einnehmen, den er mit fortschreitender Entwicklung der Technik und der Spezialisierung immer mehr zu verlieren drohte.“

Der Hausarzt muß die gesamte Umgebung seines Patienten im Auge haben. So muß er neben seinen medizinischen Kenntnissen auch über den Lebensstil und die Arbeitssituation seiner Patienten Bescheid wissen. Folglich muß jede wirkliche Aufwertung des Hausarztes zwangsläufig mit präventiver Medizin und besonders mit Gesundheitserziehung verbunden sein. Er ist dafür verantwortlich, die Mutter über den Nutzen der Vorsorgeeinrichtungen für Kinder zu informieren. Es ist seine Aufgabe, ihr die Regeln für ein gesundes Leben beizubringen, die sie dann ihrerseits an alle Familienmitglieder weitergeben kann. Es ist klar, daß er nicht in der Lage ist, alle im Bereich der Prävention und der Gesundheitserziehung existierenden Probleme allein zu lösen, aber er kann zahlreiche Gesundheitsrisiken, die das menschliche Leben in unserer Konsumgesellschaft bedrohen, erfolgreich bekämpfen.

Schlußbemerkung

Lassen Sie mich mit einer Bemerkung schließen, die Sir George Godber, Honorary Director of Public Health im Vereinigten Königreich, machte: „Bei der Prävention kommt es nicht darauf an, was die Experten tun, sondern auf die Dinge, von denen die einfachen Menschen überzeugt werden können: nicht zu rauchen, keinen Alkohol zu trinken, für genügend Bewegung und mäßiges Essen zu sorgen. Es gibt natürlich noch andere Bereiche, aber wenn man erst einmal diese vier in Angriff nimmt, kann man zahlreiche Krankheitszustände erleichtern.“

Das Gesundheitserziehungsprogramm des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation

von Dr. **Anthonie Woudenberg**

Regionalbeauftragter für Gesundheitserziehung
und Sozialwissenschaften, Regionalbüro für Europa
der Weltgesundheitsorganisation

Das Regionalbüro für Europa der WGO beschreitet im wesentlichen zwei Wege zur Förderung der Gesundheitserziehung.

Der erste befaßt sich mit der Integration der Gesundheitserziehung in grössere Programme, die in der Region durchgeführt werden, wie z.B. Kontrolle von kardiovaskulären Krankheiten innerhalb einer Gemeinde, Entwicklung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und Psychische Gesundheit. Es liegt in der Verantwortung der Abteilung für Gesundheitserziehung und Sozialwissenschaften, die erzieherischen Komponenten für die Projekte und Programme zu entwickeln, die von anderen Abteilungen des Regionalbüros durchgeführt werden.

Der zweite Weg bezieht sich auf die Einberufung von Arbeitsgruppen, an denen 12-15 Experten aus dem Bereich der Gesundheitserziehung sowie aus benachbarten Bereichen teilnehmen. Gemeinhin richtet das Regionalbüro in jedem Jahr das Treffen einer solchen Arbeitsgruppe aus. Die Teilnahme von Experten aus verschiedenen Ländern dient der wirksamen Förderung des Informationsaustausches und der Akkumulation von Wissen und Erfahrung. Die Organisation lenkt darüber hinaus durch die breite Streuung der Berichte dieser Arbeitsgruppen die Aufmerksamkeit sowohl der Regierungen als auch all jener, die Interesse an den erörterten Themen haben, auf deren Ergebnisse.

Die folgenden Themen wurden für die Zeitspanne von 1978-1983 ausgewählt: Die Resolution zur Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen, die 1974 von der Weltgesundheitsversammlung angenommen worden war, wurde als Grundlage für eine Arbeitsgruppe ausgewählt, die im kommenden Jahr zusammentreten und sich mit diesem Thema beschäftigen wird; eine Arbeitsgruppe zur Gesundheitserziehung in Schulen ist für 1980 vorgesehen. Kürzlich tagte eine Arbeitsgruppe zum Thema der Prinzipien und Methoden der Gesundheitserziehung. Dabei wurde unter anderem die Notwendigkeit der Gesundheitserziehung von Kleinkindern betont, die sich noch im frühen Stadium der Sozialisation befinden. Selbstverständlich wurden

Anschrift: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 8 Scherfigsvej, 2100 Kopenhagen, Dänemark.

auch andere wichtige Themen diskutiert, denn die Prinzipien und Methoden der Gesundheitserziehung liegen unserer Arbeit zugrunde.

Eingedenk der Satzung der WGO, die besagt, daß „eine gut fundierte Meinung und die aktive Mitarbeit von seiten der Öffentlichkeit von allergrößter Bedeutung für die Verbesserung der Gesundheit ist“, hat unser Büro im Jahre 1979 eine Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheitserziehung und kommunale Mitwirkung in die Wege geleitet.

Es besteht kein Zweifel, daß die Massenmedien bei der Gesundheitserziehung der Bevölkerung eine Rolle spielen müssen. Von daher resultiert unser Plan, im Jahre 1981 eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema zu bilden.

Ein weiteres interessantes Thema ist die Beziehung zwischen Gesundheitserziehung und Gesetzgebung im Gesundheitsbereich. Trifft es zu, daß gesundheitserzieherische Aktivitäten schließlich dazu führten, daß die Benutzung von Sicherheitsgurten in Autos zur Pflicht wurde, daß die Benutzung von Sturzhelmen durch Motorradfahrer zur Pflicht wurde, daß durch gesetzliche Maßnahmen das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen eingeschränkt wurde? Diese Fragen werden in einer für das Jahr 1982 vorgesehenen Arbeitsgruppe diskutiert werden.

Eine Reihe von Problemen in unserer modernen Gesellschaft liegen nicht nur in der Zuständigkeit der Gesundheitsdienste, sondern auch der sozialen Wohlfahrtsdienste wie auch anderer sozialer Dienste. Bestimmte Probleme dieser Art könnten dadurch in Angriff genommen werden, daß versucht wird, gesundheitsbezogenes Verhalten durch Gesundheitserziehung zu verändern. Dies würde bedeuten, daß die Gesundheitserziehung in einem Verbundsystem von Diensten arbeitet und einen Platz auf der Ebene der aktiven Lokalpolitik findet. Für das Jahr 1983 ist eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema geplant. Dabei sollen die Ergebnisse der im Jahre 1976 durchgeführten Arbeitsgruppe über die Stellung der Gesundheitserziehung innerhalb der Gesundheitsverwaltung verwendet werden.

Dieser kurze Überblick spiegelt die Anstrengungen wider, die vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation unternommen wurden, um ein umfassendes Gesundheitserziehungsprogramm zu entwickeln und zu fördern, bei dem die einzelnen Arbeitsgruppen miteinander in Verbindung stehen, um so ihre gemeinsamen Bemühungen zur Förderung der Gesundheitserziehung in der Europäischen Region zu harmonisieren.

Bei diesen Bemühungen fand das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation die aktive Unterstützung zahlreicher Regierungen, vieler Einzelpersonen in ihrer Eigenschaft als zeitweilige Berater oder Gutachter, als auch anderer Institutionen der Region. In diesem Zusammenhang sollte der Arbeitskontrakt mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln Erwähnung finden: das Regionalbüro für Europa ist der Regierung der Bundesrepublik Deutschland dankbar, daß sie diese Zusammenarbeit möglich machte.

Diese kurze Darstellung der Gesundheitserziehungsprogramme des Regionalbüros für Europa zeigt, wie die Weltgesundheitsorganisation als eine internationale Dienstleistungsorganisation versucht, ihre Pflichten gegenüber den Mitgliedsstaaten in diesem wichtigen und interessanten Bereich der Gesundheitserziehung zu erfüllen.

Erwartungen an die Gesundheitserziehung

von Prof. Dr. **Manfred Franke**

Ministerialrat im Bundesministerium für Jugend,
Familie und Gesundheit, Bonn

Geht man von der weitgesteckten Definition des Begriffs Gesundheit aus, wie sie sich in der Präambel zur Satzung der Weltgesundheitsorganisation findet, dann ist Gesundheit ein Zustand völligen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens. Auf dieser Grundlage könnten sich Erwartungen an die Gesundheitserziehung knüpfen, die darauf gerichtet sind, daß mit ihrer Hilfe jener Zustand menschlicher Glückseligkeit für jeden, jederzeit und überall sichergestellt wird. Das ist unreal.

Man schätzt heute das biologische Alter des Menschen auf weit über 100 Jahre. Grundlage für diese Annahme sind die Vorgänge bei der Bindegewebssalterung. Tatsächlich besteht für die Männer eine Lebenserwartung von 68 Jahren und für die Frauen — das schwache Geschlecht — eine solche von 74 Jahren. Entgegen der früheren Entwicklung, ist in den letzten 10 Jahren keine weitere Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung erfolgt. Dies hat mehrere Ursachen. Besonders hervorzuheben ist wohl die Tatsache, daß die „biologische Uhr“ durch die Art zu leben, wie wir leben, zu schnell läuft und somit eine zumindest theoretisch als vermeidbar einzustufende Voralterung ganz allgemein stattfindet. Die Erreichung eines hohen Lebensalters bei guter Gesundheit wäre ebenfalls eine Erwartung an die Gesundheitserziehung als einer hygienischen Lebensführungslehre. Könnten dazu wenigstens erste Schritte erreicht werden, müßte dies zu einer erheblichen Entlastung unseres Systems der Sicherung im Krankheitsfalle führen, weil dann eine große Zahl auf „Voralterung“ zurückzuführende Erkrankungen — man denke an Arteriosklerosefolschäden — erst viel später aufträten und nicht mehr das produktive Leben belasten würden. Eine darauf ausgerichtete Gesundheitserziehung wäre

Anschrift: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Postfach 200490, 5300 Bonn 2, Bundesrepublik Deutschland.

von eminenter politischer Bedeutung. Aber auch das ist vorerst unreal, denn hier fehlt es noch an Gesundheitsforschung.

Eine negative Gesundheitsbilanz

Die Gesundheitsbilanz ist in der Bundesrepublik Deutschland und in allen vergleichbaren hochzivilisierten Staaten schlechter, als sie nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, nach den gegebenen Lebensbedingungen und der Leistungsfähigkeit des „Gesundheitswesens“ erwartet werden müßte.

Der Krankenstand ist trotz günstiger Lebensverhältnisse in den letzten Jahrzehnten praktisch unverändert geblieben; paradoxerweise war er früher sehr viel niedriger und dies auch in Krisenzeiten mit erheblich schlechterem Lebensstandard.

Die Lebenserwartung stagniert insbesondere deshalb, weil bestimmte Krankheiten immer häufiger auftreten, die nicht mehr schicksalhaft vorgegeben scheinen, sondern von den Verhältnissen bestimmt werden, die wir selbst geschaffen haben.

Der Anteil derjenigen, die wegen gesundheitlicher Erschöpfung vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen, ist nicht rückläufig, sondern steigt eher an.

Dank der Fortschritte der Medizin sind bessere Heilungschancen gegeben, aber in vielen Fällen wird nur der tödliche Ausgang vermieden, ohne daß die Grundkrankheiten völlig beseitigt werden können; daraus ergibt sich, daß der Anteil chronisch kranker und behinderter Menschen in unserer Gesellschaft ständig zunimmt.

Hoher Krankenstand, bessere medizinische Versorgung, führen insgesamt zu einer Kostenbelastung, die heute einen Grenzwert erreicht hat und dazu zwingt, medizinische Leistungen auf das absolut erforderliche Maß zu beschränken, so daß die an sich vorhandenen Möglichkeiten nicht mehr voll ausgeschöpft werden können.

Wahrscheinlich ist es realistisch, Erwartungen, die an die Gesundheitserziehung geknüpft werden, zunächst auf eine Verbesserung dieser negativen Gesundheitsbilanz und der in sich widersprüchlichen Situation zu richten.

Es sind im wesentlichen drei miteinander verzahnte Bereiche, die angesprochen werden sollten. Sie haben fließende Übergänge. Da ist zunächst das Selbstverständnis von Gesundheit als wichtigste Bestimmungsgröße für das Eigenverhalten der Menschen. Es wird zu fragen sein, ob dort nicht bereits Korrekturen anzubringen sind, die von der Gesundheitserziehung erwartet werden müssen. Als zweites wird man sich mit der Gesundheitserziehung selbst befassen müssen, um zu klären, wie sie gestaltet werden sollte und welche Zielpunkte für sie erreichbar scheinen. Der dritte Bereich gliedert sich in die im Vordergrund stehende Krankheitslandschaft und deren Bedingungsgefüge sowie in die etwas im Hintergrund liegenden Konsequenzen, welche sich für unser System der Sicherung im Krankheitsfalle daraus ergeben und bei einer Korrekturhilfe durch die Gesundheitserziehung ergeben können.

Gesundheit: die WGO steckt die Zielpunkte zu hoch

Zunächst zum Gesundheitsverständnis, zu dem was üblicherweise an Vorstellungen mit Gesundheit verbunden wird, zum Selbstbild von Gesundheit, zu seinem Image. Es ist ein legitimes wissenschaftliches Vorgehen, auch scheinbar Selbstverständliches erneut in Frage zu stellen, wenn sich wesentliche Bestimmungsfaktoren geändert haben oder eine grundlegend veränderte Situation festzustellen ist. Das Begriffsverständnis von Gesundheit ist eine derartige Selbstverständlichkeit. Jeder meint zu wissen, was Gesundheit sei. Unser Grundgesetz hat in Artikel 2, Absatz 2 das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit festgeschrieben. Körperliche Unversehrtheit, volle Organtüchtigkeit, Kraft — auch intellektuelle Kraft, Geschicklichkeit, auch berufliche Fertigkeit — gelten im Allgemeinverständnis als Grundpfeiler von Gesundheit. Sie sind noch immer vornehmlich auf den Körper bezogen. Auf diesem Hintergrund muß die Definition der Weltgesundheitsorganisation gesehen werden, deren Verdienst es ist, die geistig — seelische und die soziale Dimension als gleichgewichtige Voraussetzungen für Gesundheit benannt zu haben. Nur fehlt es bislang an der Umsetzung. Wir müssen diese Definition neu überdenken, weil ihr Zielpunkt zu hoch angesetzt ist und ein Zustand völligen Wohlbefindens eben nicht sichergestellt werden kann.

Viele denken, Gesundheit sei von Geburt an mitgegeben. Gesundheit hat man — der eine mehr, der andere weniger. Gesundheit ist also stabil, etwa wie eine feststehende Größe. Dabei unterscheiden sich Ärzte nicht von Laien. Erst das macht verständlich, weshalb man glaubt, Gesundheit bewahren zu können. Hat aber das Neugeborene Gesundheit wie wir sie uns vorstellen? Sicherlich nicht. Es ist hilflos, es ist schutzlos auch den banalsten Krankheiten ausgeliefert, es hat keineswegs eine voll ausgebildete Organtüchtigkeit, es hat keine Kraft, es hat keine Geschicklichkeit, es hat eben alles das nicht, was später als Grundvoraussetzung für Gesundheit angenommen wird. Gesundheit im vorgenannten Sinne ist also nicht vorhanden, sie bildet sich erst aus. Die Entwicklung zu einem gesunden Kind, später zu einem gesunden Jugendlichen, zu einem gesunden Erwachsenen ist also ein fortwährender Prozeß, der von den äußeren Lebensbedingungen ebenso mitbestimmt wird, wie durch die Führung Dritter und durch das eigene Bemühen. Gesundheit ist dynamisch zu sehen, sie ist funktional einzuordnen. Gesundheit ist also wesentlich das Produkt des eigenen Verhaltens. Analogievergleiche können Situationen verdeutlichen. Das neugeborene Kind ist unwissend und in seinem Verhalten anderen gegenüber völlig neutral. Es lernt Beziehungen zu den Menschen aufzubauen, es lernt, sich zu verhalten. Das was man den Sozialisationsprozeß nennt, ist der lange Weg zur Eingliederung in die soziale Gemeinschaft. Erziehung und Bildung sind selbstverständliche Voraussetzungen dazu. Wir akzeptieren dabei tiefgehende Eingriffe in die Freiheit der Person, und jeder von uns hält dies für sinnvoll. Wir akzeptieren die Gesetze von Sitte und Moral unserer Gesellschaft, wir unterwerfen uns mannigfachen Ordnungen, wir übernehmen Pflichten als Voraussetzungen dafür, später Rechte in Anspruch nehmen zu dürfen. Und dies alles erscheint uns selbstverständlich. Selbstverständlich hingegen erscheint es nicht, daß auch Gesundheit ein integrierter Bestandteil dieses Erziehungs- und Bildungsgeschehens ist, wir sehen sie davon ausgeklammert und gerade dies ist wohl korrekturbedürftig.

„Gesund-sein“ wird „Erzogen-sein“: ein Ergebnis des gleichen Prozesses

Gesundheit hat eine Sonderstellung. Wir sehen sie als persönlichen Besitz und viele glauben, nach Belieben damit umgehen zu dürfen. Dabei wird übersehen, daß die Gesundheit jedes einzelnen eben auch — und ganz entscheidend — von den äußeren Lebensbedingungen und von der führenden Hilfe Dritter mitbestimmt wird, ohne die keiner gesund sein könnte. Gesundheit hat also eine soziale Dimension bei der neben dem Recht auf Gesundheit — wie man es aus dem Grundgesetz ableiten kann — auch eine Pflicht zur Gesundheit erwächst.

Nirgendwo anders werden Rechte in Anspruch genommen, ohne daß dafür Vorleistungen erfüllt werden. Nur bei der „Gesundheit“ scheint es so, daß der Gewinn in Form von Genuß, Bequemlichkeit und Wohlergehen beansprucht, also privatisiert wird, während die sich daraus entwickelnden Verluste, in Form von Folgekrankheiten, sozialisiert und der Solidargemeinschaft der Versicherten, dem Sorgerech der Gesellschaft angelastet werden. Nirgendwo sonst wird unerzogenes Verhalten, wird ungebildetes Verhalten auch nur annähernd wie hier toleriert.

Wenn „gesund-sein“ integrierter Bestandteil des Erziehungs- und Bildungsprozesses, also auch des Sozialisationsprozesses ist, müßte gesundheitliches Fehlverhalten zu denselben Konsequenzen führen wie unerzogenes oder ungebildetes Verhalten. Nirgendwo geht dies ohne Nachteile für den Betroffenen ab, und man spricht zunehmend häufiger auch in diesem Zusammenhang von dem „Verursacherprinzip“. Korrekturhilfen sind Lob und Tadel oder auch Belohnung, Anerkennung und Fortkommen oder eben Strafe, Mißachtung und Nachteile. Ein vertretbares Bonus-Malus-Verfahren für das Gesundheitsverhalten fehlt, aber es könnte sich durchaus selbständig und dann im Sinne unerwünschter Diskriminierung entwickeln. Das Wissen um die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens hat dazu geführt, daß die Forderung nach einer „gesellschaftlichen Ächtung des Rauchens“ immer lauter wird, wobei letztlich natürlich der Raucher betroffen wird.

Auf dem Hintergrund der vorgetragenen Überlegungen zeichnet sich ab, daß „gesund-sein“ ebenso wie „erzogen-sein“ als Produkte eines Prozesses anzusehen sind, der beeinflußt wird von den Gegebenheiten der eigenen Lebenssituation, einschließlich dessen, was man Konstitution nennt, von der führenden Hilfe Dritter und von dem eigenen Bemühen. Daraus wird erkennbar, daß nicht jeder im selben Maße erzogen und gebildet, also auch nicht gesund sein kann. Jeder hat seine eigene Gesundheit, sowie er sich auch unterscheidet in seinem Maß erzogen oder gebildet zu sein. Erst das macht verständlich, weshalb der hilflose Säugling eben doch als gesund angesehen werden kann, ebenso wie der Behinderte oder der „natürlich behinderte“ alte Mensch.

Die Erziehung des einzelnen, seine Bildung und schließlich auch seine Gesundheit werden bewertet in ihrer Funktion. Es ist völlig gleichgültig, welche Erziehung jemand genossen hat, wenn er die damit geschaffenen Voraussetzungen nicht nutzt. Der Absolvent eines Gymnasiums mit anschließendem Universitätsstudium kann völlig ungebildet erscheinen, wenn er seine Kenntnisse und Fähigkeiten nicht zum

Ausdruck bringt, wenn er sich ungebildet verhält. Ein Mensch wird also immer an seinem Verhalten gemessen, ob er erzogen, ob er gebildet, oder ob er gesund ist. Sein Verhalten ist aber eigenverantwortliche Nutzung der ihm verfügbaren Möglichkeiten.

Gesundheit: eine soziale Rolle

Wenn man dies separat für die Gesundheitserziehung betrachtet, wird zunächst klar, daß sie kein von der allgemeinen Erziehung losgelöstes Aufgabenfeld sein kann. Wenn sie es vorerst in der Praxis dennoch sein muß, dann mit dem Ziel, sich zu integrieren. Gesundheitserziehung kann, weil nach der gegebenen Definition Gesundheitsverhalten letztlich Sozialverhalten darstellt, nicht losgelöst sein von den Bestrebungen, die im Sozialisationsprozeß zusammenfließen. Daraus folgt, daß Gesundheitserziehung zu beginnen hat, wenn Erziehung überhaupt beginnt. Im Bereich der Bildung gilt dasselbe. Für den Bereich der Schule gilt deshalb, daß gesundheitliche Aufklärung eben nicht als ein selbständiges Unterrichtsfach ausgebildet werden kann, sondern durchgängig als Unterrichtsprinzip anzulegen ist.

Wenn es keine „Standardgesundheit“ gibt, wenn nicht weiterhin körperliche Unversehrtheit und volle Organtüchtigkeit Kennzeichen von Gesundheit sind, sondern sich Gesundheit als Leistung in der Lebenswirklichkeit ausdrückt und als Teil des durch Erziehung und Bildung bewirkten Sozialverhaltens gilt, dann ist Gesundheit eine „soziale Rolle“. Parsons hat die ebenfalls durch Rechte und Pflichten gekennzeichnete soziale Rolle des Kranken definiert. In Umkehrung läßt sich nun sagen, daß die soziale Rolle des Gesunden gekennzeichnet ist

- durch die Übernahme und Erfüllung normaler sozialer Verpflichtungen in Schule, Beruf, Alltag und Gesellschaft;
- durch die Unabhängigkeit von der dauernden und unmittelbaren Hilfe Dritter;
- durch die Nutzung der Möglichkeiten, sich gesundheitsgerecht zu verhalten;
- durch die Inanspruchnahme fachkundiger Dritter, um sich auch in schwierigen Positionen gesundheitsgerecht verhalten zu können.

Auf diesem mehr abstrakten Hintergrund von Rahmenbedingungen und Richtzielen lassen sich nun insbesondere im Zusammenhang mit der in vielen Staaten vergleichbaren Gesundheitsbilanz sehr konkrete Erwartungen an die Gesundheitserziehung formulieren.

Vier konkrete Erwartungen an die Gesundheitserziehung

Zunächst wird man wohl eine Korrektur des Gesundheitsverständnisses erwarten müssen, mit dem Ziel, daß Gesundheits- und Sozialverhalten gleichgesetzt werden und akzeptiert wird, daß das Recht auf Gesundheit mit gewissen Pflichten zu gesundheitsgerechtem Verhalten verbunden werden muß.

Wir erwarten mittelfristig von der Gesundheitserziehung einen Rückgang des Krankenstandes. Es wird geschätzt, daß etwa ein Drittel aller Patienten ohne objektivierbare Krankheitsbefunde den Arzt aufsuchen, weil sie unter den Gegebenheiten

leiden, unter denen sie leben müssen. Gesundheitserziehung muß insbesondere durch Maßnahmen der Psychohygiene zur Konditionierung beitragen, um den einzelnen zu befähigen, gegebene Lebensbedingungen zu kompensieren oder ihnen auszuweichen; Mobilität statt sozialer Sesshaftigkeit muß hier mit bedacht werden.

Der Tatsache, daß soziale Unverträglichkeiten nicht nur Krankheiten auslösen, sondern auch darüber bestimmen, ob die soziale Rolle des Gesunden erfüllt werden kann, ist in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit zu geben.

Der Krankenstand ist bei den verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungen sehr unterschiedlich. Auch daraus läßt sich ableiten, daß es möglich sein könnte, durch Maßnahmen, die das eigenverantwortliche Gesundheitsverhalten stärken, den Krankenstand um ein Drittel zu senken.

Wir erwarten eine Senkung des Krankenstandes durch die Gesundheitserziehung vornehmlich auch deshalb, weil die Krankheitslandschaft nicht mehr so stark wie vordem von schicksalhaft auferlegten Krankheiten bestimmt wird, sondern von solchen, die in einem hohen Anteil als vermeidbar einzustufen sind, also auf gesundheitlichem Fehlverhalten beruhen. Es sind dies Folgekrankheiten durch Übergewicht und Bewegungsmangel, durch Mißbrauch von Drogen und Genußmitteln oder durch übermäßige Belastungen aufgrund falscher Lebensorientierung.

Wir erwarten langfristig von der Gesundheitserziehung einen Beitrag zur Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Unter den Todesursachen nehmen überproportional gerade jene zu, die auf Verhältnisse zurückzuführen sind, die sich ändern lassen. Das gilt für Lungenkrebs und chronische Bronchitis, die mit Rauchen zusammenhängen; das gilt für Lebererkrankungen in ihrem Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum. Es gilt auch für die Zuckerkrankheit in ihrem Zusammenhang mit der Wohlstandsernährung, und es gilt für die Herz-Kreislaufkrankungen, die durch Überernährung, Rauchen, Bewegungsmangel und psychosozialen Streß mitbestimmt werden.

Schließlich erwarten wir von der Gesundheitserziehung einen Beitrag zur Einschränkung der „Frühinvalidisierung“ aufgrund einer vorzeitigen gesundheitlichen Erschöpfung. Da Gesundheit durch eigenverantwortliche Leistung kenntlich wird, folgt auch die gesellschaftliche Beurteilung des Gesundheitszustandes diesem Maß. Derjenige der beurteilt, richtet sich danach, wie oft jemand fehlt und welche Leistung er insgesamt erbringt. Auch dieses Maß ist noch immer statisch. Es wird zu wenig bedacht, daß der an einem Arbeitsplatz als leistungsgemindert erscheinende Mensch an einem anderen durchaus noch leistungsstark sein kann. Der weite Bereich der Rehabilitation bekommt auch für die Gesundheitserziehung zunehmend Bedeutung. Manchem erscheint es so, als ob die frühzeitige Berentung eine soziale Errungenschaft sei. Dabei wird übersehen, daß Sinnerfüllung des Lebens und Selbstverwirklichung des Menschen noch weitgehend in enger Abhängigkeit von seiner Arbeit gesehen werden. Ein erfülltes Leben war ein Leben voll von Mühe und Arbeit. Es wird zu prüfen sein, ob dies so bleiben darf, aber es würde zu weit führen, diese Hypothese hier weiter auszuführen. Vorerst gilt — und Untersuchungen von JORES und PUCHTA über den „Pensionierungstod“ belegen es — daß Arbeit wesentlicher Lebensinhalt ist. Vorzeitiger Ruhestand ist gleichzeitig eine vorzeitige Trennung von diesem Lebensinhalt.

Es ist Zeit umzudenken...

Werden diese Erwartungen mittel- oder langfristig von der Gesundheitserziehung erfüllt, würden sie für das System der sozialen Sicherung insgesamt einen derzeit kaum abzuschätzenden Nutzen abwerfen. Allein das Gesundheitswesen könnte Entlastungen in einer Größenordnung von 15 bis 20 Milliarden, also einem Viertel bis einem Drittel des jetzigen Gesamtumfanges erwarten. Würde es gelingen, wenigstens einen Teil der als vermeidbar einzustufenden Erkrankungen durch Maßnahmen der Gesundheitserziehung auch tatsächlich zu vermeiden, wäre nicht nur für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen ein ungleich höherer Beitrag geleistet als er über andere Maßnahmen vorstellbar ist, es wäre auch die Chance gegeben, diese Mittel im Bereich von Vorsorge, Früherkennung, Therapie und Rehabilitation neu einzusetzen. Das wäre ein Zugewinn an Leistung für diejenigen, deren Erkrankung als unvermeidbar einzustufen ist, und die z.B. im Bereich der Krebsfrüherkennung heute benachteiligt sind, weil auch die zur Routinediagnostik verfügbaren Techniken, etwa die Rektoskopie, aus Gründen der Kapazität und der Kosten nicht eingesetzt werden können. Es gibt viele derartige Beispiele. So gesehen wird von der Gesundheitserziehung insgesamt ein wesentlicher Beitrag zur sozialen Funktion unserer Gesellschaft erwartet.

In dem 1966 erschienenen Buch „Erfolge und Grenzen der modernen Medizin“ herausgegeben von Blohmke findet sich auf dem Hintergrund ähnlicher Feststellungen wie hier, folgende Aussage von Schaefer: „Wir wollen hier nicht übertreiben, aber sicher ist eine Zukunft denkbar, in welcher dem Menschen die Erhaltung der Gesundheit ebenso befohlen wird wie der Wehrdienst.“ Würde man diese Aussage auf dem vorgestellten Raster sehen und den Begriff der „Gesunderhaltung“ gleichsetzen mit dem durch Erziehung und Bildung geprägten Prozeß eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhaltens und würde man statt „befehlen“ sagen, es sei eine soziale Verpflichtung, dann wird zu fragen sein, ob dieser Zeitpunkt für erhebliche Teilgruppen der Bevölkerung nicht eigentlich schon erreicht ist.

Gehen wir von den richtigen Voraussetzungen aus ?

von Dr. Leo Baric

Dozent an der Abteilung für Community Medicine,
Universität Manchester

In den letzten Jahrzehnten konnte man in der Gesundheitserziehung eine rasche Entwicklung sowie einige grundlegende Veränderungen beobachten. Diese Entwicklung vollzog sich nicht immer reibungslos, und auch die erwarteten Ergebnisse wurden nicht immer erzielt. Das Hauptproblem liegt in dem Unvermögen, die Leistungen in Prävention und Therapie zahlreicher Krankheiten direkt mit gesundheitserzieherischen Aktivitäten in Verbindung zu bringen. Die Überlebenschancen konnten generell erhöht werden, die Gesundheitseinrichtungen wurden stärker in Anspruch genommen, und die Infektionskrankheiten konnten reduziert werden; der allgemeine Wert von Gesundheit nahm in der Bevölkerung zu, und die Regierungen sind bereit, die gesundheitliche Versorgung stärker zu unterstützen; im Bereich der Prävention konnten einige Verbesserungen erreicht werden, wie z.B. die Reduzierung des Rauchens bei Ärzten und anderen Experten in leitenden Stellungen. Und doch kann nicht eine dieser Leistungen als direkte Folge einer gesundheitserzieherischen Kampagne, eines Programms oder einer Intervention angesehen werden. Der Grund hierfür liegt in der fehlenden Evaluierung der meisten gesundheitserzieherischen Aktivitäten. In den meisten Fällen ist keine Evaluation vorgesehen, da sie als zu kostspielig oder als zu kompliziert angesehen wird, und selbst dort, wo der Versuch unternommen wird, können die Ergebnisse häufig nicht als zuverlässig betrachtet werden.

Wenn wir über die Faktoren sprechen, die die Gesundheitserziehung fördern, müssen wir daher in erster Linie das Vertrauen erwähnen, das von seiten des gesundheitlichen Versorgungssystems in die Hilfe durch die Gesundheitserziehung gesetzt wird. Dies ist nicht überraschend, da einerseits die Mehrzahl aller großen Gesundheitsprobleme in der westlichen Welt mit dem Verhalten des Menschen eng verbunden sind und andererseits eine Bewegung in Gang gekommen ist, die versucht, die Medizin zu entmythologisieren, das Selbstvertrauen zu festigen und einen Wandel von der hochentwickelten Medizintechnologie zur gemeindenahen

Anschrift: Department of Community Medicine, University of Manchester, Stopford Building, Oxford Road, Manchester M13 9PT, England.

Medizin zu bewirken. Diese neuen Einstellungen im Bereich der Medizin haben das Interesse für die präventive Medizin wieder aufleben lassen mit dem Ergebnis, daß in zahlreichen Ländern die Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem einbezogen wurde.

Die neue Situation, in der sich die Gesundheitserziehung befand, verlangte eine kritische Bewertung der bestehenden Aktivitäten und förderte eine Reihe interessanter Einsichten zutage. Vorbei sind die Tage, als Gesundheitserzieher ihr mangelndes Wissen um die Effektivität ihrer Methoden mit Gesuchen um mehr Geld und Ressourcen bemänteln konnten und ihre ausbleibenden Erfolge dadurch zu rechtfertigen versuchten, daß sie ihre mageren Budgets mit den enormen Geldsummen verglichen, die von kommerzieller Seite zur Förderung gesundheitsschädlicher Produkte oder Gewohnheiten ausgegeben wurden.

Im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungssystems werden nicht nur Ergebnisse erwartet, sondern es wird auch erwartet, daß diese Ergebnisse mit gesundheitserzieherischen Bemühungen verbunden sind. Die Betonung liegt daher auf der Evaluation oder der Anwendung wissenschaftlicher Untersuchungsmethoden, wenn die Ergebnisse einer gesundheitserzieherischen Intervention gefunden werden sollen. Dies war nicht einfach, denn die Mehrzahl der gesundheitserzieherischen Aktivitäten lehnten sich stark an die „Praxis“ an, ohne irgendein klar definiertes theoretisches Konzept, mit falsch definierten Zielen und ohne jeglichen spezifischen Ansatz. Ohne Theorien können wir die Verallgemeinerung bestimmter Resultate nicht verifizieren, sondern nur jedes einzelne Ergebnis. Wir können zum Beispiel sagen, daß ein Plakat gut ankam, wir können aber aufgrund dieses Resultats nicht sagen, welche Komponenten ein erfolgreiches Plakat beinhalten sollte.

Dies bringt mich auf den zweiten Faktor, der zu neuen Konzepten in der Gesundheitserziehung geführt hat, und zwar das Bedürfnis der Gesundheitserzieher nach einem theoretischen Hintergrund für ihre Arbeit. Als Reaktion auf dieses Bedürfnis waren wir Zeuge einer raschen Entwicklung der Forschungsprogramme und einer generellen Anerkennung der Forschung in der Gesundheitserziehung. Die Mittel für Forschungsprogramme wurden entweder von nationaler oder sogar von internationaler Seite zur Verfügung gestellt. Die Zahl der Forscher in diesem Bereich nimmt ebenso wie ihr Fachwissen zu, und es besteht die Hoffnung, daß sich die geldgebenden Stellen allmählich der Vorteile kontinuierlicher Unterstützung einiger weniger Projekte bewußt werden und ihre begrenzten Mittel nicht mehr auf eine große Zahl von Forschern verteilen oder jedes Jahr ein neues Projekt in einem anderen Problembereich unterstützen.

Die Einführung von Theorien in die Gesundheitserziehung hat zahlreiche Faktoren ans Licht gebracht, die sich als hinderlich für die Entwicklung einer wirksamen Gesundheitserziehung erwiesen haben. Aufgrund dieses Wissens können wir heute über die Notwendigkeit neuer Konzepte für die Gesundheitserziehung sprechen, die sich aus den folgenden Gründen ergeben:

1. *Eine engere Verbindung und Integrierung der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem*

Solange die Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem nicht einbezogen war, hatte sie ihre eigenen spezifischen „pädagogischen Ziele“; diese

wurden in manchen Fällen ausgedehnt und schlossen auch „verhaltensorientierte“ Ziele ein; die Integrierung der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem führte zu einer Verlagerung der pädagogischen und verhaltensorientierten Ziele auf die präventiven Zielsetzungen (Abb. 1).

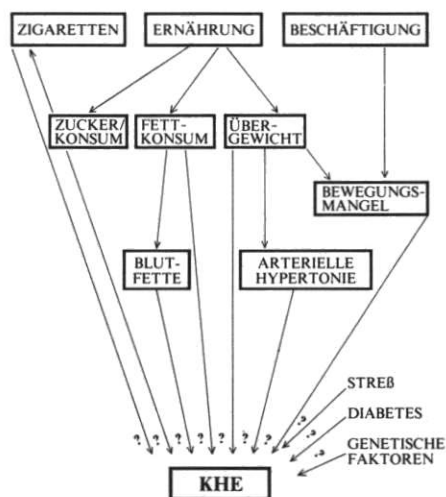
ABBILDUNG 1.
SCHWERPUNKTVERLAGERUNG
DER GESUNDHEITSERZIEHERISCHEN
ZIELSETZUNGEN



2. Empirische Ergebnisse über die Zusammenhänge von Wissen, Einstellungen, Verhalten und Prävention

Es wurde wiederholt festgestellt, daß das Wissen um ein Risiko und um die Möglichkeiten seiner Verhütung nicht unbedingt zu einer Verhaltensveränderung führt; es wurde weiterhin festgestellt, daß auf Einstellungsveränderungen nicht zwangsläufig Verhaltensveränderungen folgen; man weiß auch, daß selbst bei Veränderungen des Verhaltens das Risiko einer speziellen Erkrankung nicht reduziert oder ausgeschaltet sein muß (Abb. 2).

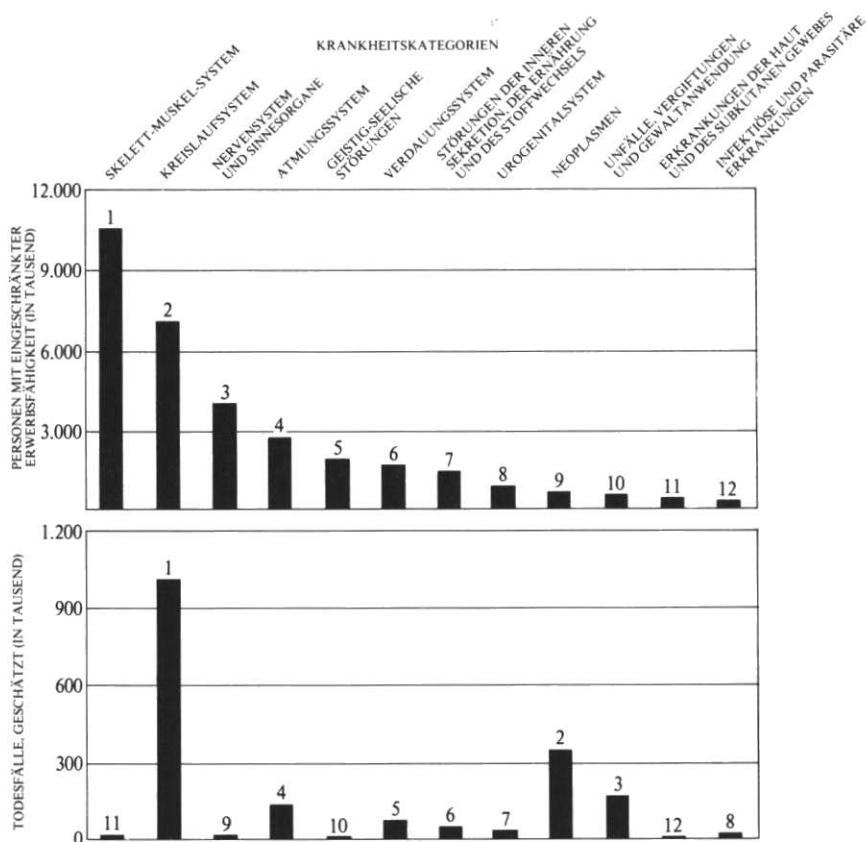
ABBILDUNG 2. RISIKOFAKTOREN KORONARER
HERZERKRANKUNGEN (KHE)



3. Die Unzulänglichkeit des medizinischen Modells für die Gesundheitserziehung

Obwohl in den meisten Ländern, in denen die Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem nicht einbezogen wird, diese Gesundheitserziehung von medizinischen Modellen von Krankheit und Prävention beherrscht war,

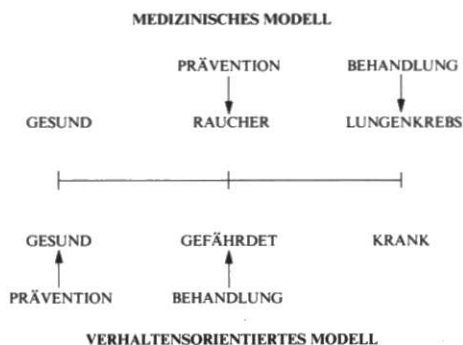
ABBILDUNG 3. UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DER MORBIDITÄT UND MORTALITÄT IN DEN USA



(Quelle: *Scientific American* S. 24, Bd. 229, Nr. 3, September 1973)

bestand eine der wichtigsten Konsequenzen dieser Vorherrschaft darin, daß man sich auf die häufigsten Krankheiten mit tödlichem Ausgang wie Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen konzentrierte, anstatt sich mit anderen „geringeren“ Krankheiten, die viel häufiger vorkommen und große Beschwerden sowie soziale Zerrüttung verursachen, zu beschäftigen. Der Grund hierfür ist darin zu sehen, daß im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungssystems nur die Mortalität verzeichnet wird und es in keinem Land vollständige landesweite Daten zur Morbidität gibt. Abbildung 3 zeigt uns Schätzungen über die Situation in den Vereinigten Staaten. Ein anderer Grund für die Unzulänglichkeit des medizinischen Modells für die Gesundheitserziehung beruht auf der Tatsache, daß die Prävention als zur Krankheit gehörig angesehen wird und daß ein Eingreifen erst für erforderlich gehalten wird, wenn eine Krankheit bereits eingetreten ist.

ABBILDUNG 4. VERGLEICH DES MEDIZINISCHEN UND DES VERHALTENSORIENTIERTEN MODELLS DER PRÄVENTION



Der Vergleich des medizinischen mit dem verhaltensorientierten Modell der Prävention (Abb. 4) zeigt, daß es zwischen der Prävention einer Krankheit und der Prävention eines zur Krankheit führenden Verhaltens eine zeitliche Differenz gibt.

4. Divergierende Meinungen im Hinblick auf die Rechte des einzelnen gegenüber denen der Gemeinschaft

Neben den soeben erwähnten spezifischen Hindernissen gibt es ein weiteres nicht unbedeutendes Hindernis, das etwas mit den Wertvorstellungen, Ideologien und politischen Überzeugungen eines Landes zu tun hat. In diesem Zusammenhang geht es darum, daß die Rechte eines Individuums verglichen mit denen einer Gemeinschaft generell gesehen werden. Die Frage, die es zu beantworten gilt, lautet: „Hat die Gemeinschaft das Recht, in das Verhalten eines einzelnen einzugreifen, wenn es um sein Wohl geht oder ist sie dazu nur berechtigt, wenn es um das Wohl dieser Gemeinschaft geht?“ Es scheint hier im allgemeinen zwei verschiedene Ansätze zu geben: einmal wenn irgendeine infektiöse oder geistige Krankheit besteht, wo die Gemeinschaft den Standpunkt vertritt, daß sie ein Recht hat einzugreifen, wenn das Verhalten des einzelnen die anderen Mitglieder dieser Gemeinschaft gefährdet; zum anderen dort, wo die Gemeinschaft auf ihrem Recht besteht, in das Verhalten eines Individuums einzugreifen, selbst wenn dadurch andere nicht beeinträchtigt werden und dies nur zum Wohle des Betroffenen geschieht.

Es gibt indessen auch jene, die argumentieren, daß dies nur abstrakte und unrealistische Fragen sind, da es keine Situation gibt, in der das Verhalten eines Individuums andere nicht ebenso beeinflußt. Raucht jemand zum Beispiel Zigaretten und zieht sich eine Bronchitis zu, so kann das als seine Privatangelegenheit betrachtet werden. Wenn jedoch dieser Raucher aufgrund der Bronchitis ein Krankenhausbett für sich beansprucht, so beeinträchtigt er die Chancen eines anderen, der Behandlung benötigt. Da dieses generelle politische Konzept bisher nicht geklärt ist, ist die Gesundheitserziehung in vielen Fällen auf die Informationsvermittlung beschränkt und sichert so dem einzelnen das Recht der eigenen Entscheidung. Es gibt indessen bestimmte Fälle, in denen die Gemeinschaft die Verantwortung übernimmt und über die Gesetzgebung versucht, das Verhalten des einzelnen zu beeinflussen.

Nimmt man zu dieser Frage Stellung, so wird mit höchster Wahrscheinlichkeit die Richtung künftiger Entwicklungen in der Gesundheitserziehung in jedem Land beeinflußt werden.

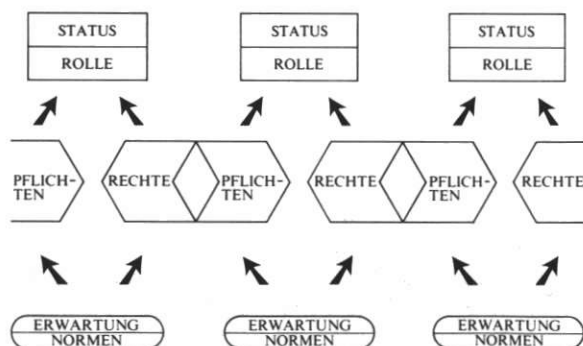
KRANKHEIT ALS EIN SOZIALES FAKTUM

Als die Gesundheitserzieher begannen, nach Theorien zu suchen, die ihnen helfen konnten, nicht nur die Probleme, denen sie gegenüberstanden, zu verstehen sondern auch die Auswirkungen ihrer eigenen Aktivitäten, stellten sie fest, daß zahlreiche bestehende Theorien hilfreich sein konnten. Zusätzlich zu einer Reihe psychologischer Theorien, mit denen versucht wurde, individuelle Handlungen, Gefühle und Fähigkeiten zu erklären, entdeckten die Gesundheitserzieher, daß ein ganzer Zweig der Soziologie, d.h. die medizinische Soziologie, für ziemlich lange Zeit mit sehr ähnlichen Aufgaben beschäftigt war.

Von daher kam die Erkenntnis, daß Krankheit nicht nur eine physische, sondern auch eine soziale Beeinträchtigung darstellt. Die Anpassung eines Menschen an seine soziale Umgebung hängt von seiner Fähigkeit ab, die Rollen zu erfüllen, die ihm aufgrund seiner Stellung in der Gesellschaft zugewiesen sind. Da Krankheit zumindest bei einem Teil der Gesellschaft immer existiert, und um eine unvorhergesehene Isolierung aufgrund der Erkrankung zu vermeiden, hat die Gesellschaft Wege gefunden, kranke Personen konstruktiv in den sozialen Alltag einzubeziehen, indem sie ihnen in Verbindung, mit einer geeigneten Rolle für die Zeit der krankheitsbedingten Handlungsunfähigkeit einen besonderen Status verleiht.

Hier sollte doch eine vorsichtige Warnung ausgesprochen werden. Diese Art der Krankheitsbetrachtung impliziert einen Ansatz, der nur eine der zahlreichen theoretischen Orientierungen darstellt, mit denen augenblicklich in der Soziologie gearbeitet wird. Die Methode erscheint geeignet, da die Institution Medizin durch eine Reihe genau definierter Regeln, die das Verhalten eines Patienten und seine Interaktionen mit den medizinischen und paramedizinischen Berufen bestimmen, stark formalisiert und professionalisiert ist. Wie es der Name sagt, setzt diese wissenschaftliche Orientierung voraus, daß die Medizin ein soziales System mit all seinen Grenzen ist, eine Struktur aus einem Netz gesellschaftlicher Stellungen mit Normen, die für die Rollen, die jeder Statusinhaber spielt, maßgeblich sind (Abb. 5).

ABBILDUNG 5. STATUS/ROLLE/NORMEN



Die Krankenrolle

Die Anwendung dieses Konzeptes wird verständlicher, wenn wir die Phasen verfolgen, die ein Mensch durchläuft, wenn er krank wird und mit dem Arzt in Beziehung tritt. Wir können hier fünf verschiedene Phasen erkennen:

1. *Die Phase der Symptomerfahrung*: dies ist die Phase, in der eine Person (a) die persönliche Erfahrung eines Symptoms macht, sich (b) der Bedeutung dieses Symptoms bewußt wird (kognitiver Aspekt) und (c) bestimmte Gefühle in bezug auf das Vorhandensein dieses Symptoms entwickelt oder eine emotionale Reaktion zeigt.
2. *Die Annahme der Krankenrolle*: die Person reagiert auf das Symptom, (a) indem sie Linderung sucht, (b) indem sie Information und Rat von Laien sucht und (c) indem sie die Anerkennung ihres veränderten Zustandes bei ihrer Familie und bei Freunden durchsetzt.
3. *Der Kontakt mit dem Arzt*: wird das Symptom erst einmal am eigenen Leibe erfahren und von der sozialen Umgebung als solches anerkannt, wird die Person (a) ärztlichen Rat suchen und (b) den Arzt um die rechtmäßige Anerkennung ihrer Krankenrolle bitten.
4. *Die Phase der Abhängigkeit des Patienten*: hiermit begibt sich der Patient in einen Status der Abhängigkeit, der bewirkt (a) die Übertragung der Verantwortung für die Behandlung des Symptoms an einen Arzt oder eine Krankenschwester, (b) die freiwillige Befolgung der verordneten Behandlung und (c) die Überwindung physischer, sozialer und psychologischer Barrieren, um wieder gesund zu werden.
5. *Die Erholungsphase*: nach erfolgter Heilung wird die Person (a) ihre Krankenrolle aufgeben und entweder (b) die Rolle eines Rekonvaleszenten annehmen oder (c) in die ursprüngliche Rolle des Gesunden zurückkehren oder sich vielleicht (d) in die Rolle eines chronisch Kranken begeben.

Während der Zeit, in der eine Person die Krankenrolle übernimmt, wird ihr Verhalten durch zahlreiche Normen oder soziale Erwartungen bestimmt, die durch das soziale Umfeld, in dem die Arzt/Patient-Beziehung stattfindet, definiert werden.

Obwohl es wahrscheinlich bestimmte Unterschiede aufgrund des sozialen Systems, der Art der Erkrankung und der persönlichen Eigenschaften des einzelnen gibt, lassen sich doch die wesentlichen Merkmale einer Krankenrolle in folgenden vier Aussagen zusammenfassen:

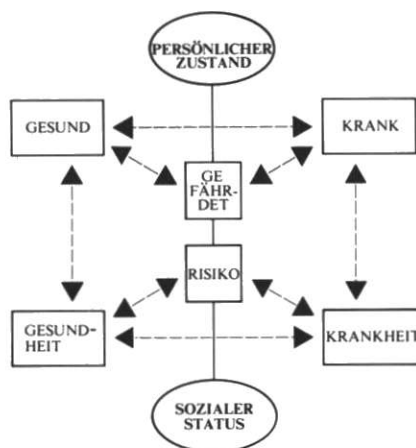
1. Das wesentliche Merkmal einer Krankenrolle liegt darin, daß die Symptome allein durch die Bereitschaft der betroffenen Person nicht aus dem Wege geräumt werden können, sondern daß ein therapeutischer Prozeß erforderlich ist; ausserdem wird die Person nicht als persönlich verantwortlich für ihren Zustand angesehen.
2. Diese Unfähigkeit, das Problem durch persönliche Anstrengung zu lösen, wird von der sozialen Umwelt als rechtmäßige Basis für die Befreiung von genau umrissenen sozialen Verpflichtungen anerkannt.

3. Die in einer Krankenrolle befindliche Person soll bzw. hat die Pflicht zu versuchen, durch Kooperation mit dem Arzt wieder gesund zu werden.
4. Von der sozialen Umwelt wird erwartet, daß sie dem Kranken beim Gesundwerden hilft, indem sie einige seiner Pflichten übernimmt und mit den Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeitet.

Die Rolle des „Gefährdetseins“

Die Medizin hat es indessen nicht nur mit Krankheiten zu tun, sondern auch mit der Definition von Gesundheit sowie der Prävention durch Reduzierung der Krankheitsrisiken. Das gesundheitliche Versorgungssystem spielt daher eine wichtige Rolle bei der Festlegung und rechtmäßigen Anerkennung verschiedener Zustände und persönlicher Erfahrungen sowie bei ihrer Umwandlung in einen sozial anerkannten Status (Abb. 6).

ABBILDUNG 6.
DER ZUSAMMENHANG
ZWISCHEN EINEM
ZUSTAND UND STATUS
DER GESUNDHEIT
UND KRANKHEIT

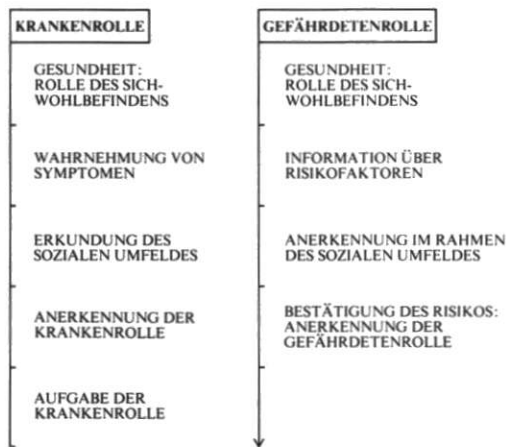


Es besteht eine beachtliche Diskrepanz bei der Entwicklung dieses Konzeptes zwischen der kurativen und der präventiven Medizin. Während sich das Konzept der „Krankenrolle“ durchgesetzt hat und bei der Untersuchung des Krankheitsverhaltens eingesetzt wurde, hatte man das Konzept der „Gefährdetenrolle“, das erst in jüngster Zeit zu einem Diskussionsthema wurde, arg vernachlässigt. Die Bedeutung der Gefährdetenrolle für die Gesundheitserziehung im Sinne der Prophylaxe wird deutlich, wenn man den Prozeß des Erwerbs eines jeden Status vergleicht und die erforderlichen Voraussetzungen für den Übergang von dem einen Stadium in das andere untersucht (Abb. 7).

Die wichtigsten Unterschiede zwischen den Voraussetzungen für den Erwerb der beiden Rollen können wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Während für die Diagnose und rechtmäßige Anerkennung eines Status des „Krankseins“ ein gut entwickeltes System existiert, gibt es für den Fall eines Status des „Gefährdetseins“ kein vergleichbares System.
2. Die Rechte und Pflichten eines kranken Menschen sind genau präzisiert, während man von einem durch Krankheit gefährdeten Menschen erwartet, daß

ABBILDUNG 7. DIE KRANKENROLLE UND DIE GEFÄHRDETENROLLE



er eine Reihe von Verpflichtungen übernimmt, ohne die entsprechenden Rechte zu haben.

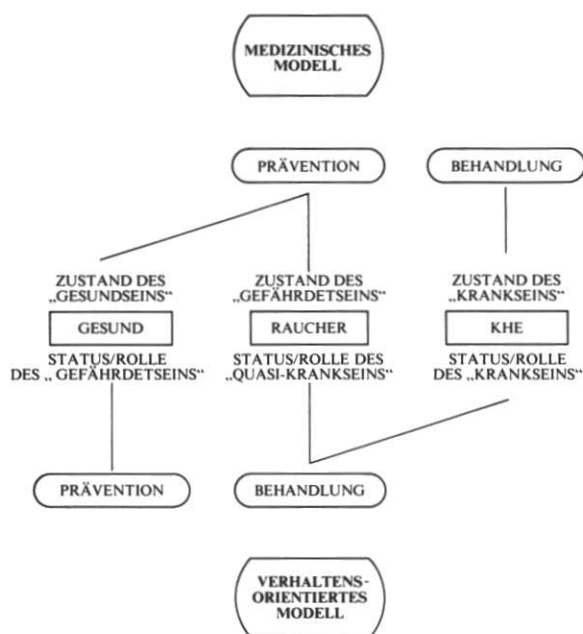
- Die Rolle des Krankseins ist zeitlich begrenzt, und von demjenigen, der diesen Status innehat, wird erwartet, daß er früher oder später zum normalen Leben zurückkehrt; von einem Risikopatienten erwartet man in den meisten Fällen ein kontinuierliches Verhaltensmuster, und man gestattet ihm gewöhnlich nicht, zu seinem „normalen“ Lebensstil zurückzukehren.
- Die Aneignung einer Krankenrolle beruht auf dem tatsächlichen Vorhandensein von Symptomen, die persönlich erfahren werden, während die Aneignung einer Gefährdetenrolle von den möglichen Gefahren für den einzelnen ausgeht, die auf der Basis einer Wahrscheinlichkeitsrechnung für eine gegebene Bevölkerungsgruppe ausgedrückt werden.
- Der wichtigste Unterschied liegt indessen in der Verantwortlichkeit des einzelnen; die Krankenrolle besagt, daß der Kranke nicht verantwortlich ist, daß er sich selbst nicht helfen kann und daß er daher vom medizinischen Versorgungssystem abhängig werden muß; die Gefährdetenrolle besagt dagegen, daß der Betroffene für das Vorhandensein eines Risikos selbst verantwortlich ist und daß er etwas dagegen tun muß.

Vergleichen wir nun nochmals das medizinische mit dem verhaltensorientierten Modell der Prävention und setzen wir die entsprechenden Status/Rollen-Konzepte ein, so wird deutlich, daß für zahlreiche gesundheitliche Gefährdungen die geeigneten Voraussetzungen fehlen (Abb. 8).

Die quasi-Krankenrolle

In den Fällen, in denen ein entsprechender Status des Gefährdetseins nicht existiert, gibt es für den Arzt zur Lösung dieses Problems nur die Möglichkeit, dem einzelnen Status und Rolle eines „quasi-Kranken“ zuzubilligen. Rufen wir uns die Charakte-

ABBILDUNG 8. DAS MEDIZINISCHE UND DAS VERHALTENSORIENTIERTE MODELL



ristika der Kranken- und der Gefährdetenrolle ins Gedächtnis, so wird deutlich, daß mit der Zubilligung einer quasi-Krankenrolle der Zweck der Sache verfehlt wird. Bei der Aneignung einer Krankenrolle wird der einzelne (in den meisten Fällen) nicht als verantwortlich angesehen und wird vom Arzt und der verordneten Behandlung abhängig werden, während die Aneignung einer Gefährdetenrolle eine bewußte Entscheidung von seiten des einzelnen zur Folge hat, deren Zweck es ist, durch entsprechendes Verhalten (oder Handeln) das Risiko zu vermindern oder zu beseitigen.

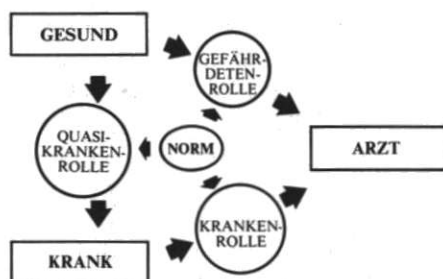
Durch die Zubilligung einer quasi-Krankenrolle entbinden wir den einzelnen von seiner Verantwortung und verleihen ihm das Gefühl der Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem (Abb. 9).

Dieser Punkt wird noch deutlicher, wenn wir die beiden Modelle anhand von verschiedenen Gesundheitsproblemen vergleichen (Abb. 10). Gemäß den unterschiedlichen Eignungsgraden der beiden Modelle, können wir die Wahrscheinlichkeit des Erfolges einer gesundheitserzieherischen Intervention beurteilen.

Im Falle einer gewöhnlichen Erkältung können wir sehen, daß die Erkältung, Fieber und die mögliche Entwicklung einer Lungenentzündung medizinisch als abnorme Zustände betrachtet werden, während allein die Lungenentzündung eine eindeutig definierte Krankenrolle hat.

Im Falle von Übergewicht, das möglicherweise zu einer Herzattacke führen kann, sehen wir, daß dieser Zustand, sowohl medizinisch als auch sozial, als innerhalb der

ABBILDUNG 9. DIE QUASI-KRANKEN-ROLLE



Grenzen der Normalität liegend angesehen und mit der Rolle des Gesundseins verbunden wird. Im Falle eines positiven Abstriches, der auf ein mögliches Karzinom in situ hinweist, werden alle drei medizinischen Zustände mit den jeweiligen sozialen Rollen verbunden.

Diese Fallstudien zeigen, daß es vielfältige Möglichkeiten der sozialen Behandlung der verschiedenen medizinischen Probleme gibt, d.h., daß ein medizinisches Problem, sofern es nicht mit einer entsprechenden sozialen Rolle verbunden wird, die zur Definition des erwarteten Verhaltens einer Person erforderlichen Normen nicht liefert.

ROLLEN UND NORMEN

Wir haben bisher festgestellt, daß Krankheit nicht nur eine physische, sondern auch eine soziale Beeinträchtigung darstellt, die kontrolliert werden kann, indem man einer kranken Person einen bestimmten sozialen Status oder eine dementsprechende Rolle zubilligt. Indem die betroffene Person diesen Status akzeptiert, übernimmt sie die Verpflichtung, sich in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten oder mit

ABBILDUNG 10. MEDIZINISCHE UND SOZIOLOGISCHE MODELLE VON KRANKHEIT, RISIKO UND GESUNDHEIT

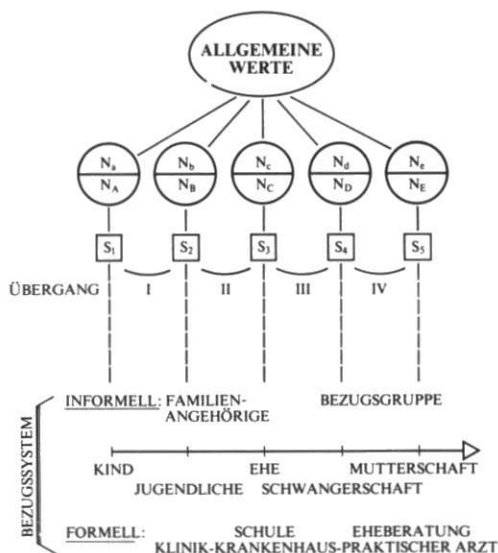
SOZIOLOGISCHES MODELL STATUS/ROLLE	MEDIZINISCHES MODELL ZUSTAND	MEDIZINISCHES MODELL ZUSTAND	MEDIZINISCHES MODELL ZUSTAND
	<i>Normal</i> ←→ <i>Abnorm</i>	<i>Normal</i> ←→ <i>Abnorm</i>	<i>Normal</i> ←→ <i>Abnorm</i>
Gesund	Erkältung ○	DURCHSCHNITT ÜBERGEWICHT ○	NEGATIVER ABSTRICH ○
Gefährdet	Temperatur ○		POSITIVER ABSTRICH ○
Krank	Pneumonie ○	KHE ○	ZERVIX- KARZINOM ○
Rekonvaleszent			
Chronisch krank			

anderen Worten, eine bestimmte Rolle zu spielen. Wir haben außerdem festgestellt, daß die Ausübung einer Rolle von einer Reihe von Regeln oder sozialen Erwartungen, die Rechte und Verpflichtungen nach sich ziehen, dirigiert wird. Diese Regeln werden Normen genannt und bilden die Grundlage unserer sozialen Beziehungen. Sie erweitern die soziale Beziehung um das Element der Voraussagbarkeit und tragen so zur Aufrechterhaltung eines sozialen Systems bei.

Ein Individuum nimmt während seines Lebens entweder nacheinander oder gleichzeitig eine ganze Reihe unterschiedlicher Statusstellungen ein (Abb. 11). In der zeitlichen Abfolge gesehen, wandelt sich eine Person vom Kind zum Jugendlichen, zum Erwachsenen und schließlich zum Greis oder zur Greisin. Während jeder dieser einzelnen Phasen nimmt dieses Individuum einen angemessenen Status ein und erfüllt eine entsprechende Rolle, die durch zahlreiche Normen innerhalb des allgemeinen Wertsystems seiner sozialen Gruppe bestimmt wird.

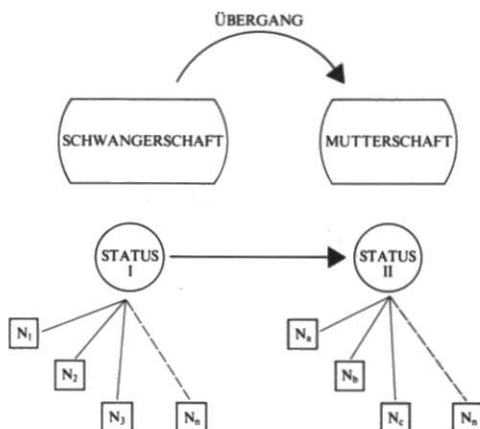
Das Verhalten dieser Person wird durch sein informelles oder formelles Bezugssystem kontrolliert. Eine Abweichung von den festgesetzten Erwartungen (Normen) kann zahlreiche Sanktionen zur Folge haben, wohingegen konformes Verhalten durch Bestätigung und Billigung belohnt werden kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, daß diese sozialen Erwartungen erlernt sind und daß dieser Lernprozeß als Sozialisation bekannt ist. Die Sozialisation ermöglicht den reibungslosen Übergang von einem Status zum anderen. So bedeutet zum Beispiel der Übergang vom Status einer Schwangerschaft zum Status der Mutterschaft (Abb. 12) zwei unterschiedliche Kategorien von Normen und Rollen für eine Frau. Jede dieser Normen oder Rollen muß erlernt werden und beeinflusst das

ABBILDUNG 11. WECHSELWIRKUNG VON WERTEN, NORMEN UND ROLLEN IN DEN VERSCHIEDENEN LEBENSSTADIEN



Verhalten einer Frau. Die Betonung liegt hier auf der Fähigkeit, die ein Individuum für die Dauer seines Lebens zeigt, wenn es darum geht, neue Normen in Übereinstimmung mit dem voraussichtlichen neuen Status zu lernen.

ABBILDUNG 12. ÜBERGANG VON EINEM STATUS IN EINEN ANDEREN



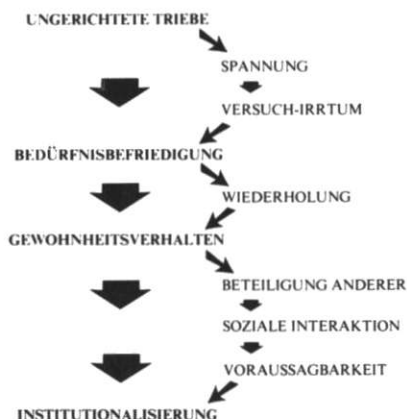
Wie sich eine Norm entwickelt

Da das Verhalten einer Person im allgemeinen von sozialen Erwartungen oder Normen, die mit einem bestimmten Status verbunden sind, abhängt, ist es wichtig zu untersuchen, wie Normen entstehen.

Wir gehen von der Annahme aus, daß menschliche Wesen für die Fortpflanzung und Erziehung ihrer Nachkommenschaft eine stabile soziale Umgebung brauchen. Diese stabile soziale Ordnung kann nicht aus biologischen Daten hergeleitet werden, sie ist ein Werk des Menschen. Der wesentliche Unterschied zwischen menschlichen Wesen und den meisten Tieren besteht darin, daß Tiere Instinkte haben, während der Mensch Triebe hat. Instinkte sind zahlreiche angeborene Bedürfnisse, die von einer Generation zur nächsten zusammen mit den programmierten Mitteln zu ihrer Befriedigung übertragen werden. Triebe dagegen, obwohl sie auch eine Reihe von Bedürfnissen darstellen, beinhalten keine programmierte Lösung, und die Mittel zu ihrer Befriedigung müssen von jeder Generation neu erlernt werden.

Mit anderen Worten, der Mensch hat ungerichtete Triebe. Diese erzeugen einen gewissen Grad an Spannung, die durch den Prozeß von Versuch und Irrtum gelöst werden kann. Diese Bedürfnisbefriedigung wird, sofern erfolgreich, in jeder ähnlichen Situation wiederholt und schließlich als „habitualisiertes Verhalten“ anerkannt. Erfolgreiches habitualisiertes Verhalten, sofern es andere Mitglieder einer bestimmten sozialen Gruppe akzeptieren, wird zu einer gesellschaftlichen Tätigkeit und somit Teil einer sozialen Interaktion, die durch ihre Voraussagbarkeit gekenn-

ABBILDUNG 13. INSTITUTIONALISIERUNG DES VERHALTENS



zeichnet ist. Besteht eine Beziehung zu einem wichtigen Aspekt des menschlichen Lebens, wird es institutionalisiert (Abb. 13).

Institutionen sind Ausführungsmodelle von Programmen, die von der Gesellschaft auferlegt sind und das Verhalten der einzelnen Mitglieder dieser Gesellschaft beeinflussen. Institutionalisiertes Verhalten beschäftigt sich mit den grundlegenden Problemen einer Gesellschaft. Da eine der Grundvoraussetzungen für soziale Ordnung in der Fähigkeit ihrer Mitglieder zur Kommunikation besteht, ist die Sprache eine der fundamentalen Institutionen in einer Gesellschaft. Weitere wichtige Bereiche der Interaktion, die institutionalisiert sind, sind Familie, Religion, Erziehung, Medizin, Rechtswesen etc. Die Institutionen regeln das Verhalten nach bestimmten und kontinuierlichen Mustern. Diese Muster beinhalten spezifische, durch Normen gestützte Ordnungen und Regelungen, die von durch Normen legitimierte Sanktionen begleitet werden.

Die wesentlichen Merkmale von Institutionen sind ihre äußere Realität, ihre Objektivität, ihre bindende Kraft und moralische Autorität, ihre Historizität und soziale Kontrolle.

Eine formale Organisation ist eine Institution mit eindeutig festgelegten Regeln, die von speziellen Fachkräften, zum Beispiel in der Erziehung, im Rechtswesen und in der Medizin, angewandt werden.

Der Sozialisationsprozeß

Ist die Bedürfnisbefriedigung erst einmal institutionalisiert, so wird sie zu einem Teil des legitimierte Wissens einer bestimmten sozialen Gruppe und wird als solche neuen Generationen oder Einzelpersonen, die den relevanten sozialen Status erreichen wollen, übertragen. Diese Übertragung wird Sozialisation genannt (primäre, sekundäre oder formale und antizipierende Sozialisation) und hat zahlreiche spezifische Ziele zur Folge.

Die menschlichen Triebe können zu undiszipliniertem Verhalten führen, das spätere Konsequenzen zugunsten unmittelbarer und möglicherweise flüchtiger Befriedigung außer acht läßt. Da eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine harmonische und erfolgreiche soziale Beziehung die Voraussagbarkeit ist, besteht das Hauptziel der Sozialisation in der Einprägung der grundlegenden Verhaltensregeln; dies führt schließlich zu diszipliniertem Verhalten und bedeutet auch die Einschränkung des unmittelbaren Genusses durch Verschieben, Verzicht, Verändern von Handlungsregeln zugunsten späterer Gewinne. Diese Regeln schließen zahlreiche Verhaltensweisen ein, angefangen beim Einüben hygienischer Regeln eines Kleinkindes bis zur späteren Orientierung im Hinblick auf Erziehung und Beruf.

Disziplin als solche ist einschränkend und kann nicht ohne spätere Zielsetzungen aufrechterhalten werden. Für die Sozialisation ist es daher notwendig, daß Wünsche und Bestrebungen erzeugt werden, die diese späteren Ziele entsprechend der Transparenz der Gesellschaft widerspiegeln. Die durch die Sozialisation geschaffenen Wünsche und Bestrebungen werden mit zahlreichen Charakteristika wie Geschlecht, soziale Klasse, Religion, etc. in Beziehung stehen.

Damit der einzelne in der Lage ist, zu bestimmten Wünschen einen Bezug herzustellen, muß ihm durch die Sozialisation ein Gefühl der Identität verliehen werden, das ihn bei seinem Versuch, die von ihm selbst gesetzten Ziele durchzusetzen, entweder ermutigen oder entmutigen wird.

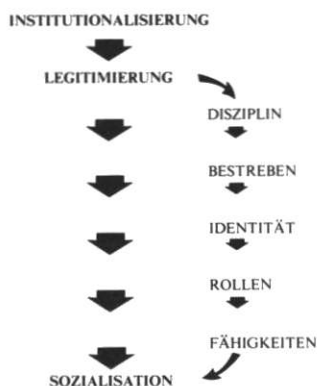
Inwieweit die Entscheidung im Hinblick auf künftige Wünsche und Bestrebungen entsprechend der Identität einer Person eingeschränkt ist, hängt vom jeweiligen sozialen System ab. Die industrialisierten westlichen Gesellschaften sind durch ein großes Maß an Entscheidungsfreiheit für den einzelnen gekennzeichnet; das Gefühl der Identität wird dadurch geschwächt, denn diese Wünsche und Bestrebungen sind nicht so fest fixiert. Da außerdem die Sozialisation länger dauert, wird die vollständige Identität später im Leben als in einfacher strukturierten Gesellschaften erreicht. Bis zur Erreichung dieser Identität kann der einzelne eine schwierige Zeit durchmachen, wie zum Beispiel die Jugendlichen in unserer Gesellschaft.

Ein Individuum aktiviert seine Identität im sozialen Sinne, indem es bestimmte soziale Rollen übernimmt, deren Ausführung es durch Sozialisation lernt. Zusammen mit den Rollen erwirbt es die damit verbundenen Einstellungen. Einstellungen sind mit innerlich empfundenen Emotionen und Gefühlen verbunden, die innere Zwänge schaffen und ein Bewußtsein für das, was falsch und richtig ist.

Häufig erfordern soziale Rollen mehr als nur die richtigen Gefühle. Für diesen Fall vermittelt die Sozialisation dem einzelnen die notwendigen Fähigkeiten, um seine Rollen zu erfüllen und sich so in die Gesellschaft einzufügen. In komplexen Gesellschaften, die sich durch eine umfassende Arbeitsteilung auszeichnen, werden diese Fähigkeiten durch formale oder sekundäre Sozialisation eingeprägt.

So stellt die Sozialisation das wichtigste Instrument der sozialen Kontrolle dar, das es den Gesellschaften erlaubt, dafür zu sorgen, daß sich die neu integrierten Personen den Normen, die in den Institutionen der jeweiligen Gesellschaft herrschen, anpassen (Abb. 14).

ABBILDUNG 14. ZIELE DER SOZIALISATION



BEWERTUNG VON NORMEN

Wir haben bisher festgestellt, daß das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung von individuellen Charakteristika sowie von den Erwartungen des sozialen Systems an jeden einzelnen beeinflußt wird. Welcher dieser beiden Faktoren überwiegen wird, hängt schließlich von den jeweiligen Merkmalen ab.

Wenn zum Beispiel jemand ein Diabetiker ist, dann wird sich die Behandlung eines medizinischen Problems von der eines anderen Patienten unterscheiden. Andererseits kann der bindende Charakter einer Norm für bestimmte Gruppen sehr stark sein, so zum Beispiel für schwangere Frauen, die rauchen, während für den Rest der Bevölkerung Nichtraucher-Normen in ihrem bindenden Charakter verhältnismäßig schwach sein können.

Definition und Bewertung von Normen

Um den Einfluß von Normen auf das Verhalten des einzelnen herauszufinden, ist es erforderlich, den Begriff der Norm zu definieren und Methoden und Instrumente zu ihrer Bewertung zu entwickeln. Im allgemeinen gibt es zwei grundsätzlich verschiedene Methoden für die Bewertung von Normen. Anthropologen und Soziologen haben die Untersuchung von Normen eingesetzt, um kulturelle Merkmale von Bevölkerungsgruppen, die sich von ihren eigenen unterscheiden, herauszufinden, einschließlich der Wertsysteme und der Besonderheiten der Sozialstruktur.

In diesen Untersuchungen wurden auch die Werte analysiert, die als gut oder schlecht betrachtet werden, die Handlungsweisen, die als „normal“ angesehen werden und die Art der bestehenden Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen. Das Hauptmerkmal solcher für unseren Zweck wichtigen Studien besteht darin, daß sie sich mit den Erwartungen und Meinungen der Bevölkerung befassen und nicht so sehr mit ihrem Verhalten. Daher ist es nicht verwunderlich, daß sie sehr oft eine schwache Verbindung zwischen den beobachteten Normen und dem tatsächlichen Verhalten der Bevölkerung erkennen lassen. Die Psychologen andererseits zeigten

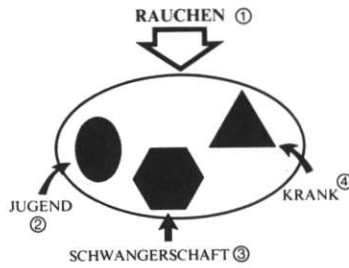
stärkeres Interesse für die Beziehungen zwischen Normen und Verhalten. Sie gehen von der Annahme aus, daß es eine direkte Beziehung zwischen beiden gibt; die meisten ihrer Untersuchungen wurden im Labor durchgeführt und hatten das Ziel zu untersuchen, in welcher Weise und warum Personen sich sozialen Erwartungen oder Normen anpassen.

Dies ist ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeiten, denen man begegnet, wenn man versucht, bestimmte Theorien aus anderen Sozialwissenschaften direkt auf die Gesundheitserziehung anzuwenden. Die erste wurde eingangs erwähnt, als wir versuchten, die Rollentheorie auf die Prävention anzuwenden. Wir fanden heraus, daß sich Medizinsoziologen allein auf das Studium der Krankenrolle beschränkt hatten, und wir mußten neue Theorien bezüglich der Gefährdetenrolle für die Erfordernisse der Gesundheitserziehung entwickeln. Ebenso wenig können wir die Theorien, die entweder von Anthropologen und Soziologen oder von Psychologen im Hinblick auf soziale Normen entwickelt wurden, direkt anwenden. Wir müssen zuerst einmal die Normen entsprechend unseren Bedürfnissen differenzieren und definieren. Wir haben bereits einen Anfang gemacht, und die ersten Schritte bestanden darin, zu unterscheiden zwischen den allgemeinen Normen, die die Erwartungen innerhalb einer Kultur zum Ausdruck bringen und den spezifischen Normen, die das Verhalten einer Person, die einen bestimmten Status innehat und einem spezifischen Problem gegenübersteht, regulieren und definieren. Wir haben bereits herausgefunden, daß es überleitende Normen gibt, d.h. Normen, die sich von einer allgemeinen zu einer spezifischen Norm verändern, da sich die bestehenden Kenntnisse über ein bestimmtes Problem wandelten. Zum Problem der Definition von Normen kam noch jenes ihrer Bewertung hinzu. Zu diesem Zweck mußten neue Instrumente entwickelt werden, da die vorhandenen entweder nicht präzise genug waren oder aber verschiedene Merkmale, die den bindenden Charakter einer Norm und ihre Beziehung zum Verhalten eines Menschen beeinflussen können, nicht berücksichtigten.

Als Beispiel können wir die Normen im Zusammenhang mit dem Rauchen betrachten (Abb. 15). In Anbetracht der Entdeckung der gesundheitsschädlichen Wirkungen des Rauchens kann angenommen werden, daß allgemein akzeptiert wird, daß Rauchen der Gesundheit schadet und daß man mit dem Rauchen nicht erst beginnen oder versuchen sollte, es aufzugeben. Dies wird durch die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen untermauert, die alle zeigen, daß Nichtraucher der Meinung sind, man sollte nicht rauchen und daß selbst die Mehrheit der Raucher unzufrieden über ihre Gewohnheit sind und sich gerne von ihr befreien würden. Im Rahmen dieser allgemeinen Mißbilligung des Rauchens gibt es eine Anzahl spezifischer Normen, die das Rauchen bei Kindern und bei Patienten mit bestimmten Erkrankungen betreffen. Die Norm in bezug auf Rauchen in der Schwangerschaft ist in einem Übergangsstadium, d.h. sie wird spezifischer, da sie an Unterstützung von seiten des ärztlichen Berufsstandes gewinnt.

An diesen Beispielen kann man sehen, daß spezifische Normen mit einem spezifischen Status verbunden sind, daß sie die Anforderungen an eine bestimmte Rollenerfüllung definieren und daß sie durch ein offiziell anerkanntes Organ, wie das Parlament im Hinblick auf Rechtsnormen und den Ärztestand im Hinblick auf Gesundheitsnormen, ihre Rechtfertigung finden.

ABBILDUNG 15. NORMTYPEN UND IHRE SPEZIFITÄT



NORMEN:

- 1 ALLGEMEIN
- 2 LEGAL (spezifisch)
- 3 TRANSITORISCH
- 4 MEDIZINISCH (spezifisch)

Es wird nicht nur notwendig sein herauszufinden, ob bestimmte Normen existieren und inwieweit sie spezifisch sind, sondern man wird auch feststellen müssen, ob sie nicht mit anderen Normen kollidieren. In einer komplexen Gesellschaft mit weitgehender Arbeitsteilung kann ein Individuum viele Rangstellungen einnehmen und zahlreiche Rollen spielen. Einige dieser Rollen können aufgrund der gegensätzlichen Erwartungen oder Normen, die mit ihnen verbunden sind, konfligierend sein (Abb. 16).

Ein häufig zitiertes Beispiel ist der Konflikt zwischen den verschiedenen sozialen Erwartungen, den Jugendliche erleben. Während sie den Kreis ihrer sozialen Beziehungen erweitern und ihre Bezugsgruppen vermehren, machen viele von ihnen einen Konflikt durch im Hinblick auf die Erwartungen ihrer Familie und der Freun-

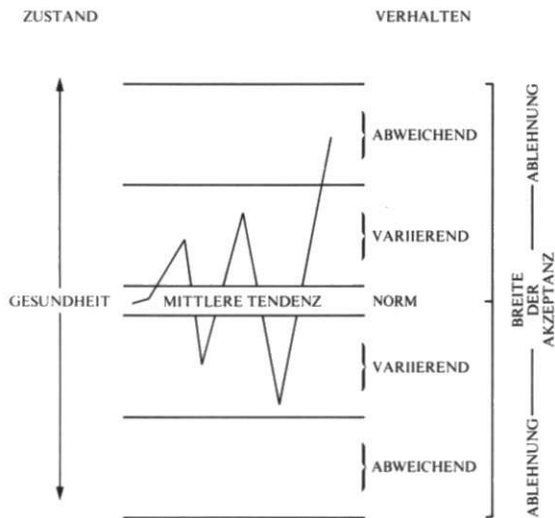
ABBILDUNG 16. ROLLENKONFLIKT AUFGRUND DIVERGIERENDER NORMERWARTUNGEN



desgruppe. Von der Intensität der Loyalität zu der einen oder anderen Gruppe wird es abhängen, welche Normen akzeptiert werden.

Der nächste Punkt, den wir untersuchen wollen, ist das Verhältnis zwischen Normen und Verhalten. Es wird oft festgestellt, daß allgemeine Normen eine sehr schwache Beziehung zum tatsächlichen Verhalten der Bevölkerung haben. Wir postulieren aber, daß der Bezug zum tatsächlichen Verhalten um so direkter sein wird, je spezifischer eine Norm ist (Abb. 17).

ABBILDUNG 17. VERHÄLTNIS ZWISCHEN NORMEN UND VERHALTEN



Das Verhalten in Zusammenhang mit einer Erwartung oder Norm kann als konformistisch, variierend oder als abweichend definiert werden. Wenn Menschen wie erwartet handeln und wenn diese Erwartung so spezifisch ist, daß sie gemessen werden kann, dann können wir sagen, daß diese Menschen sich normgerecht verhalten. Verhalten sie sich nicht in der erwarteten Art und Weise, können wir sie als von der Norm abweichend Handelnde bezeichnen. Es wird immer eine sogenannte „Grauzone“ der akzeptierbaren Varianz im Verhalten geben, die nicht als absolut konform, aber auch nicht als abweichend betrachtet werden kann. Dieses Verhalten wird als „variierend“ definiert, und der Grad der akzeptierten Varianz wird vom Grad der Spezifität einer Norm abhängen.

Jede Untersuchung, die das Verhältnis zwischen Norm und entsprechendem Verhalten analysiert, muß neben der Norm auch die untersuchte Bevölkerungsgruppe und das Verhalten definieren. Das Verhalten kann als zielgerichtet, kausal oder zufällig definiert werden. Zielgerichtetes Verhalten ist das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses, in dem der Handelnde die unterschiedlichen verfügbaren Alternativen bewertet und sich dann für eine entscheidet, die entweder den Gewinn maximiert oder den Verlust minimiert. Kausales Verhalten ist das Ergebnis einer

bestimmten Ursache, wie zum Beispiel das Auftauchen eines Symptoms, der Erwerb einer neuen Information oder eines neuen Status und die Mitgliedschaft in einer neuen Gruppe. Zufälliges Verhalten tritt ohne jeden wahrnehmbaren Grund auf und kann, ohne daß sich der Handelnde dessen bewußt wird, gesundheitsförderlich sein. Die für die Untersuchung des Verhältnisses Norm-Verhalten ausgewählte Bevölkerungsgruppe muß in irgendeiner Weise mit der jeweiligen Norm in Beziehung stehen. Mit anderen Worten, die Spezifität einer Norm wird nicht nur durch die Spezifität der Erwartungen, sondern auch durch die Spezifität der betroffenen Bevölkerungsgruppe definiert. Das heißt, daß spezifische Normen insofern ethnozentrisch sind, als sie sich auf eine bestimmte Gruppe beziehen, die die Normerwartungen teilt. Der ethnozentrische Charakter einer Norm kann durch Bevölkerungsmerkmale wie Alter, Geschlecht, Beschäftigung, Krankheit, etc. definiert werden.

Faktoren, die den bindenden Charakter einer Norm beeinflussen

Letzten Endes wird das Verhältnis zwischen einer Norm und dem tatsächlichen Verhalten vom bindenden Charakter der jeweiligen Norm abhängen. Dieser Charakter einer Norm hängt von zahlreichen Faktoren ab:

1. Vom Ursprung einer Norm: hier können wir von der Historizität einer Norm sprechen, denn in manchen Fällen ist der Ursprung nicht bekannt, während man in anderen Fällen den Ursprung auf ein bestimmtes Ereignis zurückführen kann, wie zum Beispiel eine medizinische Entdeckung oder die Verabschiedung eines Gesetzes.
2. Von der Art der Norm: je spezifischer die Norm, desto grösser ihr bindender Charakter, während der bindende Charakter von allgemeinen oder latenten Normen schwach sein wird.
3. Vom Inhalt einer Norm: eine Norm kann präskribierenden oder proskribierenden Charakter haben, und sie kann sich entweder mit Pflichten oder mit Rechten befassen und in manchen Fällen sogar mit den Rechten von Einzelpersonen als auch mit deren Verbindung.
4. Von der Art der Sanktionen: eine spezifische Norm wird eine Reihe von Sanktionen für die von der Norm abweichend Handelnden beinhalten; dies kann stillschweigend oder ausdrücklich und in manchen Fällen auch in formalisierter Form geschehen; die Sanktionen werden von Ausmaß der Konformität, der Varianz und der Abweichung in bezug auf bestimmte Erwartungen abhängen.
5. Von den Charakteristika des Senders: in manchen Fällen ist auch der Sender die Quelle einer Norm, und die Norm wird dann auch die Charakteristika des Senders zeigen. In anderen Fällen ist der Sender der Vermittler und aufgrund seiner eigenen Charakteristika wird er den bindenden Charakter einer Norm steigern oder mindern; dies wird, ähnlich wie bei der Quelle, von der Glaubwürdigkeit, dem Status und der Stärke des Senders abhängen als auch von der Orientierung der Norm: ob sie in der Machtstruktur des Beziehungssystems nach oben oder nach unten vermittelt wird.
6. Vom Verhältnis zwischen Sender und Empfänger: dies Verhältnis kann affektiver Natur sein wie im Falle von Mutter und Kind oder aber zweckbedingt wie im

Falle von Arzt und Patient; im letzten Fall ist die Stärke und die Glaubwürdigkeit des Senders von höchster Bedeutung.

7. Vom Modus der Vermittlung: diese wird vom jeweiligen Kommunikationsprozeß abhängen; sie kann sich in einer unmittelbaren Situation oder über die Massenmedien abspielen; sie kann direkt an der Quelle stattfinden oder durch einen Vermittler: in diesem Fall hängt der bindende Charakter von der Entfernung (geographisch, zeitlich und sozial) zwischen der Quelle und dem Empfänger ab und den Charakteristika des Vermittlers; sie kann auch Möglichkeiten des Feedback einschließen.

8. Von den Charakteristika des Empfängers: er kann die Norm während der primären Sozialisation internalisiert haben; in diesem Fall wird die Norm mit den entsprechenden Einstellungen verbunden sein und Teil seines allgemeinen Wertsystems und seiner subjektiven Realität sein; oder aber die Norm wurde während der sekundären Sozialisation beim Prozeß der Aneignung eines neuen Status internalisiert und ist mit negativen Einstellungen verbunden; der Empfänger kann direkt oder als Mitglied einer Gruppe angesprochen werden: in diesem Fall wird der bindende Charakter von der Stärke seines Zugehörigkeitsgefühls zur betroffenen Gruppe abhängen; der Empfänger kann zahlreiche Rangstellungen mit konfligierenden Normen innehaben und kann sich in einem Zustand kognitiver Dissonanz befinden, ohne in der Lage zu sein, diese zu lösen. Das Vorhandensein einer spezifischen Norm bedeutet, daß auch ein spezifischer Status vorliegt. Will man den Einfluß sozialer Kräfte auf das gesundheitliche Verhalten untersuchen, so wird es erforderlich sein, das Vorhandensein eines Status nachzuweisen sowie die spezifischen Normen, die die Rollenerfüllung des Statusinhabers kennzeichnen. Stellen wir fest, daß kein spezifischer Status vorhanden ist, sollten wir herausfinden, auf welche Art und Weise das durch bestimmte Verhaltensformen verursachte Problem gelöst wird. So entdecken wir vielleicht, daß dort, wo ein genau definierter Risikostatus fehlt, die Ärzteschaft, die sich mit dem Problem befaßt, auf die Anerkennung einer „quasi-Krankenrolle“ zurückgreift oder, mit anderen Worten, eine gefährdete Person so behandelt als sei sie tatsächlich krank. Auf diese Weise werden die für die Krankenrolle relevanten Normen für diese Person relevant.

KONSEQUENZEN FÜR DIE GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die Schwerpunktverlagerung von den erzieherischen zu den präventiven Verhaltenszielen hat wichtige Konsequenzen für die Gesundheitserziehung als Tätigkeitsbereich als auch im Hinblick auf die ihr gestellten Aufgaben. Diese Schwerpunktverlagerung hatte Auswirkungen auf die Gestaltung der Tätigkeit, den Typus und Background der Ausführenden als auch auf die eingesetzten Methoden und Konzepte. Auch die Faktoren, die die Gesundheitserziehung fördern oder hemmen, werden von ihr beeinflußt.

In dieser Beziehung verlieren die Faktoren traditioneller Prägung an Bedeutung, und neue Faktoren kommen ins Spiel. Unser Interesse liegt nicht so sehr darin, die besten Mittel und Wege zur Vermittlung von Informationen zu finden, sondern eher darin, herauszufinden, wie Verhalten verändert werden kann. Daraus ergab sich die

Notwendigkeit, verschiedene Einrichtungen wie Raucherentwöhnungs- und Diät-kliniken bereitzustellen, in denen Verhalten verändert werden soll. Die Ärzteschaft legt anscheinend großen Wert darauf, solche Einrichtungen, sofern sie verfügbar sind, als Erweiterung ihrer Behandlung zu nutzen. Die Faktoren, die diese neuen Aktivitäten fördern oder hemmen, sind eng mit der Notwendigkeit qualifizierten Personals zur Betreuung dieser Kliniken verbunden als auch mit den ethischen Problemen, die sich aus dieser Tätigkeit ergeben.

Das Problem der Professionalisierung

Die Behandlung des Verhaltens als ein Bestandteil der gesundheitserzieherischen Dienste wirft das Problem der Professionalisierung der Tätigkeit auf. Hierfür gibt es zwei Möglichkeiten: man schafft einen neuen Beruf des Gesundheitserziehers oder man erhebt die laufende Tätigkeit auf die Ebene eines Berufes. Die Entscheidung wird von der vorhandenen Struktur der Gesundheitserziehungsdienste abhängen. Gibt es eine Einrichtung für spezielle Gesundheitserzieher, so wird die Lösung offensichtlich darin liegen, sie als Berufsstand anzuerkennen. In vielen Ländern gibt es diese Einrichtung indessen nicht, und es wird auch nicht möglich sein, sie gezielt ins Leben zu rufen; in diesen Fällen wird die Lösung darin bestehen, die Aktivität auf die Ebene eines Berufes anzuheben.

In Großbritannien wird dieses Problem augenblicklich diskutiert, und es ist offensichtlich, daß im Hinblick auf die Interpretation dieser beiden Konzepte eine gewisse Verlegenheit besteht. Wir haben eine Klärung versucht, indem wir eine Analogie zwischen den mit Gesundheitserziehung beschäftigten Personen und den Straßenbenutzern herstellten. Wenn es auch oft gefährlich ist, Analogien zu benutzen, so kann es in diesem Fall mit etwas Fantasie doch von Nutzen sein.

Es gibt drei Gruppen von Straßenbenutzern wie es drei Gruppen von Personen gibt, die in der Gesundheitserziehung tätig sind. Die erste und zahlenmäßig stärkste Gruppe sind die Fußgänger. Sie benutzen die Straßen ständig, sind durch bestimmte Vorschriften und konkrete Ereignisse eingeschränkt, ohne daß sie aber ihre Kompetenz in irgendeiner formellen Art und Weise nachweisen müssen.

Dasselbe trifft für die große Mehrheit der Personen zu, die die meiste Zeit durch Vorbildfunktion oder durch das gesprochene Wort mit Gesundheitserziehung beschäftigt sind. Obwohl sie an bestimmte Regeln gebunden sind, wie zum Beispiel niemandem vorsätzlich durch Rat oder Tat Schaden zuzufügen, benötigen sie doch keine formelle Unterweisung oder Prüfung, um ihre Befähigung für diese Tätigkeit unter Beweis zu stellen. Hierzu würde ich Eltern, Angestellte, Gewerkschaftsvertreter u.a. zählen, die ohne offiziell anerkannten Status oft in der Lage sind, das Gesundheitsverhalten anderer zu beeinflussen.

Zur zweiten Gruppe der Straßenbenutzer gehören die Kraftfahrer. Sie müssen sich einem formellen Unterricht unterziehen, der mit einer formellen Prüfung abschließt, sie werden registriert, und ihre Strassenbenutzung wird durch eine Reihe von Vorschriften bestimmt, die durch Sanktionen verstärkt werden. Diesen Bestimmungen wird durch eine offiziell anerkannte Organisation (gewöhnlich die Polizei) Geltung verschafft, wobei die Sanktionen ebenfalls formellen Charakter haben. Die Gesamtheit ihres Wissens, das ihr Verhalten bestimmt, basiert auf wissenschaftli-

chen Theorien (über das Funktionieren der Verbrennungsmaschine, das Bremssystem, etc.) und auf statistisch gesicherten Untersuchungen zur Verhütung von Unfallrisiken (wie zum Beispiel durch die Festsetzung des zulässigen Blutalkoholspiegels für Autofahrer). Diese Autofahrer können nun mit zahlreichen Personen in verschiedenen Berufen verglichen werden, die mit der Gesundheitserziehung als Teil ihrer regelmäßigen Beschäftigung befaßt sind. Hierzu würde ich Lehrer, Sozialarbeiter, Vorarbeiter in Fabriken, Gemeindefrauen, Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen und andere zählen, die sich auf Gesundheitserziehung als Teil ihrer regulären Aus- und Weiterbildung spezialisieren sollten. Soll die Gesundheitserziehung als eigenständige Thematik in den Lehrplänen der Ausbildungseinrichtungen für diese Berufe akzeptiert werden, so muß sie den Beweis erbringen:

a) daß sie auf theoretischen Kenntnissen aufbaut, b) daß sie durch die Evaluation nachweisen kann, daß sie für die Patienten keinerlei Gefahren darstellt und c) daß die Umstände, unter denen bestimmte Methoden eingesetzt werden können, durch einen Code gesundheitserzieherischer Praxis bestimmt werden. Die Anerkennung der Gesundheitserziehung als separate Disziplin ist notwendig, damit sie in der gleichen Weise wie andere spezifische Themenbereiche in diese Berufe einbezogen wird.

Die dritte Gruppe der Straßenbenutzer ist verhältnismäßig klein und hochspezialisiert. Zu ihr gehören die Fachleute, die berechtigt sind, öffentliche Verkehrsmittel zur Personen- oder Güterbeförderung zu bedienen. Sie benötigen zusätzliche Qualifikationen, müssen sich speziellen Prüfungen unterziehen und haben eine klar umrissene Beziehung zu ihren Klienten im Hinblick auf ihre Rechte und Pflichten.

Sie sind in einer besonderen Gewerkschaft organisiert und können einer speziellen Berufsorganisation angehören. Wahl und Ausscheidung basieren auf formellen Regeln ebenso wie die Sanktionen gegenüber Nonkonformisten. Diese Gruppe kann mit der kleinen Gruppe der berufsmäßig tätigen Gesundheitserzieher verglichen werden, die besondere Stellungen bekleiden und über besondere Qualifikationen verfügen müssen. Sie können in einer Berufsorganisation als auch in einer Gewerkschaft organisiert sein. Sie haben eine akademische Ausbildung und einen bestimmten Code gesundheitserzieherischer Praxis. Ihr Wissen ist dasselbe, über das auch andere mit der Gesundheitserziehung beschäftigte Berufe verfügen, es basiert auf einheitlichen Theorien und wird zum Schutze ihrer Klienten evaluiert.

Der Hauptunterschied liegt im Ursprung ihres Berufsstatus. Während andere Berufe ihren Status aus ihrer Hauptbeschäftigung ableiten und ihn dann ebenfalls auf ihre gesundheitserzieherische Aktivität übertragen, kann der Gesundheitserziehungsexperte nicht darauf zurückgreifen und wird seine berufliche Anerkennung von sich aus gewinnen müssen.

Unabhängig davon, ob ein Land nun die notwendigen Einrichtungen für Gesundheitserziehungsexperten hat oder nicht, werden die Auswirkungen für die Gesundheitserziehung die gleichen sein. Es wird das Bedürfnis bestehen nach wissenschaftlich fundierten Kenntnissen und Evaluation der gesundheitserzieherischen Praxis, nach anerkannten Institutionen und nach Kursen mit anerkannten Lehrern. Dies wird zur Anerkennung der Gesundheitserziehung als eigenständige Disziplin führen, die entweder in die Ausbildungsgänge anderer Berufe integriert oder Teil der Berufsausbildung der Gesundheitserziehungsexperten wird.

Schwierige Situationen

Abschließend gibt es noch eine Reihe die Gesundheitserziehung fördernder oder hemmender Faktoren im Zusammenhang mit den ethischen Problemen, die durch die Verlagerung der Zielsetzungen von der bloßen Informationsvermittlung auf Verhaltensveränderung entstanden sind.

Diese ethischen Probleme sind Teil der allgemeinen ethischen Probleme, die mit der Präventivmedizin verbunden sind. Wie bereits zu Beginn dieses Beitrags erwähnt, bestehen augenblicklich zweierlei Gesichtspunkte: in dem einen Fall wird der Standpunkt vertreten, daß die Gesellschaft nur intervenieren darf, sofern der einzelne eine gesundheitliche Gefährdung für andere darstellt, wie zum Beispiel bei manchen infektiösen Erkrankungen oder bei Geisteskrankheiten; im anderen Fall wird darauf bestanden, daß die Gesellschaft das Recht zur Intervention hat, um das Individuum zu schützen, selbst wenn es keine Gefahr für andere darstellt. Es gibt noch weitere Gesichtspunkte, die sich mit den Methoden der Intervention befassen: in dem einen Fall werden Methoden bevorzugt, die die Anpassung des Individuums an die Normen der Gesellschaft ermöglichen, im anderen Fall wird die Anpassung der gesellschaftlichen Normen an die Bedürfnisse des einzelnen gefördert. Diese beiden Gesichtspunkte stehen in enger Beziehung zu einem dritten, der sich mit dem Verhältnis von Gesundheitserzieher und Klienten beschäftigt: kann sich ein Gesundheitserzieher mit der Informationsvermittlung auf breiter Ebene ohne Berücksichtigung der Bedürfnisse seines Klienten beschäftigen oder kann er nur nach Billigung von seiten des Klienten gesundheitserzieherisch intervenieren?

Die Integration der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem sollte diese Schwierigkeiten lösen, und zwar durch die Anwendung des ärztlichen Sittencodex auf die Gesundheitserziehung. Dies war jedoch nur teilweise erfolgreich. Der positive Aspekt war die Einbeziehung der ärztlichen Maxime, dem Patienten keinen Schaden zuzufügen, aber auf der Negativseite gab es die Tendenz, bestimmte Verhaltensmuster als Krankheit zu kennzeichnen. Die Behandlung von Krankheit ist im Gegensatz zu der des Verhaltens ein institutionalisiertes Verfahren: aus diesem Grund gibt es mit dem Entstehen neuer Situationen immer wieder eine Fülle ständig zunehmender Probleme.

Sechs grundsätzliche Prinzipien der Gesundheitserziehung: Ein Orientierungsrahmen

von Dr. Günter Schramm, W. Schmidt und F. Erler

Institut für Gesundheitserziehung
Deutsches Hygiene-Museum in der DDR, Dresden

Die Thematik dieses Seminars berührt grundsätzliche Fragen der gesundheitserzieherischen Arbeit. Natürlich können die Möglichkeiten und Grenzen der Massenkommunikation und der personalen Kommunikation als Hauptformen der Gesundheitserziehung auf unterschiedlicher Ebene analysiert und dargestellt werden. Wir sind jedoch der Auffassung, daß Fragen der Kommunikation im unmittelbaren Zusammenhang stehen mit den allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen die gesundheitserzieherische Arbeit realisiert werden soll. Deshalb erscheint es uns nützlich, bei derartigen Überlegungen von allgemeinen Leitlinien für die theoretische und praktische Arbeit auszugehen, wie sie beispielsweise auf einer im Oktober 1977 in Dresden abgeschlossenen Tagung einer Arbeitsgruppe des WHO-Regionalbüros für Europa zum Thema „Prinzipien und Methoden der Gesundheitserziehung“ erarbeitet wurden.

Die Deutsche Demokratische Republik hatte den Auftrag, in der Vorbereitung auf diese WHO-Arbeitsgruppen-Beratung die gesundheitserzieherische Arbeit in ihrem Land in Form von Prinzipien darzustellen.¹ Das grundsätzliche Herangehen an die Leitung, Planung und Organisation der gesundheitserzieherischen Arbeit in der DDR ist von sechs Prinzipien gekennzeichnet:

1. Prinzip der Verantwortung der ganzen Gesellschaft für die Gesundheitserziehung und deren Verbindung mit politischen Hauptaufgaben.
2. Prinzip der Planmäßigkeit und Organisiertheit der Gesundheitserziehung.
3. Prinzip der Wissenschaftlichkeit und Parteilichkeit der Gesundheitserziehung.
4. Prinzip der aktivierenden Rolle der Gesundheitserziehung bei der Mobilisierung der Bevölkerung für den Gesundheitsschutz.

Anschrift: Deutsches Hygiene-Museum in der DDR, P.S.F. 162, Lingnerplatz 1, 8012 Dresden, Deutsche Demokratische Republik.

¹ Die im folgenden erläuterten Prinzipien wurden in Gemeinschaftsarbeit von R. Lämmel u. W. Schmidt herausgearbeitet. (Vgl. hierzu auch: Lämmel, R. et al., Prinzipien und Methoden der Gesundheitserziehung in der DDR, WHO Dokument ICP/HED 004/6).

5. Prinzip der besonderen Rolle der Medizin und des Gesundheitswesens für die Gesundheitserziehung in der sozialistischen Gesellschaft.
6. Prinzip der Differenziertheit und Zielgruppenorientiertheit der Gesundheitserziehung.

Im Ergebnis der obengenannten WHO-Arbeitsgruppen-Beratung wurden diese Prinzipien von den Experten der 13 europäischen Länder als objektive Kriterien für die wissenschaftliche Leitung und Planung der Gesundheitserziehung im Maßstab eines Landes akzeptiert und dem WHO-Regionalbüro empfohlen, die Regierungen der Länder der Europäischen Union für Gesundheitserziehung auf die hervorragende Bedeutung von Prinzipien der Gesundheitserziehung für die Erhöhung der Qualität und Wirksamkeit der gesundheitserzieherischen Arbeit hinzuweisen.

Die genannten sechs Prinzipien haben sich in der gesellschaftlichen Praxis in der DDR bewährt und sind aus ihr abgeleitet. Es ist jedoch hervorzuheben, daß diese Prinzipien auf Erkenntnissen und Erfahrungen der gesundheitserzieherischen Arbeit in allen sozialistischen Ländern beruhen und daß wir uns hierbei insbesondere auf die 60 jährige Praxis der Gesundheitserziehung in der UdSSR stützen konnten.

Mit dem Begriff „Gesundheitserziehung“ (bzw. „gesundheitserzieherische Arbeit“) wird die Gesamtheit der bildenden und erzieherischen Maßnahmen in der sozialistischen Gesellschaft gekennzeichnet, die auf die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Menschen gerichtet sind. Gesundheitserziehung nimmt im untrennbaren Zusammenhang mit der Entwicklung der sozialistischen Persönlichkeit Einfluß auf Denk — und Verhaltensweisen von Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensweise und ihrer Arbeits — und Lebensbedingungen.

Wir verstehen also Gesundheitserziehung als sozialen Prozeß der Verständigung und sozialen Kooperation, d.h. als Kommunikationsprozeß. Massenkommunikation und personale Kommunikation sind spezifische Erscheinungsformen dieses sozialen Prozesses. Darüber hinaus ist zu beachten, daß sich dieser Kommunikationsprozeß über die das Bewußtsein und Verhalten des Menschen entscheidend beeinflussenden Gruppen bzw. Kollektive realisiert, von denen besonders die Familie, das Arbeitskollektiv, aber auch Freizeit — und Interessengruppen hervorzuheben sind.

Für die Optimierung der Gesundheitserziehung als Kommunikationsprozeß — und darum geht es hier ja — ist nach unserer Meinung die Anwendung der von uns ausgearbeiteten sechs Prinzipien in ihrer Gesamtheit erforderlich. Im folgenden soll deshalb auf die genannten Prinzipien etwas näher eingegangen werden, und zwar vom allgemeinen Standpunkt als auch unter besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Deutschen Demokratischen Republik.

1. Das Prinzip der Verantwortung der ganzen Gesellschaft für die Gesundheitserziehung und deren Verbindung mit politischen Hauptaufgaben

Was ist unter diesem Prinzip zu verstehen?

Gesundheitserziehung stellt in der sozialistischen Gesellschaft als *untrennbares*

Element und Instrument des umfassenden Gesundheitsschutzes der Bürger ein gesamtgesellschaftliches Anliegen dar.

Gesundheitserzieherische Arbeit hat folglich unter den Bedingungen der weiteren Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft in der DDR eine wichtige Funktion in der Verwirklichung der *Gesamtpolitik* der Arbeiterklasse und ihrer marxistisch-leninistischen Partei und ist *Sache der ganzen Gesellschaft*. Gesundheitserziehung ist nur dann gesellschaftlich tragfähig und zugleich am effektivsten, wenn sie *an den politischen Hauptaufgaben* der Gesellschaft — insbesondere auf wirtschaftspolitischem, sozialpolitischem einschließlich gesundheitspolitischem sowie kultur — und bildungspolitischem Gebiet — orientiert ist und mit ihren spezifischen Möglichkeiten zur Lösung dieser Aufgaben beiträgt.

Daraus ergibt sich:

- a) Grundzüge, *Stellung und Funktion der Gesundheitserziehung* in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft entsprechend unserer Gesellschaftsstrategie zu bestimmen;
- b) Gesundheitserziehung als festen *Bestandteil des sozialistischen Gesundheitsschutzes* für die jeweiligen historischen Bedingungen zu gestalten;
- c) die planmäßige Entwicklung der Gesundheitserziehung in der DDR mit Hilfe *komplexer mittel- und langfristiger Konzeptionen* zu gewährleisten;
- d) die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in enger Verbindung mit der *Rechtsverwirklichung* ständig zu erhöhen.

Das spiegelt sich beispielsweise in zwei grundlegenden Gesetzen wider, die für den Gesundheitsschutz von erheblicher Bedeutung sind:

- im Jugendgesetz der DDR, das 1974 erlassen wurde, und
- im Gesetzbuch der Arbeit, das von der Volkskammer der DDR im Jahre 1977 beschlossen wurde.

In beiden Gesetzen wurden in Form staatlicher Normative verbindliche Festlegungen zur Gesundheitserziehung der Jugend bzw. zur Gesundheitserziehung der Werktätigen festgelegt. Dabei ist zu bemerken, daß der gesellschaftlichen Praxis entsprechend derartig umfassende Gesetze im Entwurf unter breiter Einbeziehung der Bevölkerung diskutiert werden und daß in diesem Prozeß auch solche Institutionen wie das Nationale Komitee für Gesundheitserziehung der DDR vom Recht ihrer demokratischen Mitwirkung Gebrauch machen.

2. Das Prinzip der Planmäßigkeit und Organisiertheit der Gesundheitserziehung

Dieses Prinzip bedeutet, daß die gesundheitserzieherische Arbeit nach einheitlichen Schwerpunkten und Hauptrichtungen im Maßstab der DDR geplant, geleitet und organisiert werden muß. Das Prinzip entspricht der Notwendigkeit, die bewußtseinsbildende Arbeit für die Gesundheit systematisch und kontinuierlich zu gestalten. Das Prinzip verwirklicht die Erkenntnis, daß die objektiven Gesetzmäßigkeiten des Sozialismus über das bewußte Handeln der Menschen realisiert werden.

Daraus ergibt sich:

- a) gesundheitserzieherische Ziele und Inhalte durch Integration *in die Leitung und Planung* der gesellschaftlichen Entwicklung *durch den sozialistischen Staat* in enger Verbindung mit den *gesellschaftlichen Organisationen* zu verwirklichen;
- b) die gesundheitserzieherischen Aufgaben *führungsmäßig durch das Ministerium für Gesundheitswesen* als dem zentralen Staatsorgan des Ministerrates der DDR für die Verwirklichung der Gesundheitspolitik *zu sichern*;
- c) *Zusammenwirken* zur Verwirklichung der Gesundheitserziehung als gesellschaftliche Aufgabe *auf allen Leitungsebenen zu organisieren und zu entwickeln*;
- d) die gesundheitserzieherische Arbeit für bestimmte Zeiträume planmäßig *nach abgestimmten Schwerpunkten* durchzuführen.

Die langfristigen Aufgaben, Hauptrichtungen und inhaltlichen Schwerpunkte sind mit den Grundsätzen und Schwerpunkten der Gesundheitserziehung vom Ministerium für Gesundheitswesen in Verbindung mit dem Nationalen Komitee für Gesundheitserziehung der DDR 1972 festgelegt. Schwerpunkte für mehrere Jahre werden durch die Nationalen Konferenzen für Gesundheitserziehung gesetzt, wie Gesunde Ernährung (1971), Arbeitskultur (1973) und 1977 Jugend und Gesundheit. In Auswertung des Jugendgesetzes ist die Arbeit mit der Jugend ein Schwerpunkt der Gesundheitserziehung für die Jahre von 1975 bis 1980, Grundlage dafür ist ein staatlicher Maßnahmenplan des Ministerrates der DDR, der vom Nationalen Komitee für Gesundheitserziehung erarbeitet wurde. Wir haben diese Fragen im Heft 3/1977 des *Internationalen Journals für Gesundheitserziehung* ausführlich dargestellt.

3. *Das Prinzip der Wissenschaftlichkeit und Parteilichkeit der Gesundheitserziehung*

Das dritte Prinzip spiegelt die Tatsache wider, daß die Ziele, Inhalte und Methoden der Gesundheitserziehung in ständige Übereinstimmung mit den sich entwickelnden Erkenntnissen über die objektiven Gesetzmäßigkeiten der Natur, der Gesellschaft und des Denkens zu bringen sind. Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Weltanschauung ist systematische wissenschaftliche Arbeit zur Gewinnung und Vermittlung gesicherter Erkenntnisse auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung erforderlich.

Wir möchten mit der Kombination von Wissenschaftlichkeit und Parteilichkeit unsere Auffassung unterstreichen, daß die Gewinnung und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Gesundheitserziehung niemals wertfrei erfolgen kann, sondern immer bestimmten gesellschaftlichen Interessen entspricht. Für uns bedeutet das, auch in der Gesundheitserziehung Partei zu ergreifen — Partei für den Humanismus, für das Wohl aller Bürger, für die freie, allseitige Entwicklung des Menschen.

Daraus ergibt sich:

- a) *Ziele, Inhalte und Methoden* der Gesundheitserziehung *auf wissenschaftlicher Grundlage zu bestimmen* und laufend zu aktualisieren;
- b) Gesundheitserziehung *auf der Grundlage der wissenschaftlichen Weltanschauung der Arbeiterklasse zu entwickeln* und mit hoher *weltanschaulicher Wirksamkeit* durchzuführen;

- c) Wirksamkeit und Qualität der *Leitung und Planung der wissenschaftlichen Arbeit* auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung *ständig zu erhöhen*.

Das Deutsche Hygiene-Museum in der DDR entspricht dieser Forderung z.B. mit der Herausgabe von Informations — und Argumentationsmaterialien zu den Hauptrichtungen und inhaltlichen Schwerpunkten der Gesundheitserziehung. Diese Materialien werden interdisziplinär erarbeitet im engen Zusammenwirken mit den jeweils zuständigen Leitinstitutionen der medizinischen, naturwissenschaftlichen und gesellschaftswissenschaftlichen Forschung.

4. *Das Prinzip der aktivierenden Rolle der Gesundheitserziehung bei der Mobilisierung der Bevölkerung für den Gesundheitsschutz*

In der sozialistischen Gesellschaft ist die Gesundheitserziehung auf die Entwicklung des aktiven Handelns des einzelnen und der Kollektive gerichtet. Das Prinzip der Mobilisierung der Bevölkerung für den Gesundheitsschutz begründet die Notwendigkeit der Mobilisierung breiter Kreise der Bevölkerung mit dem Ziel der Erhöhung der persönlichen und gesellschaftlichen Verantwortung für den Gesundheitsschutz. Es unterstreicht, daß Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung als Bestandteil der politischen Massenarbeit der sozialistischen Gesellschaft entwickelt und geleitet werden. Es verdeutlicht gleichzeitig die Verantwortung der gesellschaftlichen Kräfte und aller Massenkommunikationsmittel für die Gesundheitserziehung sowie die Verantwortung der Leiter in Staat und Wirtschaft für die Einbeziehung gesundheitlicher Erfordernisse bei der Führung von Menschen sowie in die Öffentlichkeitsarbeit.

Daraus ergibt sich:

- a) *gesundheitserzieherische Ziele und Inhalte* über das Wirken *breiter gesellschaftlicher Kräfte zu vermitteln*;
- b) Gesundheitserziehung und Gesundheitspropaganda in die Grundaufgaben der *Massenmedien einzubeziehen*;
- c) Gesundheitserziehung als *Bestandteil der kommunistischen Erziehung der Jugend* und der *Ausbildung und Qualifizierung aller Werktätigen*, einschließlich der Leiter, zu leisten.

So werden gesundheitserzieherische Themen kontinuierlich eingeordnet in die Arbeit des Fernsehens, des Rundfunks und der Presse. Dabei haben das Nationale Komitee für Gesundheitserziehung der DDR und das Deutsche Hygiene-Museum in der DDR eine wichtige anleitende Funktion.

Spezifische Formen der massenpropagandistischen Arbeit in der DDR auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung sind

- die ständige Gesundheitsausstellung im Deutschen Hygiene-Museum in der DDR in Dresden mit jährlich etwa 160 000 Besuchern;
- die Zeitschrift „Deine Gesundheit“ mit etwa 1 Million Lesern;
- spezielle gesundheitsbezogene Sendungen des Fernsehens mit jeweils mehreren Millionen Zuschauern;
- die Einordnung der Gesundheitserziehung in Großausstellungen wie die Garten-

bauausstellung „iga“ in Erfurt und die Landwirtschaftsausstellung „agra“ in Leipzig-Markleeberg.

Die Massenwirksamkeit zeigt sich beispielsweise darin, daß die Halle für gesunde Ernährung auf der „iga“ 1973 bereits am Eröffnungstag von 23 000 Personen besucht wurde. Insgesamt hatte diese Halle innerhalb von 4 Wochen eine Besucherzahl von 235 000 zu verzeichnen.

Auch auf der jährlich stattfindenden „agra“ werden Probleme der Gesundheits-erziehung und des Gesundheitsschutzes dargestellt.

Wegen der großen Bedeutung der gesundheitserzieherischen Ausstellungen und Plakate als Formen der Massenkommunikation war dieser Thematik 1976 ein internationales Kolloquium der sozialistischen Länder gewidmet, das in der DDR stattfand.

Die wichtigsten Ergebnisse dieses Kolloquiums wurden in einer Broschüre veröffentlicht.

5. *Prinzip der besonderen Rolle der Medizin und des Gesundheitswesens für die Gesundheitserziehung in der sozialistischen Gesellschaft*

Dieses Prinzip verweist auf die spezifische Verantwortung, die die soziale Institution Gesundheitswesen und die medizinische Wissenschaft für die gesundheitserzieherische Arbeit in der ganzen Gesellschaft tragen. Auf Grund ihrer gesellschaftlichen Funktion kommt ihr objektiv ein entscheidender Anteil bei der Gesundheitserziehung der Bevölkerung zu, den sie sowohl durch differenzierte gesundheitserzieherisch orientierte Arbeit in den Einrichtungen der medizinischen Forschung, Lehre und Praxis als auch durch vielfältige Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheitserziehung in den einzelnen gesellschaftlichen Bereichen wahrnimmt.

Mit diesem Prinzip wird die Rolle des Gesundheitswesens bei der Wahrnehmung internationaler Verpflichtungen der DDR auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, einschließlich der Repräsentanz in der WHO und der IUGE gekennzeichnet.

Daraus ergibt sich:

- a) durch Gesundheitswesen und Medizin die *einheitliche gesundheitspolitische und medizinisch-wissenschaftliche Orientierung* der Gesundheitserziehung zu gewährleisten;
- b) die *Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens* durch Einbeziehung der Gesundheitserziehung in die *Aus- und Weiterbildung* sowie in das wissenschaftliche Leben an den Einrichtungen für *ihre gesundheitserzieherischen Aufgaben* mit dem erforderlichen Wissen und Können auszurüsten;
- c) durch die *Tätigkeit spezialisierter Institutionen* des Gesundheits- und Sozialwesens die Organisierung des wissenschaftlichen Vorlaufs, der Lehrtätigkeit sowie der Forschung *systematisch anzuleiten* und die Lösung der internationalen Aufgaben auf diesem Gebiet zu gewährleisten;
- d) Gesundheitserziehung als *Qualitätskriterium medizinischer und sozialbetreuender Tätigkeit* in allen *Leitungsbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens planmäßig zu gestalten*.

Dieser Forderung wurde mit einer Anordnung des Ministers für Gesundheitswesen der DDR für die gesundheitserzieherische Arbeit durch das Gesundheits- und Sozialwesen vom 1. Juni 1975 entsprochen, in der die Aufgaben der Gesundheitserziehung für alle Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens verbindlich festgelegt wurden.

Danach haben alle Ärzte und übrigen Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens gesundheitserzieherisch wirksam zu werden durch:

- differenzierte Gesundheitsberatung der Bürger;
- durch hygienische und arbeitshygienische Beratung der Bürger, der örtlichen Staatsorgane sowie der Leiter der Betriebe und Kollektive;
- Öffentlichkeitsarbeit in den Betrieben und Wohngebieten. — So wurden beispielsweise im 1. Halbjahr 1977 über 23 000 Vorträge zu medizinischen Themen von Ärzten im Rahmen der Gesellschaft zur Verbreitung wissenschaftlicher Kenntnisse (URANIA) vor der Bevölkerung gehalten;
- Mitwirkung an planmäßiger Bildungs- und Erziehungsarbeit in allen gesellschaftlichen Bereichen.

6. Das Prinzip der Differenziertheit und Zielgruppenorientiertheit der Gesundheitserziehung

Dieses Prinzip besagt, daß die gesundheitserzieherische Arbeit im Interesse einer hohen Effektivität differenziert und auf Zielgruppen der Bevölkerung orientiert durchgeführt werden muß. Die entscheidenden Ausgangspunkte sind die unterschiedlichen objektiven Bedürfnisse und subjektiven Voraussetzungen (z.B. in biologischer, medizinischer, pädagogischer oder psychologischer Sicht) und der Anspruch, durch Gesundheitserziehung die gesamte Bevölkerung zu erreichen.

Das erfordert differenzierte, zielgruppenorientierte gesundheitserzieherische Arbeit gegenüber einzelnen Bevölkerungsgruppen, beispielsweise nach Alter, Gesundheitszustand usw. Daraus leitet sich das Erfordernis der Differenzierung der Ziele, Inhalte und der Methoden der Gesundheitserziehung sowie die Notwendigkeit ab, Personen mit einer besonderen Verantwortung für differenzierte und zielgruppenorientierte gesundheitserzieherische Arbeit zu befähigen.

Daraus ergibt sich:

- a) auf der Grundlage gesundheitspolitischer Erfordernisse *differenzierte Ziel- und Inhaltsbestimmungen* zur Auswahl entsprechender Methoden, Mittel und Organisationsformen vorzunehmen, die den objektiven Bedürfnissen sowie den subjektiven Einstellungen und Verhaltensweisen der Zielgruppen entsprechen;
- b) die verschiedensten *gesellschaftlichen Erziehungskräfte* zur *differenzierten und zielgruppenorientierten gesundheitserzieherischen Arbeit* zu befähigen;
- c) eine *Theorie der allgemeinen und speziellen Methodik der Gesundheitserziehung* zu entwickeln und auf dieser Grundlage ein *Methodensystem* der Gesundheitserziehung zu erproben, das den Bedingungen der sozialistischen Gesellschaft entspricht.

Neben den eingangs erwähnten Kollektiven wird in der DDR der systematischen Gesundheitsberatung von Patientengruppen, die sich in den verschiedenen

Leistungsbereichen des Gesundheitswesens in medizinischer Behandlung bzw. in Dispensairebetreuung befinden, verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt.

Eine besondere Rolle kommt der Gesundheitserziehung im Rahmen der Arbeitskollektive zu. Wir betrachten das Arbeitskollektiv deshalb als ein Hauptfeld der Gesundheitserziehung, weil der Arbeitsprozeß und das Arbeitskollektiv eine entscheidende Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen haben. Deshalb wird eine differenzierte Gesundheitserziehung in den Arbeitskollektiven durch die Mitarbeiter des Betriebsgesundheitswesens ausgeübt. Auch im Rahmen der Gewerkschaften spielen gesundheitserzieherische Fragen, insbesondere im Zusammenhang mit der ständigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitsschutzes der Werktätigen eine wichtige Rolle. Die Werktätigen selbst haben ein großes persönliches Interesse an gesundheitlichen und gesundheitserzieherischen Fragen und machen diese Thematik auch immer mehr zum Bestandteil des sozialistischen Wettbewerbs in den Betrieben, insbesondere zum Bestandteil der Bewegung „Sozialistisch arbeiten, lernen und leben.“

KAPITEL II

**Massen-
kommunikation**

Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung durch Massenkommunikation

von Prof. Dr. Reinhold Bergler

Direktor des Psychologischen Instituts der Universität Bonn

Problemsituation

Es ist leider eine Tatsache: Mit zunehmendem Wohlstand und zunehmenden Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft entwickelt der Mensch zunehmend die Fähigkeit, seine Gesundheit zunehmend zu gefährden. Die bewußte und unbewußte Selbstzerstörung des Menschen durch an sich korrigierbares Fehlverhalten ist eine Tragik von hoher Aktualität. Die vielfältig aufgezeigten Zusammenhänge zwischen den verschiedensten Arten von Coronar- und Karzinomkrankungen wie auch von psychischen Fehlentwicklungen einerseits und einem hohen Fehlverhalten im Ernährungsbereich, im Konsum von Tabakwaren, aber auch dem hohen Defizit an Körperbewegung und Körpertraining, machen dies überdeutlich. Auch wenn die Forschung noch intensiv um die weitere Aufklärung dieser Zusammenhänge bemüht ist, und auch wenn in Teilbereichen widersprüchliche Forschungsergebnisse mindestens vorzuliegen scheinen, so bleibt letztlich doch als Resümee aller bisherigen wissenschaftlichen Diskussion der Tatbestand, daß sich der Mensch falsch ernährt, daß er sich im Bereich der Genußmittel zuviel zumutet, aber im Bereich seines Körpertrainings die Gefahr einer Überforderung überhaupt nicht gegeben ist.

Es ist nun eine weitere Eigentümlichkeit in unserem Verhalten darin zu sehen, daß die einzelnen Menschen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, um die Gefährdung ihrer Gesundheit durch falsche Ernährung, durch übermäßigen Alkohol- und Tabakkonsum, durch mangelnde Bewegung usw. Bescheid wissen, und daß sie trotzdem daraus für ihr Verhalten kaum Konsequenzen ziehen. Und sie tun dies angesichts einer zunehmenden Wertschätzung der Gesundheit an sich, d.h. Gesundheit hat sich in unserer Gesellschaft zu einer hohen Wertvorstellung entwickelt, ohne daß das Ausmaß ihrer Bejahung schon Rückwirkungen auf konkretes Verhalten hätte.

Die Frage der Gesundheitserziehung ist nun aber auch noch auf einem sozialpolitischen Hintergrund zu sehen: Die zunehmende Entlastung und Befreiung des Men-

Anschrift: Psychologisches Institut der Universität Bonn, An der Schlosskirche, 5300 Bonn, Bundesrepublik Deutschland.

schen in unserer Gesellschaft von persönlichem Risiko leistet sicherlich auch einen Beitrag zu einer Demontage eines aktiv-gesundheitsbezogenen Verhaltens. Menschen, die in zunehmendem Maße entwöhnt werden, mindestens einen bestimmten zumutbaren Teil ihres Lebensrisikos noch selbst zu tragen und aktiv zu bewältigen, müssen notwendigerweise zu der Formel kommen: „Gesundheit ist Privatsache — für die Krankheit hat der Staat aufzukommen.“

Wenn das Verursacherprinzip nur auf die Industrie und Unternehmungen Anwendung findet und nicht für jeden einzelnen Bürger gilt, dann werden hier gesellschaftspolitische Disharmonien sichtbar. Das viel diskutierte Problem der steigenden Kosten im Gesundheitswesen impliziert allerdings wie alle Krisenphänomene die Möglichkeit zu einer auch positiven Bewältigung. Man muß dabei nur deutlich machen, daß der einzelne wieder veranlaßt wird, Verantwortung für sich und seine Gesundheit zu übernehmen. Er muß wieder lernen, daß Übernahme von Verantwortung, Bereicherung und Verhaltensmotivation, also Aktiva und nicht Passiva der eigenen Lebensbilanz darstellen.

Dieser Lernprozeß kann nur auf dem Wege geschehen, daß der Mensch im Falle eines verantwortungslosen Handelns dafür auch persönliche Konsequenzen zu tragen hat. Es ist erstaunlich, immer wieder — und nicht nur in Verbindung mit Fragen der Gesundheit — beobachten zu können, wie das Thema, Bereitschaft zur Übernahme von Risiko, Bewältigung von Risikofaktoren durch aktive Lebensgestaltung u.a. aus unserer öffentlichen Diskussion entfernt wird. Wir reden von Leistungsdruck, wir reden von Risikofaktoren, wir reden von dem Netz sozialer Sicherheit, wir reden von Gleichheit und von Solidarität, aber wir bringen zu wenig Zivilcourage auf, um deutlich zu machen, daß Leistung eine wesentliche Voraussetzung menschlicher Selbstverwirklichung ist, daß Risikobereitschaft und Risikobewältigung Leistungspotentiale freisetzen und daß die Selbstgefährdung von vielen Menschen durch falsches Verhalten eigentlich asozial ist und mit sozialer Sicherheit überhaupt nichts zu tun hat. Verzicht und Selbstdisziplin sind nicht eine Tugend von Eliten, sondern eine Notwendigkeit für alle. Noch befinden wir uns allerdings in einer Entwicklungsphase des zunehmenden Abbaus der Selbstverantwortlichkeit und der Bereitschaft, Risiko zu übernehmen. Wir haben aus zweifellos positiver Motivation das Problem der sozialen Sicherheit politisch angegangen; wir haben aber zwischenzeitlich einen Perfektionismus erreicht, der schon wieder zur Demotivation des einzelnen geführt hat, d.h. der einzelne fühlt sich so sicher, daß er in zunehmendem Maße glaubt, nichts mehr selbst zur Aufrechterhaltung bestehender oder zur Wiederherstellung gestörter Beziehungen zu seinem eigenen Ich oder auch zu seiner Umwelt unternehmen zu müssen. Die Erwähnung dieser Sachverhalte ist in diesem Zusammenhang erforderlich, weil deutlich werden muß, daß die Fragen der Gesundheitserziehung auch politische Rahmenbedingungen haben. Wer die Voraussetzungen zur Selbstmotivation einschränkt, darf sich nicht wundern, wenn die daraus erwachsenden Belastungen auf ihn zurückschlagen.

Definition und Zielgruppe der Gesundheitserziehung

Man sollte annehmen, daß die Frage, was Gesundheitserziehung eigentlich sei und an wen sie sich wende, ohne weiteres zu beantworten wäre. Ohne Komplikationen gelingt dies aber nicht. Fritsche hat 1974 definiert: „Gesundheitserziehung wird in

der Bundesrepublik Deutschland verstanden als das bewußte Planen und die wissenschaftliche und technische Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Erfolgskontrolle von menschlichen Kommunikationsprozessen, die aus biomedizinischen, ökonomischen, soziologischen, psychologischen oder sonstigen wissenschaftlichen Erkenntnissen, Forschungsergebnissen, Überlegungen oder dem gesunden Menschenverstand beruhen und deren Ziel es ist, die Gesundheit von Individuen, Personengruppen oder der Gesellschaft als Ganzem wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern.“ An dieser Stelle sei nur auf jene Ausführungen eingegangen, die besagen, daß es das Ziel der Gesundheitserziehung sei, die Gesundheit „wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern“. Wenn man diese Definition genau befragt, dann bedeutet dies für die Gesundheitserziehung, daß wir mindestens drei unterschiedliche Zielgruppen vor uns haben. Nämlich:

- 1 Den Gesunden
- 2 Den Gefährdeten
- 3 Den Kranken

Es gibt keine allgemeine Gesundheitserziehung, die sich an alle wendet oder wenden kann. Das möchten zwar manche Politiker, aber psychologisch ist dies nicht möglich. Man muß sich einmal ganz klar machen, daß der Gesunde sich in bezug auf das Thema Gesundheit in einer anderen Rolle befindet als der Gefährdete oder gar der Kranke. Geht man dem spezifischen Wortsinne der Gesundheitserziehung nach, dann müßte man eigentlich sagen, daß der Begriff der Gesundheitserziehung zentral für den noch Gesunden Anwendung finden müßte: Gesundheitserziehung beginnt dann beim Kind. Gesundheitserziehung soll eigentlich verhindern, daß jemand überhaupt in die Rolle des Gefährdeten oder des selbstverschuldeten Kranken kommt, d.h. Gesundheitserziehung soll das Kind, den Jugendlichen und den Erwachsenen in die Lage versetzen, selbständig positiv in bezug auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit zu handeln. Gesundheitserziehung muß zu einer gleichsam automatisierten Prophylaxe führen; sie soll verhindern, daß bestimmte Gefährdungen überhaupt erst aufkommen. D.h.: Gesundheitserziehung muß beim Gesunden beginnen, damit Gesundheit erhalten bleibt und eine permanente Immunisierung gegenüber jenen potentiellen Gefährdungen erfolgt, die heute schon zur traurigen Realität geworden sind. Der Beginn der Gesundheitserziehung am Gesunden ist auch deshalb so notwendig, weil wir angesichts der geschilderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen, ein permanentes Interesse daran haben müssen, daß wir nicht mit unserer Gesundheitserziehung erst den Gefährdeten oder den Kranken als Zielgruppe vor uns haben.

In diesem Zusammenhang ist es wesentlich zu sehen, daß der Kranke sich in einer sozialen Rolle der Abhängigkeit befindet. Er erwartet von seiner Umwelt, daß ihm geholfen wird. Nur in der Rolle des Gesunden oder des Gefährdeten ist Selbsthilfe im eigenen Motivationssystem wirklich zu verankern.

Die unterschiedlich möglichen Aktivitäten der Gesundheitserziehung werden sich also immer danach zu richten haben, ob es sich um die Gesundheitserziehung des Gesunden, um die Gesundheitserziehung des Gefährdeten (Risikofaktoren) oder um die Gesundheitserziehung des Kranken handelt.

Kommunikationsstrategien: drei wichtige Regeln

Die Erziehungs- und Kommunikationsstrategien sind ganz erheblich davon abhängig, in welchem Zustand, in welcher Rolle ich den zu Erziehenden antreffe. Da wir in unserer Gesellschaft die Diskussion der Gesundheitserziehung in einer Phase hoher gesundheitlicher Gefährdung durch die eigene Person begonnen haben, leidet nun genau diese Diskussion an einem permanent negativen Beigeschmack. Es ist bekannt, daß wir Erziehungsziele positiv formulieren sollten, daß Erziehungsstile sich nicht in Verboten erschöpfen dürfen, daß Erziehungsprozesse irgendwo auch mit Freude verbunden sein sollten. Betrachtet man sich aber die Realität, dann stehen wir vor der Schwierigkeit, daß — zweifellos in objektiv berechtigter Weise — der allgemeinen und speziellen Öffentlichkeit in zunehmendem Ausmaß und mit zunehmender Deutlichkeit, Angst vor den bestehenden und noch kommenden gesundheitlichen Gefährdungen gemacht wird. Mit der Dosierung von Angst muß man allerdings sehr vorsichtig umgehen, um Wirkung zu erzielen. Wenn es um die Existenz eines Kindes geht, kann ich z.B. in Fernsehspots sehr massiv Mütter an die Notwendigkeit der Polio-Schutzimpfung erinnern. Wenn es um eine noch nicht offenkundig gewordene Schädigung des Körpers geht, ist eine genauso schroffe Angstinduktion nicht wirksam. Der Mensch hat es zu einer gewissen Meisterschaft gebracht, Gefahren und Krisen wegzurationalisieren. Nur nach zwei autofreien Sonntagen denken wir an Energieverknappung; nur zwei Kilometer, nachdem wir einen schrecklichen Verkehrsunfall gesehen haben, fahren wir langsamer; nur für acht Tage genügt oft bei einer schweren Erkrankung der Vorsatz und die Absicht, das Rauchen aufzugeben. Mit dem steigenden Konfliktniveau in unserer Umwelt, mit steigender Aggressivität, mit steigender Gefährdung steigen auch die Techniken, solche Gefährdungen wegzurationalisieren, zu verniedlichen.

Die geschilderten Zusammenhänge wollen deutlich machen, daß eine Gesundheits-erziehung vom Kinde aus deshalb so notwendig ist, weil nur sie positiv motivieren kann. Nur wenn wir dem Gesunden nicht Angst machen, sondern ihm Daseinstechniken und Verhaltensstile vermitteln und einüben, die ihm Freude machen, ist es möglich, hier wirklich erzieherisch wirksam zu werden. Dazu ein Beispiel: Wenn wir heute mit Erwachsenen über „gesunde“ Ernährung reden, dann verbinden sie damit in erster Linie Einschränkungen, Verbote, Verzicht, Geschmacksminderung, Verlust an Genußerleben usw. Damit wird gesunde Ernährung in einem Erlebnisumfeld angesiedelt, das in keiner Weise mit Freude, mit Genußorientierung in Verbindung gebracht werden kann. Ähnliche Belastungen — allerdings noch mit viel stärker affektivem Beiklang — weisen in diesem Umfeld Begriffe auf wie: „Diät“, „Reformkost“, „Schonkost“ oder gar „Rohkost“.

Was damit gesagt werden soll, ist folgendes:

- 1 Die Ziele der Gesundheitserziehung müssen positiv formuliert werden: Es muß Freude machen, sich gesund zu ernähren, es muß Freude machen, sich körperlich zu bewegen: Man sollte nicht auf den Trimpfad gehen, weil man muß, sondern weil es Spaß macht. Der Mensch dient nur dann seiner Gesundheit, wenn er nicht dauernd davon redet, daß er dies alles für seine Gesundheit tun muß. Nur solche Verhaltensweisen sind psychohygienisch wirksam, die selbstverständlich und ohne allzu viel rationale Begründung und Rechtfertigung ablaufen.

- 2 Gesundheitserziehung muß ihre Ziele nicht nur positiv formulieren, sondern sie muß sie auch so formulieren, daß sich der einzelne davon betroffen fühlt. Gesundheitliches Verhalten ohne Ich-Beteiligung ist nicht möglich, d.h. Gesundheitsverhalten kann letzten Endes nicht verordnet und nicht geplant werden.
- 3 Gesundheitserziehung ist primär eine Angelegenheit der Primärgruppen, d.h. Gesundheitserziehung beginnt im Elternhaus und setzt sich dann fort in der Schule. Da wir heute aus der Lernpsychologie wissen, wie wesentlich das Vorbildverhalten der Eltern, der Lehrer, auch aller Vorgesetzten ist, da wir wissen, daß das Kind allein durch Beobachten von Verhalten die Möglichkeiten zur Imitation dieses Verhaltens entwickelt, wird auch einsichtig, wie entscheidend es eigentlich ist, daß schon die Eltern Nichtraucher sind, daß schon die Eltern in ihren Ernährungsgewohnheiten sich disziplinieren, daß auch die Eltern sportlichen Aktivitäten mit Regelmäßigkeit nachgehen usw.; man darf sich bei dieser Diskussion aber nicht auf die Eltern beschränken, sondern muß die Schule mit einbeziehen; dort erleben wir ja dann auch den Lehrer mit dem Übergewicht und den Kettenraucher. Der Forderung nach einer Gesundheitserziehung vom Kinde aus stehen als erste wesentliche zentrale Barrieren die Fehlverhaltensweisen der Leitbildfiguren im Wege.

Gesundheit: Wissen-Norm-Verhalten

Die Beschäftigung mit Fragen der Gesundheitserziehung muß auch die Frage beantworten, was eigentlich Gesundheit für den Menschen ist, was sie sein kann oder auch was sie sein muß. Vier Aspekte sind in diesem Zusammenhang wesentlich: Gesundheit als Wert — Gesundheit als Wissen — Gesundheit als Norm — Gesundheit als Verhalten.

GESUNDHEIT ALS WERT

Werte sind im Verständnis der wissenschaftlichen Psychologie Konzeptionen des Wünschenswerten. Sie beeinflussen die Auswahl unter verfügbaren Handlungsarten, Handlungsmitteln und Zielen. In diesem Selbstverständnis ist Gesundheit zweifellos in der Gegenwart ein Wert von hoher Aktualität und Bedeutsamkeit. Man kann empirisch zeigen, daß diese subjektive Bedeutsamkeit des Wertes Gesundheit nicht nur generell im Ansteigen begriffen ist, sondern daß es dabei auch altersspezifische Befunde gibt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß mit dem Alter nicht nur die subjektive Bedeutsamkeit der Gesundheit zunimmt, sondern daß zu unterschiedlichen Zeitpunkten einer Biographie unter Gesundheit auch unterschiedliches verstanden wird.

Erste Untersuchungsansätze* — sie bedürfen der weiteren Differenzierung — lassen z.B. akzentuiert folgende altersspezifische Bedeutungsaspekte des Gesundheitsbegriffes erkennen: Altersgruppe 20 bis 29 Jahre: Gesundheit = allgemeines körperliches Wohlbefinden; Altersgruppe 30 bis 44 Jahre: Gesundheit = allgemeines seelisches Wohlbefinden; Altersgruppe 45 bis 59 Jahre: Gesundheit = Leistungs-, Schaffenskraft; Altersgruppe 60 Jahre und älter: Gesundheit = allgemeines Gesundsein.

* In Auftrag gegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Bundesrepublik Deutschland.

Gesundheitserziehung muß also auch wissen, welche Bedeutung der zu Erziehende welchem Aspekt von Gesundheit zumißt. Nur wenn man in seinen erzieherischen Aktivitäten bei Erlebnissen und Bedeutsamkeiten ansetzt, die für die jeweils zu erziehende Person aktuell und mit Ich-Beteiligung aufgeladen sind, existiert eine Wahrscheinlichkeit, auch ganz bestimmte Ziele verwirklichen zu können.

Es ist also keine Frage, daß Gesundheit für alle ein hoher Wert ist. Das zeigen auch zahlreiche Umfragen, die sich mit den Wünschen von Menschen beschäftigen und wo immer wieder die Gesundheit eine zentrale Position einnimmt. Dennoch ist die Frage zu stellen: Ist die Präsenz eines Wertkonzepts, ist die Aktualität eines wünschenswerten Zieles ausreichend, um auch konkretes persönliches Verhalten zu steuern? Diese Frage ist mindestens im Falle „Gesundheit“ zu verneinen.

GESUNDHEIT ALS WISSEN

Wenn Gesundheit allgemein als hochaktuelles, wünschenswertes Ziel nicht ausreichend ist, um Verhalten zu steuern, dann sollte — so könnte argumentiert werden — vielleicht bei entsprechender Wissensvermittlung dafür eine bessere Basis gegeben sein. Es ist ja eine weitverbreitete Annahme, daß Wissen schon gleichbedeutend mit Verhalten sei. Nun wäre es zweifellos falsch, gegen eine Wissensvermittlung im Bereich der Gesundheitserziehung zu reden, allerdings muß man sich gleichzeitig deutlich machen, daß Wissensvermittlung zwar eine notwendige, aber in keiner Weise hinreichende Bedingung für konkretes persönliches gesundheitsbezogenes Verhalten ist. Will man dem Mechanismus der Verhaltenssteuerung näherkommen, dann gilt es, das Problem der Verhaltensregulierung durch Normen anzugehen, das auch in der jüngsten gesundheitspolitischen Diskussion wieder aktuell wird, ohne allerdings in seinen Implikationen und Konsequenzen wirklich durchdacht zu sein.

GESUNDHEIT ALS NORM

Wir pflegen in der Psychologie Normen und Werte definitorisch durch folgende Kriterien voneinander abzuheben:

1. Werte stehen auf einem wesentlich höheren Abstraktionsniveau als Normen; Werte legitimieren Normen.
2. Normen sind Regeln für das Verhalten in konkreten Situationen.
3. Normen müssen von einer Gruppe oder einer Gesellschaft entwickelt bzw. gesetzt sein.
4. Normen implizieren immer Sanktionen.

Diese definitorische Klarstellung macht deutlich, daß Gesundheit als Wert in keiner Weise ausreicht, um gesundheitsbezogenes Handeln und Verhalten überhaupt nachdrücklich zu beeinflussen. Dabei ist es ja das Ziel der Gesundheitserziehung, nicht einmalig und kurzfristig Verhalten zu steuern, sondern das Ziel der Gesundheitserziehung ist die Etablierung eines automatisiert, alltäglich ablaufenden, selbstverständlichen gesundheitsbezogenen Verhaltens. Eine solche Verhaltensbeeinflussung ist nur möglich, wenn für gesundheitliches Verhalten auch Normen etabliert werden. Verhaltenssicherheit ist wesentlich an die Ausbildung von Normen gebunden. Beispielsweise gibt es bei uns in der Bundesrepublik die Norm, minde-

stens einmal wöchentlich ein Vollbad zu nehmen. Diese Norm wird mit hohem Lustgewinn erfüllt. Auf der anderen Seite gibt es aber für das männliche Geschlecht keine klar definierten Normen über das Sauberkeitsverhalten im Bereich der Intimhygiene. Da solche Normen nicht vorhanden sind, natürlich auch nicht gelernt werden, kommt es letztlich zu einem unbefriedigenden Hygieneverhalten in diesem Bereich. Normen sind also Voraussetzungen dafür, daß es zu einem einheitlichen Verhalten kommt. Normen, die akzeptiert sind, beseitigen Unsicherheit und führen zu konsistenter Verhaltensregulierung.

Normen beinhalten Sanktionen, d.h. Normverstöße werden in einer Gesellschaft geahndet; es liegt immer ein System abgestufter Sanktionen bereit. Obwohl jedem Menschen bekannt ist, daß Normverstöße geahndet werden, verstoßen wir selbst bekanntlich immer auch wieder gegen Normen. Die rote Ampel wird dann — je nach Persönlichkeitstyp — überschritten, wenn der Polizist außer Sichtweite ist. Je weniger wir uns beobachtet fühlen, desto leichter wird es uns fallen, Normen zu mißachten. Auch hierzu ein prototypisches Beispiel aus dem Bereich der Hygiene: Wir wissen eigentlich, daß wir mindestens zweimal täglich zwei Minuten unsere Zähne putzen sollten, trotzdem tut dies nur eine Minorität. Da diese Normverstöße in der sozialen Alltäglichkeit nicht merkbar werden, geraten sie auch nicht unter einen sozialen Sanktionsdruck.

Normen im Gesundheitsbereich: sollte Nichteinhaltung sanktioniert werden? Es ist keine Frage, daß es primäres Ziel der Gesundheitserziehung sein muß, verhaltensregulierende Normen zu etablieren. Der Mensch muß frühzeitig wissen, in welchem Rahmen er leben kann und darf, wenn er sich nicht selbst oder auch andere gefährden soll. Wenn von der Notwendigkeit verhaltensregulierender Normen im Gesundheitsbereich ausgegangen wird, dann kann die Frage der Sanktionen bei Verstößen gegen diese Normen nicht außer acht gelassen werden. Normen sind nur dann wirksam, wenn der einzelne weiß, daß Normverstöße ein wie immer geartetes System von Sanktionen zur Folge haben. Ein Staat, der seine Mitbürger in so ausgeprägtem Maße von dem ökonomischen Risiko des Krankseins entlastet hat wie die Bundesrepublik Deutschland, ist deshalb auch gezwungen, den Fragen möglicher Sanktionen bei Überschreitung definierter Normen näherzutreten. Die bloße Drohung, daß bei einer Nichteinhaltung gesundheitsrelevanter Normen zu irgendeinem Zeitpunkt die so selbstverständliche Gesundheit nicht mehr selbstverständlich sein wird, stellt keine verhaltensbeeinflussende Sanktion dar. Es ist hinlänglich bekannt, daß jeder Raucher genügend Argumente oder sogar Beispiele zur Verfügung hat, um deutlich zu machen, daß das Ganze doch gar nicht so schlimm sei und beispielsweise die Teilnahme am Straßenverkehr viel risikvoller wäre.

Darauf zu vertrauen, daß einfach auf dem Wege der Informationsübermittlung und Informationsverarbeitung ein neuer Verhaltensstil in bezug auf die Gesundheit zu etablieren wäre, stellt einen Trugschluß dar. Dazu bedarf es normativer Regelungen. Dabei ist zu unterscheiden, zwischen Sanktionen, die eine Gruppe, in der man lebt, verhängen kann und Sanktionen, die kraft Gesetz eine Gesellschaft entwickelt und zur Anwendung bringt. Es wäre sicherlich das primäre Ziel einer Gesundheitserziehung im engeren Sinne, Normen und dabei gleichzeitig auch Sanktionen zu etablieren, die innerhalb der Primärgruppe zur Anwendung kommen und letztlich nicht der staatlichen Reglementierung bedürfen. Es wäre beispielsweise schon eine nicht

unbedeutende Sanktion, wenn ein an und für sich erwünschter Partner wegen seines Zigarettenrauchens nun plötzlich von seinem Partner abgelehnt wird, Zigarettenrauchen also den physischen und psychischen Attraktivitätswert eines Menschen beeinträchtigt bzw. mindert. Auch das vielfache Übergewicht von Kindern könnte durch frühzeitigen Einsatz von Sanktionen oder vielleicht auch von entsprechenden Belohnungen besser reguliert werden. Die systematische Kontrolle von Gewicht und Kalorien muß zu einem frühen Zeitpunkt menschlicher Entwicklung gelernt und eingeübt werden.

Es muß nun aber trotz allem überlegt werden, wieweit soziale Sanktionen, die Partner oder Gruppen verhängen, und die teilweise bekanntlich ja durchaus nachhaltig und effektiv zu sein vermögen, eine Ergänzung durch gesellschaftliche und damit juristisch wirksame Sanktionen erfahren müßten. Wer sich wiederholt und fortgesetzt gesundheitlichen Normen in seinem konkreten Verhalten widersetzt, kann nicht denselben Anspruch auf Unterstützung durch die Gemeinschaft erheben wie ein Mensch, der sich entsprechend diesen Normvorschriften verhält. So kann man sich doch mit Recht fragen: Warum kennt man eigentlich nur den Risikozuschlag für Übergewichtige beim Abschluß einer Lebensversicherung? Warum zahlt der Übergewichtige — bei dem pathologische Gründe ausscheiden — nicht mehr für seine Krankenversicherung als der Normalgewichtige? Warum zahlt der Kettenraucher nicht mehr für seine Krankenversicherung als der Nichtraucher? Warum geht eigentlich derjenige, der einen merhwöchigen Kuraufenthalt bezahlt bekommen hat und dann erneut rückfällig wird, immer wieder zur Kur?

Wir können nicht auf der einen Seite, wie das auch von politischer Seite getan wird, für die Etablierung gesundheitlicher Normen plädieren, wenn auf der anderen Seite das bewußte Eingehen des gesundheitlichen Risikos letztlich ungewollt vom Gesetzgeber honoriert wird. Sicherlich sind diese Überlegungen unpopulär. Man muß sich aber klarmachen, daß Menschen auch zu einer Anspruchshaltung erzogen werden.

Wenn der soziale Rechtsstaat mit einem an sich begrüßenswerten Netz sozialer Sicherung zum reinen Versorgungsstaat auch psychologisch wird, dann tötet er Leistungsmotivation ab. Es ist doch eigentümlich — wenn wir dies am Rande hier vermerken dürfen — daß die zunehmende Entwicklung zu einem Versorgungsstaat parallel geht mit einem zunehmenden Phänomen politischer Entfremdung und dessen, was man als Staatsverdrossenheit bezeichnet hat. Gesundheitserziehung muß dem einzelnen also deutlich machen, daß er ein bestimmtes Ausmaß an Risiko zu tragen hat. Gesundheit muß sich in Verhaltensvorschriften konkretisieren, deren Nichtbeachtung Sanktionen zur Folge hat.

GESUNDHEIT ALS VERHALTEN

Gesundheit muß und ist letztlich immer auch und wesentlich Ausdruck eines gesundheitsbezogenen Verhaltens, d.h. eines Verhaltensstils oder besser formuliert: eines Lebensstils. Das Problem, vor dem man angesichts der hohen Aktualität der Gesundheitsthematik an sich steht, ist nun aber, daß eben dieses Wissen um gesundheitsbeeinträchtigende Risiken noch nicht gleichbedeutend mit einem entsprechenden gesundheitsbezogenen Verhalten ist.

Die Umsetzung von Wissen, Einstellungen, Meinungen in reales Verhalten ist

immer von Zusatzbedingungen abhängig. Wissen ist eine notwendige, aber wiederum keine hinreichende Bedingung für Handeln (vgl. dazu u.a. Benninghaus, M. Six, B. Meinefeld, W. Bergler, R.). Soll Wissen in Handeln umgesetzt werden, dann spielen hier Faktoren eine Rolle wie:

- Die Fähigkeitsstruktur des Menschen
- die subjektive Kultur eines Menschen
- Persönlichkeitsfaktoren
- die physische Umgebung
- die soziale Struktur
- das Verhalten anderer Personen
- die subjektive Interpretation und Bewertung der
- jeweiligen Situation
- die subjektive Bedeutsamkeit, die dem Meinungsgegenstand zukommt, usw.

Solche Zusatzbedingungen können mindestens teilweise in der spezifischen Art und Weise der Informationsübermittlung durch Medien der Massenkommunikation Berücksichtigung finden. Entscheidend ist allerdings, daß erst einmal die normativen Anforderungen überhaupt gelernt und als persönlich bedeutsam erlebt werden. Voraussetzungen für die Etablierung eines wünschenswerten und selbstverständlich automatisierten Gesundheitsverhaltens sind also:

- die Wertverankerung
- die Normierung
- die Sanktionen bei Normverstößen
- die Wissensvermittlung.

Es war bereits gesagt worden, daß Wissen an sich entsprechendes Verhalten noch keineswegs zu garantieren vermag. Es muß an dieser Stelle nun aber auch an die Begrenztheit unseres Wissens erinnert werden. Es ist eine Utopie zu glauben, daß es dem Menschen möglich sei, in allen ihn tangierenden Verhaltensbereichen jenes Wissen zu erwerben, das erforderlich ist, um sich in diesen Verhaltensbereichen gleichsam objektiv rational zu verhalten. Dieser jederzeit belegbare Tatbestand ist auch für die Gesundheitserziehung entscheidend. Das Ziel der Gesundheitserziehung kann nämlich niemals — so eigentümlich das zunächst klingen mag — die objektive Aufklärung, also die Vermittlung des objektiven Wissens in diesem Verhaltensbereich sein. Dieses Wissen kann der Großteil der Bevölkerung weder verstehen, noch aufnehmen, noch speichern. Daß überhaupt so wenig konkretes Wissen in diesem Bereich aufgenommen wird, liegt nicht zuletzt darin begründet, daß z.B. die vorhandenen Broschüren und Druckschriften vielfach in einer Sprache abgefaßt sind, die z.B. für Ernährungsphysiologen und entsprechend Vorgebildete durchaus einsichtig, für alle übrigen aber völlig unverständlich ist und daher überhaupt nicht zur Kenntnis genommen werden kann. Die Wissensvermittlung hat immer von den Voraussetzungen derer auszugehen, denen dieses Wissen vermittelt werden soll. Weil nun die Aufnahmekapazität für Wissen beschränkt ist, kommt es auch in der Gesundheitserziehung wesentlich auf die Vermittlung zwar nicht

falscher, aber vereinfachter, dem eigenen Verständnishorizont angepaßter Aussagen über Wirkungszusammenhänge, Bedingungsfaktoren und praktikable Verhaltensanleitungen an.

Es kann letztlich nur ein Abbild der objektiven Realität gelernt werden. Schon in der Phase der Wissensvermittlung ist in der Gesundheitserziehung davon auszugehen, daß nur dann etwas bewirkt werden kann, wenn wir den Mut zur Vereinfachung und zur Verständlichkeit aufbringen (vgl. Bergler).

MASSENKOMMUNIKATION

Man glaubt heute vielfach, aufkommende Wissensdefizite und Probleme auf dem Wege der Massenkommunikation lösen zu können. Betrachtet man aber den Stand der Forschung, dann kann man von der gesicherten Erkenntnis ausgehen, daß Sendungen der Massenkommunikation nicht selbstverständlich im Sinne eines Reiz-Reaktions-Modells aufgenommen werden, d.h. das Fernsehen bewirkt niemals unmittelbar Verhalten, es sei denn, eine Reihe spezifischer Zusatzbedingungen seien erfüllt. Man weiß heute, daß durch Massenmedien bei Berücksichtigung bestimmter Zusatzbedingungen Wissen vermittelt, verarbeitet, auch Einstellungen allmählich geändert, Normen etabliert und eventuell sogar Verhaltensintentionen geweckt werden können. Alle diese Möglichkeiten sind aber an bestimmte Bedingungen geknüpft. Für unser Thema heißt dies: Gesundheitserziehung kann nicht nur an die Massenmedien delegiert werden. Die Massenmedien können die persönliche Erziehungsfunktion und den persönlichen Erziehungsauftrag des einzelnen nicht ersetzen. Die Effektivität der Wirksamkeit persönlicher Auseinandersetzung, persönlicher Diskussion und damit persönlicher Kommunikation übersteigt erheblich die Möglichkeiten der Massenkommunikation. Der therapeutische Erfolg des Arztes ist auch an die Placebowirkung seiner Persönlichkeit gebunden. Wenn man also von Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Gesundheitserziehung spricht, dann muß man sich darüber im klaren sein, daß Gesundheitserziehung primär Erziehung von Menschen durch Menschen ist und dabei die Massenmedien Unterstützungsfunktion haben. Würde man die Gesundheitserziehung den Massenmedien überlassen, dann sind die Grenzen der Wirksamkeit viel enger gezogen als dies in der persönlichen zwischenmenschlichen Situation der Fall ist.

Wir verstehen unter Massenkommunikation nach Maletzke „jene Form der Kommunikation, bei der Aussagen öffentlich, durch technische Verbreitungsmittel, indirekt und einseitig an ein disperses Publikum vermittelt werden.“ Festzuhalten sind hier als wesentliche Bestimmungsstücke:

1. Die Kommunikation erfolgt durch Massenmedien.
2. Die Kommunikation wendet sich — dazu wird später etwas zu sagen sein — nicht an eine klar abgegrenzte Zuhörerschaft.
3. Zwischen den Kommunikationspartnern besteht räumliche oder zeitliche Distanz.
4. Die Kommunikation ist asymmetrisch, einseitig, d.h. es findet während der Sendung kein Rollenwechsel zwischen Sender und Empfänger statt.

Über die Wirkungen der Massenmedien existieren nun immer noch naive Vorstellungen und damit Vorurteile.

Das „naive“ Wirkungsmodell der Massenmedien: Das Reiz-Reaktions-Modell

Die Annahme von der Beeinflussungsmacht der Massenmedien, unreflektiert interpretiert als Macht der Verhaltensbeeinflussung und damit auch der Verhaltensänderung, führt zwangsläufig auch zu einer Überschätzung der Wirkungsmöglichkeiten der Massenmedien im Bereich der Gesundheitserziehung. Die hier zugrundeliegende Theorie geht von bestimmten psychologisch-soziologischen Annahmen aus, die in keiner Weise der empirischen Überprüfung standgehalten haben, nämlich:

1. Instinkt-Theorie: Psychologische Homogenitäts-Annahme: Nach diesem Konzept unterschieden sich Menschen in ihrer angeborenen Ausstattung nicht: Es existiert Uniformität und Fixiertheit der biologischen Anlagen.
2. Theorie der Massengesellschaft: Danach hat die Industrialisierung und Demokratisierung der Gesellschaft zu einem Zusammenbruch der Primärgruppen und damit zu einem Verlust von Stabilisatoren gegenüber den Einflüssen der Außenwelt geführt. Ergebnis: Das atomisierte, isolierte, verunsicherte, stabilisierungsbedürftige, anonyme Individuum.

Legt man diese Annahmen zugrunde, dann ergeben sich daraus als Folgen für die Massenkommunikation:

Die Sendungen (Reize) der Massenkommunikation führen bei Menschen mit gleicher Grundausstattung und unter den gleichen Empfangsbedingungen — das atomisierte, isolierte, anonyme Individuum — zu einer in etwa identischen Aufnahme und Verarbeitung. Die angenommene psychologisch-soziologische Homogenität führt also dazu, daß die ankommenden Reize weitgehend ähnlich geartete Reaktionen der Menschen auslösen. Ergebnis: Die Massenmedien sind Manipulatoren menschlichen Verhaltens.

Auch wenn die unterschiedlichsten opinion-leaders in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft vom Manipulationspotential der Massenmedien immer noch überzeugt sind, so muß doch nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß es sich hier um eine grobe Vereinfachung komplexer Wechselwirkungsprozesse und damit im klassischen Sinne um ein Vorurteil handelt.

Wirkungsbereiche der Massenkommunikation

Schon die Aufzählung der möglichen Wirkungsbereiche der Massenkommunikation macht deutlich, daß die Beeinflussung und Veränderung in Zeit und Raum beobachtbaren Verhaltens nur eine unter den denkbaren Möglichkeiten der Wirksamkeit von Massenkommunikation ist. An möglichen Wirkungsbereichen sind nämlich im einzelnen zu unterscheiden:

1. Physische Auswirkungen, z.B. Sehstörungen, Schlafstörungen
2. Auswirkungen im emotionalen (affektiven) Bereich
3. Auswirkungen im kognitiven Bereich, z.B. Wissensvermittlung, Normenvermittlung, Einstellungsänderung

4. Auswirkungen im Bereich des „offenen“ Verhaltens.

Ohne auf die verschiedenen Wirkungsbereiche im einzelnen eingehen zu können, ist doch die Feststellung zu treffen: Schon die Aufnahme von Wissen, aber erst recht die Verarbeitung und Umsetzung erworbenen Wissens in Handlungskonsequenzen, ist immer noch an Zusatzbedingungen des Wechselwirkungsprozesses zwischen Sender und Empfänger geknüpft. Soll also über Wirksamkeit im weitesten Sinne etwas ausgesagt werden, dann müssen kontrolliert werden: Quellen-, Botschaft-, Kanal- und Empfänger-Variablen (vgl. Bergler und Six).

Geht man von dem gegenwärtigen Forschungsstand aus, dann weiß man mit Sicherheit, daß Sendungen der Massenkommunikation nicht selbstverständlich im Sinne eines Reiz-Reaktions-Modells aufgenommen werden. Darüber hinaus weiß man, daß über Massenmedien bei Berücksichtigung bestimmter Zusatzbedingungen Wissen vermittelt, verarbeitet, auch Einstellungen allmählich geändert, Normen etabliert und eventuell Verhaltensintentionen geweckt werden können.

Auf dem Hintergrund dieser Grundeinsichten sollten die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Massenkommunikation für die Gesundheitserziehung unter drei Aspekten gesehen und erörtert werden:

1. Die Entwicklung von Problembewußtsein:

Wissensvermittlung in Verbindung mit der Anhebung der Aufmerksamkeits- und Sensibilisierungs-Schwelle.

2. Die Überführung des Problembewußtseins in spezifische soziale Normen.

3. Die Entwicklung von Verhaltensanleitungen.

Massenkommunikation — darauf ist immer wieder nachdrücklich hinzuweisen — die nicht verbunden ist mit personaler Kommunikation bzw. die nicht Auslöser personaler Interaktion und Kommunikation sein kann, ist in ihrer Effizienz gering. Diesem Ansatz trägt in neuerer Zeit die Situationsanalyse des Rezipienten — Verhaltens verstärkt Rechnung. Hier werden die möglichen unterschiedlichen Interaktionen vor dem Fernsehschirm, also das Verhalten der „Zuschauer“ untereinander während und vor allem auch nach einer Fernsehsendung mit in den Untersuchungsansatz einbezogen. Mit aller Vorsicht kann man formulieren: Die Wirkungsmöglichkeiten von Fernsehsendungen, wenn sie die anderen, im folgenden noch anzuführenden Bedingungen erfüllen, steigen dann an, wenn es einer Sendung gelingt, die Zuschauer untereinander in eine Diskussion zu verwickeln, also die Handlungspotentiale der Zuschauer anzuregen. Die personale Verarbeitung einer Sendung der Massenkommunikation in der sozialen Situation ist wesentlich für die Ausbildung von Verhaltensintentionen: Normen, Verhaltensregeln und Verhaltensintentionen müssen internalisiert werden.

Die Entwicklung von Problembewußtsein und Problemsensibilisierung

Man kann nicht von der selbstverständlichen Annahme ausgehen, daß Fragen der Gesundheitserziehung bei allen Mitgliedern einer Gesellschaft einen gleichsam selbstverständlich hohen Aktualitätsgrad der Diskussion hätten. Außerdem besagt der Tatbestand, daß Gesundheit ein Wert von hoher Aktualität ist — wie einleitend dargelegt — noch lange nichts darüber, wie sich der einzelne verhält, um einer an sich akzeptierten Wertvorstellung gerecht zu werden.

Bei dem hohen Defizit an wirklich gesundheitsbezogenem Verhalten in unserer Gesellschaft ist es zweifellos eine zentrale Aufgabe, gerade der Massenkommunikation, zunächst überhaupt deutlich zu machen und zu vermitteln, daß es hier ein gravierendes Problem gibt, und zwar ein Problem, das nicht für die „anderen“ existiert, sondern von dem jeder einzelne persönlich betroffen ist. Die erste Möglichkeit und Schwierigkeit der Massenkommunikation besteht also darin, eine Problemstellung überhaupt erst einmal einzuführen, mit einem gewissen Fundus an Grundinformation auszustatten und außerdem das Gefühl des permanenten persönlichen Betroffenseins zu vermitteln.

Will man dieses Ziel erreichen, dann ist eine Mehrzahl von Bedingungen zu erfüllen:

1. *Jede erfolgreiche Kommunikation, d.h. die Übermittlung und der Austausch verständlicher Information, muß bei der Analyse bestehender Ist-Werte auf seiten der anzusprechenden Zielgruppe beginnen.* Nicht der persönliche Wissenshorizont des Gesundheitserziehers oder anderer kompetenter Personen, nicht das persönliche Bewertungssystem, der persönliche Verhaltensstil des Fachmannes, der eine Sendung macht, kann am Anfang stehen, sondern ausschließlich die Welt und der Lebensstil des Rezipienten, d.h. des Empfängers. Die Absicht, Einstellungen und Verhaltensintentionen zu verändern, beginnt bei den Einstellungen und Verhaltensweisen, die geändert werden sollen. Gesundheitserziehung setzt nicht einfach Normen, sondern führt zu den Normen hin. Wer einem Anfänger einer Fremdsprache deren Klassiker zur Lektüre anbietet, weckt nicht die Freude an Sprache und Literatur, sondern Aversion. Wer dem genießenden, jedoch mäßigen Weintrinker die absolute Schädlichkeit des Alkohols mit Angst und Schrecken vor Augen führt, ihm gleichsam den Wein verbietet, leistet im Sinne des Bumerang-Effektes einen Beitrag zu einer weiteren Verfestigung des praktizierten Verhaltens. Auch ein verändertes Verhalten, also beispielsweise gesundheitsbewußte Ernährung, sollte noch mit persönlicher Belohnung verbunden sein.

2. *Massenkommunikation ist — und dies in besonders ausgeprägtem Maße beim Fernsehen — immer die integrierte Einheit verbaler und non-verbaler Kommunikation.* Nicht isolierte, abstrakte Worte und Sätze wirken, sondern diese verbalen Elemente werden immer von bestimmten Menschen, mit einem charakteristischen Äußeren, einem spezifischen Attraktivitätswert, in einer spezifischen stimmlichen Artikulation, Stimmlage, mit einer spezifischen Mimik, Gestik usw. vorgetragen. Diesem non-verbale Verhalten (Körperkontakt, raumbezogenes Verhalten, Distanz der Interaktion, äußere Erscheinung, Kleidung, Körperhaltung, Kopfnicken, Gesichtsausdruck, Blickkontakt, „Paralanguage“) kommt im Sinne von sozialen Techniken zentrale Bedeutung für die psychologische Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit der eigentlichen Sachinformation zu. Ein an sich verständlicher Text wird erst dann psychologisch wirksam, wenn die gleichzeitig auftretenden, ihn begleitenden non-verbale Reize zu positiven Eindruckswerten führen.

Die verbale Kommunikation vermittelt Tatsachen, Meinungen, Probleme. Die non-verbale Kommunikation stellt erst die eigentliche emotionale Beziehung

zum Angesprochenen her, entscheidet — immer vorausgesetzt, daß die Mitteilung verständlich und die Art der Argumentation von der Erlebnislage des Angesprochenen ausgeht — darüber, ob die Information überhaupt Ichbeteiligung, Betroffenheit, Engagement, echte persönliche Bedeutsamkeit und Attraktivität auszulösen vermag.

Die non-verbale Kommunikation reguliert unmittelbar soziale Kontakte: weckt Sympathie (Kontaktbereitschaft) oder Antipathie, bereitet den Zuhörer auf kommende verbale Informationen vor, hält das Interesse des Zuhörers wach: weckt Aufmerksamkeit und Bereitschaft zur weiteren Informationsaufnahme und Kommunikation, ist die glaubwürdigere Information im Falle auftretender Diskrepanzen zwischen verbaler und non-verbaler Kommunikation, unterstützt, ersetzt und ergänzt die verbale Kommunikation.

3. *Kommunikation hat Kommunikationsfähigkeit zur Voraussetzung.* Das bedeutet, die zur Kommunikation verwendeten Zeichen (Worte) müssen von dem Empfänger verstanden werden, d.h. eine verständliche Bedeutung haben. Verständliche Bedeutung muß erlernt werden. Nur was verstanden werden kann, verstehbar ist, kommuniziert und existiert auch als Wissenstatbestand bzw. als Problemstellung für den Empfänger. Wenn wir also beispielsweise das Problembewußtsein für unterschiedliche Formen der Körperbehinderten in der breiten Öffentlichkeit entwickeln wollen, dann ist es sicherlich unsinnig, Begriffe zu verwenden wie: Autismus, Kompensation, Normvorstellungen, Deckungsgleichheit usw. Wir haben in Untersuchungen über die Kommunikationsfähigkeit solcher Informationen immer wieder feststellen müssen, daß der Empfänger einer solchen Information mit vielen der zentralen Argumente und Begriffe nichts anfangen kann, weil er einfach diese Sprache nicht versteht. Unverständnis beseitigt nicht Unsicherheit, sondern verstärkt diese noch. Man wird z.B. Menschen auch nicht zur Einsicht, zum Verständnis, zum Problembewußtsein einer gesunden Ernährung verhelfen, wenn man in entsprechenden, breitgestreuten Informationsschriften von Eiweiß, Proteinen, Mineralstoffen redet und außerdem noch die Information vermitteln will, daß solche Mineralstoffe als Bau- und Reglerstoffe für den Stoffwechsel von Bedeutsamkeit sind. Auch unter Ballaststoffen, unter Grundumsatz, unter Arbeitsumsatz, kann sich der Nicht-Fachmann, d.h. aber der allergrößte Teil der Leser, für die eigentlich eine solche Broschüre bestimmt ist, überhaupt nichts vorstellen.
4. *Die in Massenmedien im Rahmen von Informationen zur Gesundheitserziehung auftretenden Personen oder Absender müssen in bezug auf das Thema „Modelle“ der Zielgruppe sein.* Das bedeutet, sie müssen in Sprache und non-verbale Wirkqualitäten den positiven Erwartungen, auch in etwa dem Sprachstil und Verständnishorizont der Empfänger entsprechen; außerdem müssen sie sicherlich in Darstellung und eigenem Verhalten Glaubwürdigkeit und Kompetenz besitzen. Ein Kommunikationspartner mit Übergewicht besitzt keine Glaubwürdigkeit für gesundes Ernährungsverhalten usw. Zu stellvertretendem Modell-Lernen kommt es nur, wenn erwünschtes Verhalten konkret gelebt und dann auch glaubwürdig sozial verstärkt wird.
5. Die mögliche Wirksamkeit von Massenkommunikation ist an drei zusätzliche allgemeine Voraussetzungen gebunden; sie stehen im Zusammenhang mit der

Dominanz des Senderverhaltens, d.h. asymmetrischer Informationsfluß, keine gleichzeitige Wechselwirkung: a) Hohe Einschaltfrequenzen, d.h. hohe Redundanz der gesendeten Information; b) medienspezifische Gestaltung ein und derselben Thematik bei gleichzeitig systematischer Variation des zentralen Themas; c) maximale Veranschaulichung und Visualisierung, d.h. Beachtung und fortwährende Überprüfung der Forderungen nach Vereinfachung, Verständlichkeit und Attraktivität.

Die Überführung von Problembewußtsein in spezifische soziale Normen

Das Wissen um ein Problem allein setzt Aktivitäten zur Problemlösung noch nicht in Gang. Das gelernte Problem muß zum persönlich aktuellen Problem werden. Da Gesundheit bzw. Gesunderhaltung aber kontinuierliche Anstrengungen voraussetzt, muß Gesundheitserziehung gleichbedeutend mit dem Erlernen und Habitualisieren eines spezifischen Verhaltensstils, letztlich einer Daseinstechnik sein. Für die Stabilisierung von Verhaltensweisen bedarf es aber der Vermittlung und Internalisierung von Verhaltensregeln, Verhaltensnormen, aber gleichzeitig auch, wenn möglich, positiv erlebbarer Möglichkeiten ihrer Erfüllung und Einhaltung.

Allgemeine Verhaltensvorschriften sind dazu nicht ausreichend. Die Sozialpsychologie der Gruppe zeigt ebenso wie die Persönlichkeitspsychologie, daß ohne die Einbettung in Gruppen individuelle menschliche Existenz nicht möglich ist; sie zeigt auch, daß Gruppen nur überleben können, wenn sie sich formell oder informell Regeln ihres Zusammenlebens und Verhaltens geben. Will man Menschen wirkungsvoll ansprechen, dann muß die Bindung jedes Menschen an spezifische Gruppen zentrale Berücksichtigung, auch im Rahmen der Massenkommunikation, finden. Sendungen der Massenkommunikation müssen der Gruppenverankerung des Menschen Rechnung tragen, d.h. sie dürfen sich nicht an ein disperses, anonymes Publikum, sondern sie müssen sich an Zielgruppen wenden. Dies ist — trotz der Definition wie sie Maletzke gegeben hat — möglich. Nur bei zielgruppenspezifischer Ansprache, also einem Ansprachestil, der auf den konkreten Lebensraum der in Frage kommenden Gruppe ausgerichtet ist, kann die Etablierung der auch im Rahmen der Gesundheitserziehung letztlich gruppenspezifischen Normen gelingen.

Eine wesentliche Voraussetzung für die mögliche Wirksamkeit von Sendungen der Massenkommunikation ist, daß sie nicht von dem „Gießkannenprinzip — für jeden etwas“, sondern von dem Prinzip der psycho-demographischen Marktsegmentation ausgeht (vgl. Bergler 1974), d.h. Sendungen für solche Zielgruppen gestaltet, die sich durch spezifische psychologische Merkmale und Verhaltensweisen, möglicherweise auch ganz bestimmte soziologische (demographische) Charakteristika beschreiben lassen und in ihrem Verhaltensprofil bereits Ansätze für eine allmähliche Einstellungs- und/oder auch Verhaltensänderung erkennen lassen. Massenkommunikation, die nur bereits praktiziertes gesundheitsbewußtes Verhalten einer bestimmten Gruppe bestätigt, bewirkt zwar auch Verstärkung, leistet aber keinen Beitrag zur Ausweitung des Verhaltens. Eine Zielgruppe im eigentlichen Sinne liegt hier nicht vor. Andererseits gibt es zweifellos auch jene Gruppe, die keinerlei Ansätze einer Problemsensibilisierung, einer Problemeinsicht, erkennen läßt, wo also keinerlei

Bereitschaften, Ansatzpunkte für entsprechende Einflußmöglichkeiten aufweisbar sind. Auch diese Gruppe kann keine primäre Zielgruppe sein. Wer etwas „bewirken“ will, muß sich auch der Grenzen seiner Wirksamkeit, soweit sie klar definierbar sind, bewußt sein. So gibt es eben Gruppen, deren Verhaltensregeln für den eigenen Lebensstil normativen Vorstellungen eines gesundheitlich ausgerichteten Verhaltensstils diametral entgegenstehen. Jeder Versuch auch noch so intensiver massenmedialer Einwirkung mit dem Ziele der Verhaltensänderung, ist nicht nur zum Scheitern verurteilt, sondern führt sogar zu einer weiteren Verstärkung (Bumerang-Effekt) des bereits praktizierten Verhaltens. Den „Erziehungsbemühungen“ der Massenkommunikation sind also durch die wirklich ansprechbaren Zielgruppen Grenzen gezogen.

Beispielhaft greifen wir aus einer umfänglicheren Forschungsarbeit (vgl. Bergler und Lappe) zwei in bezug auf das Ernährungsverhalten qualitativ völlig unterschiedliche „Gruppen“ aus der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland heraus und nehmen eine Kurzcharakterisierung anhand ausgewählter Verhaltensbereiche vor.

1. Negativ-Zielgruppe bei Männern: Diese ist zentral durch unkontrolliert genießerisches Ernährungsverhalten charakterisierbar und dürfte etwa 15 bis 20% der westdeutschen Bevölkerung ausmachen. Beschreibt man die angeführte Negativ-Zielgruppe kurz anhand einschlägiger Merkmale, dann ergibt sich folgendes Bild:

- deutliche Genußorientierung;
- Bevorzugung deftiger Kost; ißt mehr als er sollte;
- drei Mahlzeiten pro Tag sind unverzichtbar;
- intensiver Biertrinker;
- trotz Übergewicht ist die vorhandene Unzufriedenheit damit nicht ausreichend, um Verhalten zu ändern: solange es schmeckt, soll man essen;
- kein Interesse an Ernährungsfragen; Normvorstellungen in bezug auf die erforderliche Kalorienzahl pro Tag sind praktisch nicht vorhanden;
- dominante Bedeutung der Ehefrau für die Ernährung;
- Informationen anderer Quellen besitzen keine Glaubwürdigkeit.

2. Positiv-Zielgruppe bei Frauen: sie deckt ihrem Volumen nach ebenfalls ein Marktsegment von etwa 15 bis 20% der Gesamtpopulation ab und läßt sich als interessiert-figurbewußter Ernährungstyp bezeichnen. Diese durch Massenkommunikation ansprechbare Zielgruppe kann auf der Basis von Diagnosedaten, die mit dem gleichen Meßinstrument gewonnen wurden, ebenfalls vereinfacht wie folgt charakterisiert werden:

- Zufriedenheit mit der eigenen Figur: keine Besorgtheit um das eigene Aussehen und die Gesundheit: regelmäßige Gewichtskontrolle;
- positive, fröhliche, umweltzugewandte, moderne Selbsteinschätzung;
- Ablehnung von deftiger Kost und Kantinenessen, aber auch von Hausmannskost: differenzierte, genußorientierte Eßgewohnheiten;

- Offenheit für Informationen über Ernährungsfragen: Kompetenz-Personen für Ernährungsfragen sind: Arzt, Ratgeber im Fernsehen, Kalorientabellen;
- trotz Aufgeschlossenheit auch für Genußmittel (Zigaretten, Alkohol) Selbstkontrolle des Ernährungsverhaltens: Norm: die schlanke Linie;
- weniger Mahlzeiten pro Tag werden als Norm anerkannt;
- flexibles Einkaufsverhalten bei einem hohen Attraktivitätswert von Frischwaren;
- positive Einstellung zur Werbung: offen für werbliche Informationen;
- verheiratete Frauen mit abgeschlossener Berufsausbildung; mittleres bis tendenziell gehobenes Einkommensniveau.

Diese Beispiele sollen deutlich machen, daß in bezug auf Verhaltensbereiche, in denen eine Verhaltensänderung anzustreben ist, wie beispielsweise also im Bereich des Ernährungsverhaltens, des Konsums von Genußmitteln (Alkohol, Tabak), aber auch des Verhaltens gegenüber Körperbehinderten, von einem Modell der Marktsegmentierung ausgegangen werden muß, d.h. die Population ist nicht homogen, und auch die Bildung von Zielgruppen auf Basis sogenannter demographischer Merkmale (Einkommen, Beruf, Besitzmerkmale u.a.) hat keinen hinreichenden Erklärungswert. (Hingewiesen sei nur auf den Tatbestand, daß wir zeigen konnten, daß das persönlich praktizierte Sauberkeits- und Hygieneverhalten weder durch das persönliche Ausbildungsniveau, noch die Einkommenshöhe, noch die berufliche Position erklärt werden kann. Ob jemand „sauber“ oder „unsauber“ ist, ist keine Frage des sog. sozioökonomischen Status (vgl. Bergler).

Um im Rahmen der Massenmedien effizient kommunizieren zu können, müssen die für den Verhaltensbereich „Gesundheit“ einschlägigen Informationsbedürfnisse, Erwartungswerte, Einstellungssysteme und Verhaltensweisen zunächst gefunden und zur Konstruktion eines entsprechenden problemangepaßten Meßinstrumentariums herangezogen werden. Liegt dieses vor, dann kann ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung untersucht werden. Die so gewonnenen Daten erlauben es, die Population auf Basis psychologischer Merkmale zu Zielgruppen zusammenzufassen. Jede dieser Zielgruppen ist jeweils durch maximale psychologische Ähnlichkeit der Individuen einer Gruppe bei gleichzeitig maximaler Unähnlichkeit zwischen den Gruppen definiert.

Liegt das Ergebnis einer psychologischen Marktsegmentation vor, sind also alle *möglichen* Zielgruppen und damit Rahmenbedingungen für Kommunikationsstile bekannt, dann ist die Frage zu beantworten, welches der gefundenen Segmente praktiziert das wünschenswerte Verhalten bisher nur in Ansätzen und ist aber gleichzeitig bei entsprechender Gestaltung der Information für eine ganz bestimmte Zielsetzung ansprechbar. Ist diese Gruppe auch in ihrem persönlichen Informationsverhalten bekannt und erfolgt nun eine Gestaltung der beabsichtigten Information im Sinne der Einstellungs- und Erwartungswerte dieser Zielgruppe, dann sind Wirkungen der Massenkommunikation im Sinne von Problemsensibilisierung und Normenetablierung durchaus möglich. Ist dies aber erst bei einer positiven Zielgruppe erreicht, dann können solche Personen durchaus als Meinungsmultiplikatoren tätig werden, d.h. im Sinne diffusionstheoretischer Ansätze ist auch eine auf andere Zielgruppen übergreifende Wirksamkeit zu erwarten.

Zentrales Anliegen der Ansprache durch Massenmedien muß es sein, bei ausgewählten Zielgruppen eine Sensibilisierung für gesundheitsbezogenes Verhalten zu erreichen, Wissen zu vermitteln und Normen so zu etablieren, daß sie als Selbstverpflichtung erlebt werden.

Natürlich können Zielgruppen auch noch anders definiert sein. Man muß sich nämlich auch stets die Frage stellen: Bei welchem Stand der Problemsituation muß welcher Personenkreis angesprochen werden. Es kann dann durchaus der Fall sein, daß vor bzw. gleichzeitig mit spezifischen positiven Zielgruppen der Öffentlichkeit, spezielle Personenkreise auch wieder jeweils spezifisch angesprochen werden müssen wie z.B. Hausärzte, Lehrer, Führungskräfte in der Industrie usw.

Die Entwicklung von Verhaltensanleitungen

Eine unmittelbare und direkte Verhaltensbeeinflussung und Verhaltensänderung durch Massenkommunikation ist nicht zu erwarten: Hier liegen eindeutige Grenzen der Massenkommunikation. Ist es aber gelungen, bei Zielgruppen, die man genau kennt, Problembewußtsein zu vermitteln, Problemsensibilisierung auszulösen, subjektive Bedeutsamkeit und Aktualität zu bewirken und entsprechend konkrete Normen und Verhaltensregeln zu verankern, dann sind wesentliche Voraussetzungen für die Ausbildung von Verhaltensintentionen erfüllt. Sollen Normen auf dem Wege über Verhaltensintentionen wirksam werden, dann müssen die Massenmedien in ihrem attraktiven Informationsangebot noch einen Schritt in Richtung des praktischen Handelns und Verhaltens weitergehen. Nur beispielhaft seien erwähnt:

1. Die Massenmedien müssen mit hoher Prägnanz und Redundanz einfache, praktikable, lebensnahe Verhaltensalternativen aufzeigen: Das Problem der Handlungsanweisung ist ständig zu aktualisieren und zu dramatisieren.
2. Die Massenmedien müssen Verbindungen zur personalen Kommunikation herstellen, d.h. sie müssen demjenigen, der sich angesprochen fühlt, der eigentlich die Bereitschaft hat, Verhalten zu ändern, konkrete Anlaufstellen für personale Kommunikation in dessen konkreter näherer Umgebung liefern und immer wieder benennen. Ohne direkte personale Unterstützung und Kommunikation in der konkreten Alltagssituation ist die Wirkung der Massenkommunikation ganz erheblich eingeschränkt. Allerdings — und darauf war schon hingewiesen worden — ist eine erste personale Kommunikation schon dann erreicht, wenn eine Sendung so gestaltet ist, daß deren Schlüsselreize geeignet sind, während oder vor allem auch nach der Sendung eine Diskussion der „Zuschauer“ oder auch „Mitleser“ auszulösen und damit Informationen ich-bezogen weiterzuverarbeiten.
3. Die Massenmedien müssen um permanente Rückkoppelung bemüht sein, wenn ihre Informationen Bestandteil menschlicher Handlungsabläufe werden sollen. D.h. haben Personen durch Massenmedien vermittelte Informationen und Handlungsalternativen aufgegriffen und weiterverfolgt, dann müssen, sobald konkrete, positive oder möglicherweise auch negative Erfahrungswerte vorliegen, diese wieder an das Medium zurückgemeldet werden. Auf Basis dieser zurückfließenden Informationen und auch Fragestellungen sind von seiten der

Massenmedien weiterführende Handlungsalternativen zu vermitteln. Das Verhältnis zwischen Medium und Zielgruppe muß soweit als nur irgendmöglich symmetrisch, also dialogisch gestaltet werden.

4. Ist ein Sachverhalt wesentlicher Gegenstand der personalen Kommunikation, dann kommt der Massenkommunikation zusätzlich sowohl eine zentrale Unterstützungs- wie aber auch Kontroll-Funktion zu. Eigene Einstellungen, Normentwicklungen, Verhaltensbereitschaften und auch Handlungsansätze können immer wieder an den normativen Anforderungen, wie sie Massenmedien vermitteln, gemessen werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangslage

Alle Überlegungen über Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung durch Massenkommunikation müssen von folgenden Tatbeständen ausgehen:

1. Gesundheitsbewußtes Verhalten, verstanden als konsistent praktizierter Lebensstil, kann nur erreicht werden, wenn konkrete Gesundheitsnormen vermittelt, gelernt und als persönlich bedeutsam angenommen werden. Verhaltenssicherheit ist an Normen gebunden. Normverstöße müssen durch ein System abgestufter Sanktionen geahndet werden.
2. Gesundheit als allgemeine Wertvorstellung ist trotz der allgemeinen Aktualität in der Öffentlichkeit zu abstrakt, um verhaltensregulierend wirksam zu werden.
3. Das Wissen um Notwendigkeiten gesundheitsbezogenen Verhaltens ist nicht gleichbedeutend mit entsprechendem praktischen Verhalten. Zusatzbedingungen müssen erfüllt sein, wenn Wissen in Handlung und Verhalten umgesetzt werden soll.
4. Die Kapazität für die Aufnahme von Wissen ist extrem beschränkt. Ziel der Gesundheitserziehung kann nicht die objektive Aufklärung, also die Vermittlung des objektiven Wissens schlechthin sein, sondern wesentlich die Vermittlung vereinfachter, dem eigenen Verständnishorizont angemessener Aussagen über Wirkungszusammenhänge, Bedingungsfaktoren und Verhaltensanleitung.
5. Die Wirkungen der Massenmedien werden auf der Basis eines wissenschaftlich nicht haltbaren Reiz-Reaktions-Modells überschätzt. Es müssen physische, emotionale, wissensmäßige und verhaltensrelevante Wirkungsmöglichkeiten der Massenkommunikation unterschieden werden. Der häufig nachweisbare Wissenserwerb durch Massenmedien darf nicht mit Verhalten gleichgesetzt werden.
6. An Möglichkeiten der Massenkommunikation im Rahmen der Gesundheitserziehung sind zu unterscheiden:
 - Problemvermittlung
 - Problemsensibilisierung
 - Norm-Etablierung

- Verhaltensanleitung
- Verhaltensbestätigung
- Verhaltenskontrolle
- Vermittlung personaler Kommunikationsnetze

Rahmenbedingungen

ALLGEMEINE ZIELVORSTELLUNGEN:

Vor jeder Entwicklung einer Konzeption für Medien der Massenkommunikation muß die Frage beantwortet werden: Handelt es sich um ein Anliegen, das bezogen ist auf: (1) Selbstbezogene Einstellungs- und Verhaltensänderung, also eine Veränderung der subjektiven Bilanzierungsprozesse beim Abwägen von Vor- und Nachteilen der praktizierten aber zu verändernden Verhaltensweisen, oder handelt es sich (2) um eine fremdbezogene Einstellungs- und Verhaltensänderung, d.h. soll eine Konzeption z.B. Vorurteile gegenüber Körperbehinderten abbauen und pro-soziales Verhalten etablieren.

Darüber hinaus gilt es als allgemeine Zielvorstellung festzuhalten, daß es mittelfristig das zentrale Anliegen aller Gesundheitserziehung sein muß, zu einer biographisch möglichst frühzeitigen Automatisierung eines gesundheitsbezogenen Verhaltensstils zu gelangen; dieser muß noch vor jeder Symptombildung zur Entwicklung kommen. Gesundheitserziehung, die erst beim Patienten beginnt, ist ihrem Wesen nach nicht mehr Gesundheitserziehung. Nicht der „abhängige“ Patient kann der Ausgangspunkt einer positiven und auch attraktiven Gesundheitserziehung sein, sondern der „unabhängige“ risikobewußte Gesunde. Die zu entwickelnden Kommunikations-Strategien (didaktischen Konzepte) müssen je nach allgemeiner Zielvorstellung unterschiedlich sein.

SPEZIFISCHE ZIELVORSTELLUNG:

Jede Aktivität im Rahmen der Gesundheitserziehung benötigt eine exakte Definition der Aufgabenstellung. Sie muß so genau und konkret sein, daß sie den Maßstab abgibt, an dem dann Wirksamkeit von Aktivitäten überprüft werden kann. Im Idealfall sollte eine solche Aufgabenstellung beinhalten:

1. Die gesundheitspolitische Zielsetzung (juristische und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen).
2. Die Ergebnisse der empirischen Analyse der Problemsituation; dazu gehören Einstellungs-, Handlungs- und Motivations-Forschung. Ohne Diagnose ist Therapie, aber auch die Entwicklung zielgruppenspezifischer effizienter Strategien der Massenkommunikation nicht möglich.
3. Das theoretische Bezugssystem (Modell) auf das sich das Konzept stützt. Nichts ist praktischer als eine gute Theorie. Leider liebt der sogenannte „Praktiker“ keine Theorien und bedauerlicherweise hat vielfach der Theoretiker keine praktikablen Theorien anzubieten. Die vielfach in der Alltagsarbeit diagnostizierbare Theorienlosigkeit muß aber auch auf dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens nicht sein.

4. Die Barrieren, die der Verwirklichung eines Zieles im Wege stehen : da sie vielfach automatisiert und unbewußt funktionieren, bedürfen sie der expliziten Ausformulierung. Im Mittelpunkt dieser Barrieren stehen Vorurteile. Da unser Nicht-Wissen schneller zunimmt als unser Wissen, bewältigen wir das zunehmende Defizit immer mehr mit Vorurteilen. Diese vermögen subjektives Verhalten bei Unsicherheit durch Vereinfachung zu stabilisieren und werden auch als Selbstverteidigungsmechanismen der eigenen von Vorurteilen geprägten Position wirksam. Die größten Barrieren des Gesundheitserziehers im weitesten Sinne sind seine eigenen Vorurteile über Gesundheitserziehung. Diese verhindern nicht unwesentlich wirklich effiziente Problemlösung und führen letztlich zu einer Entfremdung zwischen „Erzieher“ und dem „Zu-Erziehenden“.
5. Die Zielgruppen-Definition: Stets ist die Frage zu beantworten: Bei welchem Problemstand muß welcher Personenkreis angesprochen werden? Was ist zentral verhaltensrelevant? Wer ist glaubwürdiger opinion-leader? Z.B. Hausärzte, Psychiater, Pflegepersonal, Lehrer, Eltern körperbehinderter Kinder, Führungskräfte in der Industrie und Verwaltung, Spezifische Zielgruppe der Öffentlichkeit (Psychodemographische Marktsegmentierung). Das Problem der Sozialisationsagenten muß auch auf dem Hintergrund von diffusionstheoretischen Ansätzen gesehen werden. Keine Zielgruppen können sein: die allgemeine Öffentlichkeit, die sendungsbewußten „Apostel“ der Gesundheitserziehung und die „Unverbesserlichen“ (Negativ-Zielgruppe).
6. Die zentral zu vermittelnden Informationen
7. Das Ziel der Aktion auf seiten der Zielgruppe
8. Die notwendigen feed-back-Analysen auf den verschiedenen Stufen der Realisierung der Konzeption; gemeint ist damit die Überprüfung und Optimierung der Kommunikationsfähigkeit, die Überprüfung der Einstellungsänderung und die Überprüfung der Verhaltensänderung.

Gestaltungsanforderungen

Die Gestaltung von Kommunikationsstrategien muß sich von den folgenden zentralen Wirkungsbedingungen leiten lassen:

1. Die Entwicklung der Kommunikationsstrategie, nicht vom Sender, sondern vom Empfänger aus: Die Welt des Empfängers muß Inhalt und Gestaltung einer Sendung bestimmen. Ziel aller Maßnahmen ist die allmähliche Änderung spezifischer Einstellungen und Verhaltensweisen des Empfängers.
2. Berücksichtigung des Tatbestandes, daß Kommunikation die integrierte Einheit verbaler und non-verbaler Elemente darstellt. Den non-verbale Inhalten kommt eine spezifische Funktion in bezug auf Glaubwürdigkeit und Attraktivität einer Sendung zu.
3. Problemübermittlung und Problemsensibilisierung durch Darbietung vereinfachter Orientierungsmuster. Gesundheitserziehung kann nicht Vermittlung eines komplexen Fachwissens sein, sondern bedarf praktikabler, einfacher, trotzdem aber auch attraktiver Orientierungsmuster und Handlungsanleitungen. Gesundheit kann sich nicht in Wissen erschöpfen, sondern muß Erlebnis sein.

4. Verwendung einer Sprache, die der Zielgruppe verständlich ist. Ohne Überprüfung der Kommunikationsfähigkeit der gewählten Sprache und der verwendeten non-verbalen Signale, ergibt sich das Risiko hoher Streuverluste.
5. Gestaltung im Hinblick auf Zielgruppen, die durch spezifische psychologische Merkmale bestimmt sind. Zielgruppen, die für die Zielerreichung primär ansprechbar sind: Weder Sünder noch Propheten kommen als Zielgruppen in Betracht. Nur die Beschränkung auf Zielgruppen ist effektiv und läßt Hoffnung auf Meinungsmultiplikatoren aufkommen.
6. Verwendung von Schlüsselreizen, die mit hoher persönlicher Bedeutsamkeit aufgeladen sind: Wer nicht betroffen ist, verhält sich nicht. Diese Schlüsselreize müssen geeignet sein, personale Diskussion während und vor allem nach der Sendung auszulösen. Die Gestaltung muß die potentielle Empfangssituation mitberücksichtigen.
7. Agierende Personen der Massenkommunikation müssen Kompetenz und Glaubwürdigkeit als wesentliche Voraussetzungen für Identifikation besitzen.
8. Die Informationsübermittlung muß positive und negative Aspekte des Themas behandeln. Man muß sich selbst in seinen Vorurteilen wiederentdecken können. Abschließend sollte eine einsichtige positive Schlußfolgerung stehen.
9. Bei hoher Redundanz und gleichzeitiger medienspezifischer Gestaltung müssen die vermittelten Informationen und Handlungsanweisungen den generellen Anforderungen nach Vereinfachung, Verständlichkeit, Attraktivität, Zielgruppenspezifität und Glaubwürdigkeit genügen.
10. Massenkommunikation ist kein Substitutionsprodukt personaler Kommunikation. Die Massenkommunikation muß in die personalen Kommunikationsnetze eingebunden sein.
11. Organisatorische Rahmenbedingungen: Die Qualität einer Botschaft ist immer von der Organisationsstruktur, den Organisationsabläufen und der Qualität der Organisationsmitglieder mitbestimmt.
12. Die Beurteilung der Verständlichkeit, der persönlichen Betroffenheit und der Attraktivität einer Sendung kann nur und muß auch nur durch die Zielgruppe erfolgen. Dazu sind der Gestalter, der Gesundheitserzieher, der Politiker usw. grundsätzlich inkompetent.

Schlußbemerkung: Gesundheitserziehung als Beruf

Die Gesundheitserziehung befindet sich in einem Vorstadium der Professionalisierung. Die mit unserer Gesundheit auftauchenden Probleme haben zu einer Reihe vielfältiger Bemühungen und Aktivitäten unterschiedlichster Gremien und Institutionen geführt. Es wurden Rehabilitationszentren, Kreislaufkliniken u.a. geschaffen. Da das Bedingungs-system z.B. für Coronarerkrankungen aber vielfach in menschlichen Fehlverhaltensweisen begründet liegt, stellt sich letztlich zentral die Frage nach den pädagogischen Einflußmöglichkeiten, nach der Psychotherapie. Hier operieren wir vielfach noch in einem Bereich, der durch Versuch und Irrtum aber auch gelegentliche Erfolge gekennzeichnet ist. Wir kennen die Krankheiten. Wir kennen Bedingungen dieser Krankheiten. Wir wissen, daß es sich um psychologi-

sches Fehlverhalten handelt. Wir wissen, daß dieses Fehlverhalten nur verhindert werden kann, wenn in der Sozialisationsbiographie eines Kindes und Menschen Verhaltensweisen automatisiert werden, die letztlich dann fast unbewußt gesundheitsbezogen ausgerichtet sind. Was wir nun weiter aus der Psychologie wissen, ist, daß eine Vermittlung von Wissen auch an ganz bestimmte Bedingungen der Kommunikationsfähigkeit, also der Verständlichkeit, gebunden ist. Selbst wenn wir nun aber verständliche Informationen sowohl über die Gefährdungen der Gesundheit durch eigenes Verhalten wie aber auch positive Verhaltensanleitungen als Wissen vermitteln, so ist damit allein das Ziel der Erziehung nicht erreichbar. Wir benötigen die Etablierung von Normen. Dabei muß deutlich sein: Nicht die Angst vor der Krankheit, sondern ausschließlich die Freude an der Gesundheit, kann Motivation der Gesundheitserziehung wie eines gesundheitsbezogenen Verhaltens sein. Auch wenn Massenmedien den Boden für gesundheitsbezogenes Verhalten vorbereiten können und müssen, muß doch klar festgehalten werden, daß der verhaltensrelevante Gesundheitserzieher nicht das Massenmedium, sondern der konkrete Mensch in der konkreten Interaktion und Kommunikation ist. Dazu bedürfen wir sicher einer Professionalisierung der Gesundheitserziehung. Gesucht sind konkrete Leitbilder und nicht Gesundheitsideologien. Es darf nicht nur einen Anspruch auf Sicherung im Krankheitsfalle, es darf auch nicht nur einen Anspruch auf Gesundheit geben, sondern entscheidend ist die persönliche Verpflichtung zu gesundheitsbetontem Handeln und Verhalten.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benninghaus, M. (1976). *Ergebnisse und Perspektiven der Einstellungs-Verhaltens-Forschung*. Meisenheim am Glan: Verlag Hain.
2. Bergler, R. (1974). Marktsegmentierung. In *Marketing Enzyklopädie*, Band 2. München: Moderne Industrie.
3. Bergler, R. (1976). *Vorurteile - erkennen - verstehen - korrigieren*. Köln: Deutscher Institutsverlag.
4. Bergler, R.: (1977). Einstellung und Verhalten als theoretisches Problem. In K. D. Hartmann & K. Köppler (Hg.): *Fortschritte der Marktpsychologie*, S. 53-67. Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
5. Bergler, R. & Lappe, H. (1977). *Marktsegmentierung im Bereich des Ernährungsverhaltens*. Unveröffentlichte Untersuchung.
6. Bergler, R. & Six, U. (1979). *Psychologie des Fernsehens*. Bern: Verlag Huber.
7. Fritsche, W. (1974). Im Mittelpunkt der Weltgesundheitsversammlung: Gesundheitserziehung. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, Band XVII, Nr. 2, S. 84-90, zit. S. 87.
8. Maletzke, G. (1972). Massenkommunikation. In C. F. Graumann (Hg.): *Handbuch der Psychologie Band VII, Nr. 2, S. 1511-1536, Sozialpsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
9. Meinefeld, D. W. (1977). *Einstellung und soziales Handeln*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
10. Six, B. (1975). Einstellung und Verhalten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, Band 6, 270-296.
11. Six, B. (1978). Der Zusammenhang von Einstellung und Verhalten und das Problem der Verhaltensvorhersage. In L. Hoffmann et al. (Hg.): *Einstellungsänderung durch Unterricht*. Düsseldorf: Schramm-Verlag

Der Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland

von **Wolfgang Meyer**

Referent für den Bereich Behinderte/Psychisch Kranke
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

In der Bundesrepublik Deutschland wird seit vielen Jahren intensiv an der Verbesserung der sozialen Sicherung behinderter Menschen gearbeitet. Es gibt eine stattliche Anzahl von sozialpolitischen Gesetzen, die zu einem fast lückenlosen System staatlicher Fördermaßnahmen führen, die alle letztlich dem Ziel dienen sollen, die Behinderten so weit als möglich in die Gesellschaft zu integrieren. Im Vordergrund dieser staatlichen Förderung stehen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, der schulischen Bildung und Ausbildung in Sonderschulen und der beruflichen Eingliederung bzw. Wiedereingliederung. Durch gesetzgeberische, administrative und finanzielle Anstrengungen wird weiterhin an dem Ausbau und der Verbesserung dieses Systems gearbeitet.

Soziologisch gesehen sind die Behinderten eine Minoritätengruppe gegenüber der Majorität der Gesamtbevölkerung. Statistische Daten über den Umfang dieser Minorität werden bei uns nur unsystematisch erhoben — z.B. gibt es keine amtliche Meldepflicht — und zudem sind die Begriffsbestimmungen noch zu ungenau. Die letzte umfassende Mikrozensushebung über Behinderungen und Behinderte wurde 1966 vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Eine Hochrechnung der Ergebnisse besagte eine Gesamtzahl von 4,05 Millionen Behinderten, das sind 6,9% der Bevölkerung. Eine Mikrozensuszusatzbefragung im Jahre 1974 ermittelte die verschiedenen Arten von Behinderungen speziell in Haushalten mit behinderten Kindern unter 16 Jahren. Unter Zugrundelegung eines gegenüber 1966 erweiterten Behindertenbegriffes ergab sich dabei eine Gesamtzahl von 358.000 behinderten Kindern oder 2,5% aller Kinder bis zum Alter von 16 Jahren. Neue Angaben gibt es seit 1975 über den Umfang des Personenkreises, der durch psychische Krankheiten und Behinderungen betroffen ist. Eine vom Deutschen Bundestag initiierte Sachverständigenkommission hat zu dieser Zeit eine umfangreiche Enquête über die psychi-

Anschrift: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 200 Ostmerheimer Strasse, 5 Köln-Merheim, Bundesrepublik Deutschland.

atrische und psychotherapeutische Versorgung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt. Die Enquête hat u.a. die quantitative Bedeutung des Problems psychischer Gefährdungen, Störungen und Krankheiten deutlich gemacht, wenn sie feststellt, daß sich innerhalb eines Jahres rund 1 Million Personen oder 1,8 — 2% der Bevölkerung als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig erweist. Die zusätzliche Feststellung, daß bis zu 20% der Patienten, die im Verlaufe eines Jahres einen praktischen Arzt aufsuchen (70% der Bevölkerung), psychische Krisen und Krankheiten aufweisen — und das sind 4 bis 8 Millionen — hat u.a. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranlaßt, für die Zukunft eine Aufklärungsaktion auszuarbeiten, die einen Beitrag zur Prävention von psychischen Gefährdungen und Krankheiten bringt.

In den vergangenen Jahren galt es für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jedoch zunächst einmal, diejenige Aufgabenstellung anzugehen, die sich aus der Diskrepanz der staatlichen Fördermaßnahmen für Behinderte einerseits und der Einstellung der Bevölkerung zu der Gruppe der Behinderten und psychisch Kranken andererseits ergab. Eine Öffentlichkeitsarbeit zur Bewußtseinsbeeinflussung der Bevölkerung wurde und wird nach wie vor als eine notwendige Voraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen zur Eingliederung körperlich, geistig und seelisch Behinderter in die Gesellschaft angesehen. Die folgenden beiden Zitate aus dem 1970 erarbeiteten „Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation“ und der 1973 gegebenen Stellungnahme der Bundesregierung zu einem Zwischenbericht der Psychiatriekommission zeigen, daß mit der generellen Zielsetzung der beabsichtigten Öffentlichkeitsarbeit gleichfalls auch bereits die Hauptzielgruppen vorgegeben sind: Der Punkt 10 des Aktionsprogramms heißt „Aktivierung der Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten“ und führt aus: „Alle Förderungsmaßnahmen werden letztlich nicht zur erfolgreichen Eingliederung des behinderten Menschen in die Gesellschaft führen, wenn es nicht gelingt, die in der Öffentlichkeit oftmals noch bestehenden Vorurteile abzubauen und den Behinderten so die Chance zu geben, sich als vollwertige Mitglieder der modernen Gesellschaft zu begreifen. Hierzu ist die Intensivierung einer gezielt und sorgfältig abgestimmten Aufklärungsarbeit sowohl gegenüber den behinderten als auch den nichtbehinderten Mitbürgern erforderlich. Ein jeder solle erkennen, daß der Grat zwischen Gesundheit und Behinderung nur schmal ist und er schon morgen ein Behinderter sein kann.“ Die Stellungnahme der Bundesregierung zu den Vorschlägen der Psychiatriekommission in einem Zwischenbericht besagte unter Punkt 20.1, daß folgende mittelfristige Maßnahmen eingeleitet werden sollen: „Eine Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile in der Gesellschaft, gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises, Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.“

Für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stand somit in Übereinstimmung mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit von vornherein fest, daß zur Erreichung der umfassend als „Allgemeinheit“, „Öffentlichkeit“, „Bevölkerung“ definierten Zielgruppe in erster Linie Mittel der Massenkommunikation, d.h. der systematische und permanente Einsatz von Massenmedien zur Beeinflussung dieser Großgruppen in Betracht gezogen werden kann.

Der erste Schritt: Soziale Einstellungen erfassen

An die *Planung dieser Aktion* traten wir mit der festen Absicht heran, unseren Maßnahmen eine höchstmögliche Effektivität zu geben. Deshalb versuchten wir zunächst einmal, bei den Vorbereitungen für diese Aufklärungsaktion Honig zu saugen aus den Ergebnissen der Vorurteilsforschung, wie sie innerhalb der Verhaltens- und Sozialforschung seit längerer Zeit betrieben wird. Gemeint sind die vorwiegend im anglo-amerikanischen Raum vorliegenden Analysen der sozialen Beziehungen zu Minoritäten, die von den gesellschaftlich akzeptierten Normen der Majorität abweichen. Das bekannteste Beispiel sind die Untersuchungen über Rassenvorurteile. Diese Recherche brachte uns jedoch für unsere besondere Problematik des Abbaues von Vorurteilen gegenüber Behinderten nur wenig konkret auswertbare Anhaltspunkte. Deutliche Aussagen erhielten wir jedoch aus dieser Literatur zu den Rahmenbedingungen hinsichtlich der Versuche, Einstellungen in der Bevölkerung zu ändern. Sie besagten, daß Programme, die auf einen generellen Abbau von Vorurteilen, präziser, die auf die Modifikation von sozialen Einstellungen oder Attitüden zielen, nur dann eine optimale Wirksamkeit erreichen können, wenn sie die Erkenntnisse über die spezifischen Arten der sozialen Einstellung, ihrer Genese und ihrer Verankerung im Wert- und Normsystem der Gesellschaft sowie deren psychologische Funktionen berücksichtigen. Ohne diese vorherigen Kenntnisse wären Aufklärungsprogramme mit dem hohen Ziel, negative Einstellungen durch positive Einstellungen zu ersetzen oder sogar sozial-integrative Verhaltenstendenzen anzustoßen hinsichtlich der Wirksamkeit leicht zum Scheitern verurteilt. Auch könne es zu dem vielzitierten Bumerangeffekt kommen.

TABELLE 1: MATRIX DER VARIABLEN UND PROJEKTZIELE

	TATBESTANDSERHEBUNG	URSACHENFORSCHUNG	MASSNAHMENENTWICKLUNG
<i>Kognition</i>	Stereotypen	Unwissenheit	Informationskampagnen
	Fehlinformationen	Sprache/Etikettierung	Aufklärung über Sprachgebrauch und Etikettierung
	Attributionen	Medienstereotypen Attributionsfehler	Bewußtmachen von Attributionsfehlern
<i>Emotion</i>	Abneigung		
	Furcht	Fremdartigkeit	Warnung vor Medienstereotypen
	Unbehagen	Gefährlichkeit	
	Unsicherheit	Unberechenbarkeit Stigma	Familiarisierung Desensitivierung
<i>Verhalten</i>	Vermeiden		Wecken von Mitleid und Empathie
	Interaktionshemmung	Abneigung	
	Fehlende Hilfeleistung	Mangelnde Interaktionskompetenz	Schulung von Interaktionskompetenz durch Spielsituationen
		Fehlen von Modellen, von Gruppennormen	Darbietung von Modellen
		Fehlen von Empathie Fehlinterpretation von Cues	Bekräftigung und Aktivierung der Normen Erhöhung der nonverbalen Sensitivität

Die ursprüngliche Absicht, eine umfassende systematische Grundlagenstudie auszuarbeiten, die alle wesentlich erscheinenden Aspekte, wie sie in Abbildung 1 dargestellt sind, umfaßt, mußte fallengelassen werden. Die Flankierung der eingangs benannten politischen Maßnahmen, die Begleitung der sozial- und gesundheitspolitischen Gesetzgebung, verlangte eine terminlich kurzfristig anzuberaumende Durchführung der Aufklärungsmaßnahmen. Das Schwergewicht der *wissenschaftlichen Bearbeitung und Begleitung* der Aktion wurde deshalb auf kurzfristige, mehr projektbezogene Entscheidungshilfen konzentriert. Dies geschah durch das Einholen von Expertisen verschiedener Fachwissenschaftler und durch die Ausarbeitung von sozialpsychologischen Leitstudien in Verbindung mit der Kommunikationsüberprüfung gestalteter Medien im Sinne von Pre- und Posttests.

Die wesentlichsten Ergebnisse dieser von uns durchgeführten Recherchen und Analysen lassen sich im Überblick am besten an Hand der in der sozialpsychologischen Literatur geläufigen Unterscheidung zwischen kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Komponenten der Einstellung darstellen. Diese Unterscheidung ist dann ebenfalls hilfreich bei der Diskussion der abzuleitenden kommunikativen Erfordernisse zur Einstellungsmodifikation.

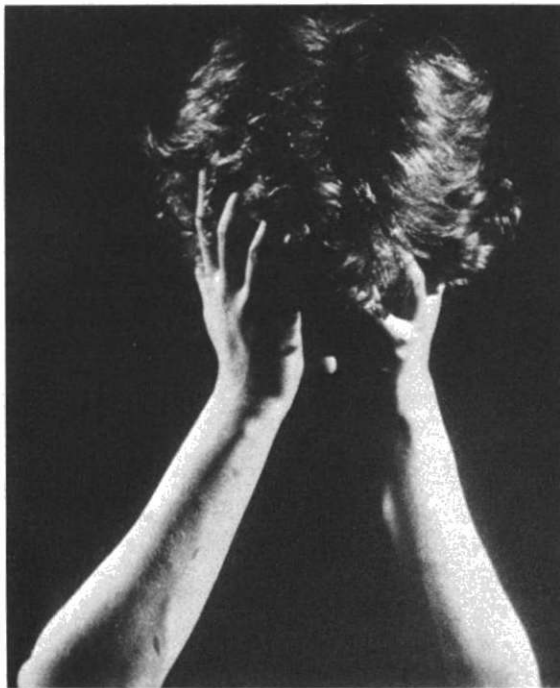
Mangelhaft differenziertes Wissen über Behinderungsarten

In bezug auf die *kognitive* oder informationsbezogene Komponente der Einstellung gegenüber behinderten und psychisch kranken Menschen konnte die Vermutung

Menschen im Rollstuhl stellen den Prototyp des Körperbehinderten dar. Angst und emotionelle Unsicherheit der Nichtbehinderten sind bedeutend geringer, wenn die körperlichen Behinderungen später im Leben erworben wurden. Dieses Bild gehört in eine Posterserie, die in Verbindung mit der Kampagne herausgebracht wurde. In diesem Fall liegt der Schwerpunkt auf den baulichen Barrieren, ein zusätzliches Problem, für das die Umwelt verantwortlich ist.



bestätigt werden, daß in der Bevölkerung ein sehr mangelhaftes, undeutliches und wenig differenziertes Wissen über die verschiedenen Arten der Behinderung und psychischen Erkrankung, ihrer Ursachen und der Möglichkeiten der Rehabilitation bzw. der Heilung vorliegt. Kenntnisse bzw. Unkenntnisse sind jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt je nach Art der Behinderung bzw. psychischen Störung. Unter „körperlich behindert“ wird überwiegend der Behinderte verstanden, der sich nicht bewegen kann. Sehr deutlich steht der Rollstuhlfahrer als Prototyp der körperlichen Behinderung vor Augen. Als Ursache für diese Bewegungsbehinderung ist die Querschnittslähmung am ehesten bekannt. Sie hat ihren hohen Aktualitätsgrad, weil sie als Folge von Verkehrsunfällen in der öffentlichen Berichterstattung permanent bekanntgemacht wird. Einen hohen Bekanntheitsgrad haben außerdem noch die Blinden: hier spielen die Assoziationen zu dem vergangenen Kriegsgeschehen eine Rolle. Feinere Differenzierungen sind jedoch auch bei gebildeteren Bevölkerungsschichten spontan zu dem Behindertenbegriff nicht anzutreffen.



Behinderungen mit nicht eindeutig geklärter Ursache oder mit diffusen und unvorhersehbaren Symptomen erwecken bei der Bevölkerung massive Angstgefühle. Dieses Gefühl wird auch am häufigsten gegenüber dem geistig Kranken und psychisch schwer gestörten Patienten geäußert.

Der Begriff der „geistigen Behinderung“ steht für Gehirnschäden und mangelnde Intelligenz. Hier wird der Prototyp des „Schwachsinnigen“ benannt. Die gleichzeitige Verwendung des Wortes „geistig“ bei „geistig behindert“ und „geisteskrank“ hat jedoch bei vielen zu der Annahme geführt, daß zwischen beiden Bereichen qualitativ keine großen Unterschiede bestehen. Bei dem Begriff „seelisch krank“ denkt man in der Bevölkerung nicht so sehr an intellektuelle Defekte, sondern bevorzugt an den Gemütszustand des Betroffenen. Seelisch krank ist in der Bevölkerung weitgehend bedeutungsgleich mit „depressiv“. Die Schizophrenie wird dagegen oft zu den schweren geistigen Behinderungen gezählt.

Das eigentlich Bedeutsame an diesen Ergebnissen ist nicht allein die Tatsache des fehlenden faktischen Wissens: dies ist ebenfalls für viele andere Gesundheitsthemen gleichermaßen auszusagen. Die Gefahr liegt vielmehr darin, daß aufgrund mangelhafter Informationen die Übernahme von stereotypen Urteilen, Fehleinschätzungen und falschen Schlußfolgerungen erleichtert wird, die wiederum Ursachen sind für die Tabuisierung und Isolierung der behinderten und psychisch kranken Menschen. Am deutlichsten wird dies bei der Wahrnehmung des Spaltikers in der Bevölkerung. Sein körperliches Handikap ist das der funktionellen Bewegungsstörung, die gleichfalls zu Sprachstörungen führt. In der Bevölkerung wird diese mangelhafte Koordinierung der sprachlichen Äußerungen fehlerhaft eingeschätzt in Richtung auf geistige Behinderung und führt damit zu einer viel stärkeren Distanzierung von dem Behinderten.

Unbehagen und Angst sind verbreitet

Gerade das letzte Beispiel zeigt den engen Zusammenhang zwischen kognitiver und *affektiver* Komponente von Einstellungen in bezug auf den Problembereich Behinderung und psychische Krankheit. Beim Bürger gehen mit der geschilderten Unwissenheit und den Mißverständnissen auch Furcht, Unbehagen, Abneigung, Angst und generell emotionale Unsicherheit einher. Ähnlich jedoch wie die kognitiven Einstellungen je nach Behinderungsart variieren, ist auch das emotionale Empfinden beim Bürger ganz unterschiedlich, je nachdem mit welcher Behinderungsart er aktuell konfrontiert ist. Es kommt hier durchgängig ein psychologisches Phänomen zum Zuge, wonach diejenige Personengruppe, deren Motive und Verhaltensursachen man nicht mit dem sogenannten normalen Menschenverstand erklären kann, die Emotionen Furcht und Abneigung am ehesten in Gang setzt. Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang, daß die gegenüber verschiedenen Behinderungsarten in Richtung und Intensität unterschiedlich auftretenden Emotionen offenbar etwas mit der Unterscheidung nach erworbenen und angeborenen Schädigungen zu tun haben. Danach empfindet man weniger Angst oder Abneigung gegenüber Personen mit erworbenen körperlichen Behinderungen, also Schädigungen, die aus der Umwelt resultieren und in ihrer Genese vorstellungsmäßig nachvollziehbar sind. Dies mit der bedeutsamen Einschränkung, daß ästhetisch bedingte Abscheu- und Ekelgefühle bei der Wahrnehmung von Entstellungen auftreten. Gegenüber Schäden, die angeboren sind und die dadurch unklar werden in der Entstehungsgeschichte sowie die, die diffuse und unvorhersehbare Symptome zeigen, werden massive Angstgefühle geweckt. Besonders die Einstellung zu geistig Behinderten und zu schwer psychotisch Kranken, den sogenannten „Geisteskranken“, wird durch diese psychischen Abläufe geprägt. Verschärft wird die emotionale Unsicherheit noch dadurch, daß die üblichen individuellen Mechanismen der sozialen Kontrolle, die zur Sanktionierung von abweichendem Verhalten dienen, in diesen Fällen versagen, weil sie bei den Betroffenen völlig unerwartete und unberechenbare Reaktionen hervorrufen. Verschärft wird diese emotionale Unsicherheit auch noch dadurch, daß der Bürger überwiegend die differenzierten Isolierungsmaßnahmen der Gesundheits-, Schul- und Sozialbehörden — besonders extrem sichtbar im Falle der Verwahrspsychiatrie in abgelegenen und gesicherten psychiatrischen Landeskrankenhäusern — augenfällig wahrnimmt, wenn er mit dem Thema der Behinderten und psychisch Kranken konfrontiert wird.

Interaktion ist schwierig und wird vermieden

Was schließlich die *Verhaltenskomponente* der Einstellung zu behinderten und psychisch kranken Menschen angeht, so sind es gerade der üblicherweise fehlende Kontakt und die geringen Fälle der Berührung des Bürgers mit den Betroffenen in seiner Wohnumgebung und auch zu allen Zeiten seines Lebens, die einen großen Anteil seiner Verhaltensdisposition ausmachen. In einer Welt, in der Behinderte und Nichtbehinderte mehr nebeneinander als zusammen leben, und dies schon in den organisierten Lernprozessen der Schule, fühlt der Bürger sich nicht zu eigenem sozialen Handeln aufgerufen. Wegen Nichtbetroffensein ist er gleichgültig und unterläßt jegliche Handlung gegenüber Behinderten und psychisch Kranken. Seine „Betrifft-mich-nicht-Einstellung“ entlastet der Bürger dadurch, daß er, sobald danach befragt, nur anderen Mitbürgern diese Gleichgültigkeit unterstellt. Er selbst ist überzeugt davon, daß er durch den Kontakt mit Behinderten nicht viel Neues erfahren kann, er glaubt sich frei von Vorurteilen, verbalisiert positives Verständnis für deren schwierige Situation und erkaufte sich das Gefühl von Solidarisierung mit den Behinderten durch die Abgabe von Steuergeldern und die Teilnahme an Spendenaktionen.

Kommt es jedoch zu Situationen der konkreten Begegnung zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, läßt sich also die sonst üblicherweise praktizierte soziale Distanz nicht mehr einhalten, wie es zwangsläufig bei allen Versuchen des Behinderten geschieht, sich in die Gesellschaft zu integrieren, insbesondere bei der Suche nach Arbeit, Wohnung und normalen mitmenschlichen Beziehungen, dann offenbaren sich massive Interaktionsschwierigkeiten. Selbst bei Personen, die eine überwiegend positive Einstellung zu Behinderten haben, werden aufgrund der fehlenden Umgangserfahrung sehr starke Unsicherheitsgefühle ausgelöst. Das Anderssein des anderen führt dazu zu meinen, sich auch anders verhalten zu müssen. Oder aber man möchte sich „normal“ verhalten, weiß jedoch nicht, was in diesen Fällen „normal“ ist. Bei den nichtbehinderten Bürgern summieren sich dann die Faktoren der geringen Erfahrung beim Umgang mit Behinderten, das Fehlen nachahmenswerter Beispiele aus der Umwelt und der Mangel an Orientierungsmöglichkeiten an Gruppenstandards oder sozialen Normen zu einer beträchtlichen Ungeschicklichkeit seines Verhaltens. Erlebnisse dieser Art frustrieren ihn so, daß er künftig jede Interaktion zu vermeiden sucht, und das schließt ein das Fehlen von aktivem Engagement etwa zur konkreten Hilfeleistung.

Die Kommunikationsstrategie

Soweit die Schilderung der sozialpsychologischen Ausgangssituation im Überblick. Die genannten Erkenntnisse stellten die Basis für die abzuleitenden kommunikativen Schritte dar, wie sie sich zu einer *Gesamtkonzeption und einer Kommunikationsstrategie* für die mittelfristig bzw. langfristig anzulegende Aufklärungsaktion bis hin zur konkreten Planung und Realisationsschritten verdichteten.

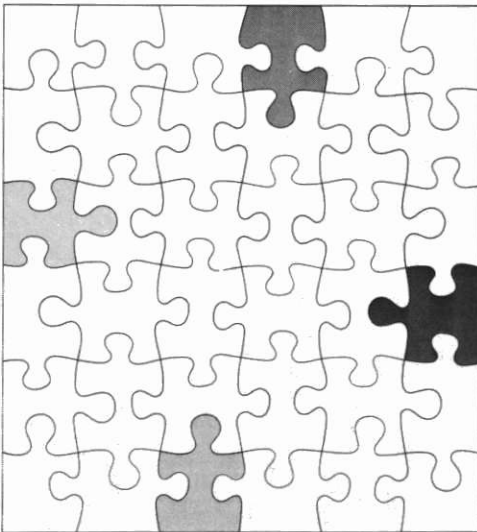
Kommunikationsstrategisch gesehen war es erforderlich, für die verschiedenen Einstellungskomponenten der kognitiven, der affektiven und der verhaltensbezogenen Einstellungskomponente ein jeweils analoges und geeignetes Vorgehen zur Einstellungsänderung zu planen. Es wurde eine mehrstufige Vorgehensweise gewählt:

1. *Information* zur Vermittlung von Sachwissen über Arten, Ursachen, Verlauf von Behinderungen und psychischer Krankheit sowie über Rehabilitations- und Behandlungsmöglichkeiten.
2. *Kommunikation* zur Verringerung der emotionalen Distanz zwischen Nichtbehinderten und Behinderten.
3. *Anstoß von Aktivitäten* zur Aufnahme eines unmittelbaren Kontaktes mit behinderten und psychisch kranken Menschen zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und der sozialen Geschicklichkeit im Umgang miteinander.

Die Tatsache, daß in der Bevölkerung ein außerordentlich geringes Interesse an der Thematik selbst und eine distanzierende Abwehrhaltung überwiegt, erforderte zudem eine kommunikative Anfangsphase, die beim Bürger besondere Aufmerksamkeit anzustoßen hätte.

Schließlich galt es, der nicht oft genug anzusprechenden Tatsache zu genügen, daß Modifikationen von tief verwurzelten Einstellungen sich nicht gewissermaßen von heute auf morgen einstellen, sondern nur im Verlaufe eines langwierigen Prozesses der Penetration aller kommunikativen Mittel. Dies erforderte die Schaffung einer gedanklichen Klammer, mit der die zentralen Botschaften der Aktion in programmatischer und zugleich prägnanter Form die Zielsetzung verdeutlichen und so bei der Bevölkerung in größtmöglicher Wiederholung immer wieder die gleichgerichteten Assoziationen auslösen.

Für die *zentrale Botschaft der Aktion* wurde das *Symbol eines Puzzlesteins mit der Aussage „Jeder ist ein Teil des Ganzen“* verwendet. Diese Wort-Bild-Marke wollte die Gleichwertigkeit aller Menschen zum Ausdruck bringen und diente als Appell an die soziale Mitverantwortung aller Mitglieder unserer Gesellschaft. Visualisiert wurde dieser Gedankengang mit einem Puzzlestein, der Integration und Solidarität assoziiert. Pre-Testergebnisse haben bestätigt, daß diese Wort-Bild-Marke überwiegend im Sinne dieses Anliegens verstanden wird.





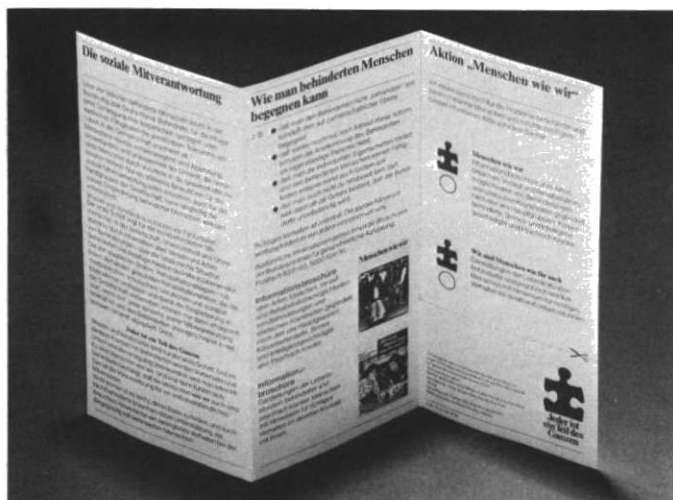
*Jeder ist ein Teil des Ganzen...
Das „Teil“ — das sind mehr als 4
Millionen Behinderte — 2,8 Mio.
Männer und 1,3 Mio. Frauen — für
die infolge einer Schädigung ihrer
körperlichen, geistigen oder seelischen
Fähigkeiten die unmittelbare Teilnahme
am Leben in der Gemeinschaft
erschwert ist. In der Bundesrepublik
Deutschland werden jedes Jahr etwa
40 000 Kinder mit körperlichen oder
geistigen Behinderungen geboren —
eine Zahl, die sich durch die Verkehrs-
und Arbeitsunfälle sowie durch
Verschleißerscheinungen und andere
Erkrankungen noch erhöht.
Mindestens ebenso schwerwiegend wie
die Behinderung selbst ist die
Einstellung der Umwelt — Ablehnung,
Unverständnis, Unwissenheit. Mehr
Wissen und besseres Verständnis sind
daher der erste Schritt, um die
Vorurteile abzubauen, die den
Behinderten in die gesellschaftliche
Isolation treiben. Der nächste Schritt
besteht darin, die direkten Kontakte zu
fördern — Voraussetzung für ein
selbstverständliches Miteinander beider
Gruppen.*



Menschen wie wir

*Dieses Falblatt
ist eines der
Medien, mit
denen die
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung diese
Zielsetzungen
verfolgt.*

*Mitleid
ist keine
Lösung,
verantwortliches
Handeln allein
kann helfen.*



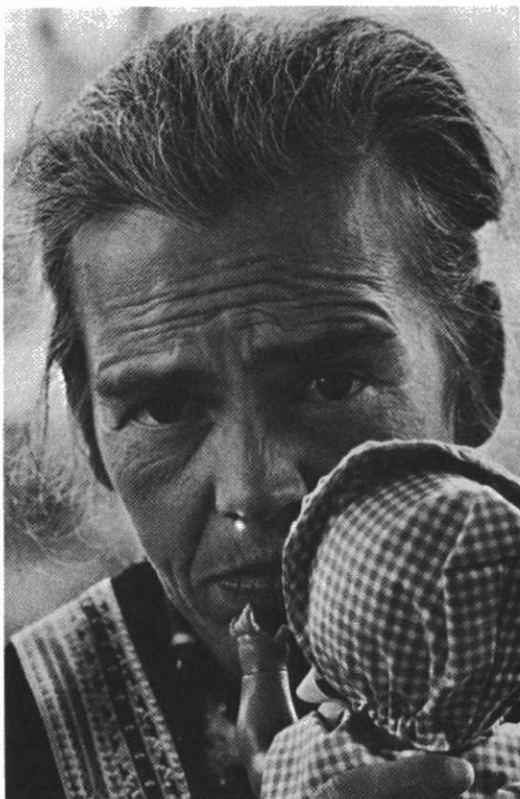
„Menschen wie wir“

Das Hauptproblem zu Beginn der Aktion — und wie noch später zu zeigen sein wird, nicht nur zur Beginn der Aktion, sondern über die gesamte Laufzeit der Aktion hinweg — ist die Überwindung der überwiegenden „Betrifft-mich-nicht-Einstellung“ in der Bevölkerung. Es wurde versucht, diese Barriere durch Informationen zu überwinden, die beim Bürger einen gewissen Überraschungseffekt auslösen. Das waren Informationen, die den üblicherweise simplifizierenden Stereotypen über



Oben, ein junger Heroinsüchtiger... Rechts, eine psychisch kranke Patientin — beide Abbildungen sind der Broschüre „Menschen wie wir“ entnommen, in der der Leser eingehender über Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und praktische Lösungsansätze unterrichtet wird.

Das Problem des Alkohol- und Arzneimittelmißbrauchs stellt hohe Anforderungen an die Gesundheitserziehung. Sie muß sich einerseits im Sinne der Prävention mit den stark gefährdeten Gruppen beschäftigen, denen die mit ihrem Verhalten verbundenen ernsthaften Gesundheitsrisiken klar gemacht werden müssen, und andererseits mit der Notwendigkeit, bei der Bevölkerung um ein besseres Verständnis für die Ursachen zu werben. Gesunde Menschen müssen auch erkennen, daß die Art und Weise ihres Umgangs mit den psychisch Kranken für deren Rehabilitation entscheidend sein kann.

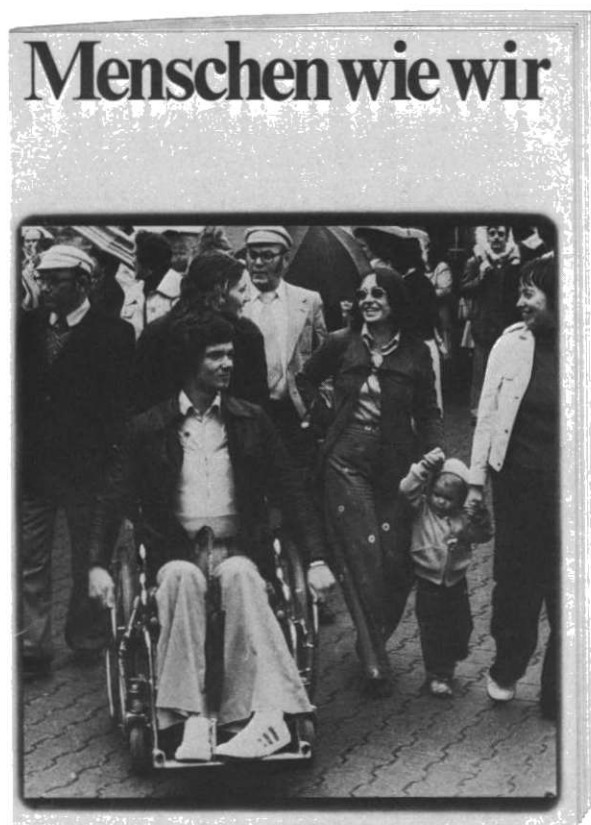


behinderte und psychisch kranke Menschen authentische Fallbeispiele gegenüberstellten, die dem Bürger verdeutlichen sollten, daß diese Menschen grundsätzlich über Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen wie jeder andere Mensch auch und die Leistungseinbußen Behinderter nur partiell sind. Mit dieser positiven Argumentation setzten wir uns ebenfalls bewußt ab von den in der Öffentlichkeit sonst gebräuchlichen Appellen an die Angst, etwa im Sinne „Du könntest morgen der nächste Behinderte sein“ oder an das Mitleid, da mit Mitleidsgefühlen der Behinderte letztlich zu einem Betreuungsobjekt degradiert wird.

Diese Botschaften wurden über eine *Serie von Anzeigen* in Publikumszeitschriften und eine *Serie von Fernsehspots* — gesendet im 1. Programm des Deutschen Fernsehens jeweils nach der Tagesschau — breit an die Bevölkerung gestreut.

Über den beschriebenen Aha-Effekt hinaus haben wir in den Anzeigen versucht, den Bürger zu provozieren, sich weitergehend zu informieren und schließlich auch aufgerufen, darüber hinaus selbst aktiv zu werden und konkret für die Verbesserung der Interaktion etwas zu tun, z.B. durch Teilnahme an einer Laieninitiative.

Im weiteren Verlauf der Aktion, die ihren Namen „*Aktion Menschen wie wir*“ von der eben skizzierten positiven Grundaussage bezog, galt es, diese wesentlichen



„*Menschen wie wir*“ ist der Titel dieser 52 Seiten umfassenden Broschüre. Nach der Lektüre hat man in der Tat das Empfinden, daß die Behinderten im Grunde gar nicht so anders sind...

Aspekte der Informationsvermittlung zur Korrektur von Unwissen und stereotypen Vorstellungen sowie zum Abbau von emotionaler und sozialer Distanz konkret in Medien umzusetzen. Es ist dies durch die Entwicklung der Broschüren „Menschen wie wir“ und „Wir sind Menschen wie Ihr auch“ geschehen.

Mit der Broschüre „Menschen wie wir“ wird in übersichtlicher und vor allem leichtverständlicher Form Sachwissen vermittelt. Diese Schrift führt den Bürger nicht nur in die generelle Problematik ein, angefangen von den Möglichkeiten zur Früherkennung über die medizinischen, schulischen, beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten bis hin zu den Fragen der sozialen Wiedereingliederung, sondern sie verdeutlicht ihm auch die Unterschiedlichkeit der Probleme bei den einzelnen Behindertengruppen.

Der Broschüre „Wir sind Menschen wie Ihr auch“ liegen zwei Leitideen zugrunde. Die eine Leitidee besagt: authentische Lebensschicksale von behinderten und psychisch kranken Menschen führen dem Bürger lebensnah vor Augen, daß Behinderte im Grunde Menschen wie wir sind mit dem gleichen Denken, Fühlen und Handeln,

Mit der Beschreibung von acht behinderten Menschen — Kinder, Jugendliche, Erwachsene — überwindet die Broschüre „Wir sind Menschen wie Ihr auch“ die Barrieren von Angst und Verlegenheit, die normalerweise zwischen den Nichtbehinderten und jenen Menschen bestehen, die nicht im vollen Besitz ihrer physischen und psychischen Fähigkeiten sind. Auffallend an dieser Broschüre sind die zahlreichen lächelnden Gesichter, die immer wiederkehren.

Die Abbildungen auf den nächsten Seiten stammen aus einer Posterserie und aus Zeitungsanzeigen, in denen jeweils die Frage gestellt wird: „Meinen Sie wirklich, daß Sie genug über behinderte Menschen und ihre Probleme wissen?“





Niemand weiß, wovon er so viel träumt...

Bald nach seiner Einschulung mußten die Eltern von Dirk W. feststellen, daß er schwerer lernt als andere Kinder. Heute besucht er eine Sonderschule, in der seine Lernfähigkeit besonders gefördert wird. Später könnte er einen praktischen Beruf erlernen. Menschen wie Dirk werden jedoch aus Unwissenheit der Umwelt oft allein gelassen, und ihre Fertigkeiten verkümmern mehr und mehr. Das erschwert ihnen unnötig das Leben in der Gemeinschaft. Häufig weiß man nicht, wie man behinderten Menschen begegnen soll. Wir müssen uns informieren.

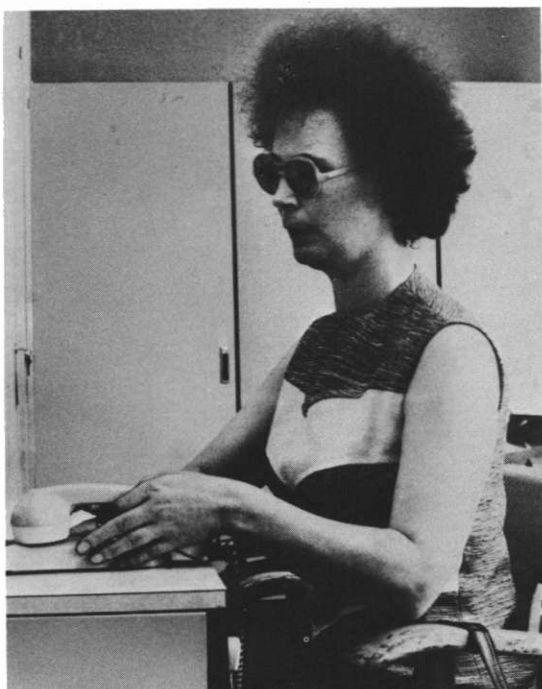


Manchmal singt er bei der Arbeit...

Aufgewachsen ist Michael D. mit seinen Geschwistern, die heute beide studieren. Seit einem Jahr wird er in einer Werkstatt für Behinderte handwerklich ausgebildet. Einfache Maschinen kann er bereits bedienen und Holzarbeiten machen. Für Michael gibt es hier die Möglichkeit, ein zufriedenes Leben in der Gemeinschaft zu führen. Und er freut sich, weil er sinnvolle, produktive Arbeit leisten kann. Trotzdem gibt es auch heute noch viele, die Menschen wie ihn durch Vorurteile und Ablehnung ausstoßen.

Ihre Sonnenbrille trägt sie auch am dunkelsten Tag des Jahres...

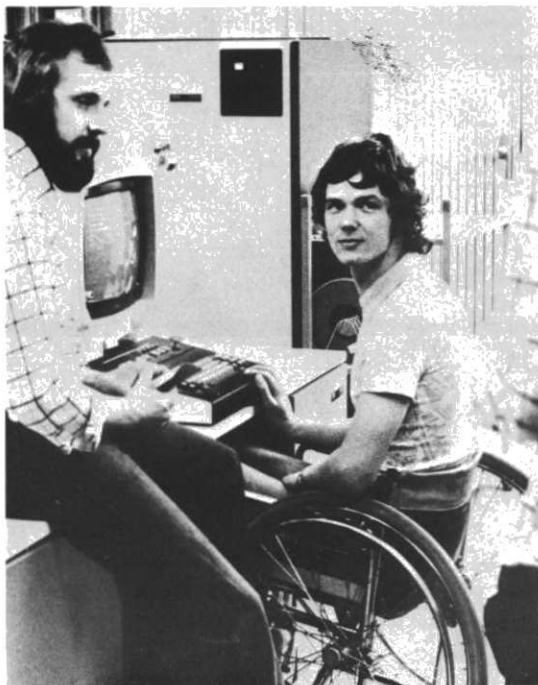
Im Alter von 11 Monaten wurde Hannelore N. nach einer Hirnhautentzündung blind. Seit 17 Jahren arbeitet sie bei der Post. Ihren Mann hat sie auf einem Betriebsfest kennengelernt. Hannelore ist eine unter vielen, die durch ihre Behinderung in unserer Leistungsgesellschaft mit besonderen Problemen fertig werden muß. Im Beruf wie im Privatleben. Sicher hätten wir sie dabei oft besser unterstützen können.



Aufgewachsen ist sie in einem Heim...

Ihre Eltern hatte Ursula G. früh verloren. Sie war schon immer still und etwas ängstlich. Seit ihr Freund die Verlobung ganz plötzlich gelöst hat, ist sie sehr niedergeschlagen. Wie Ursula leiden viele Menschen unter seelischen Störungen. Menschen, die oft ängstlich und niedergeschlagen sind, begegnen uns täglich und überall. Wenn wir unsere Gleichgültigkeit nicht ablegen, verschließen sie sich immer mehr. Mit Verständnis können wir ihnen helfen.





Seinen Wunsch, Pilot zu werden, mußte er aufgeben...

Auch das Fußballspielen mit den Jungen aus seiner Klasse mußte Kurt B. aufgrund seiner Querschnittlähmung aufgeben. Heute arbeitet er in der Datenverarbeitung einer orthopädischen Klinik. Und in seiner Freizeit baut er Modellschiffe. Trotz vieler Schwierigkeiten hat Kurt vor seiner Behinderung nicht kapituliert. Auch nicht vor der Voreingenommenheit seiner Umwelt. Es gibt viele Menschen, die wie er, mit ihrer Behinderung leben müssen. Aber noch mehr Menschen erschweren den Behinderten durch Gedankenlosigkeit und Unverständnis das Leben.



Niemand hat es für möglich gehalten, daß er Journalist werden könnte...

Schon früh hatte Lothar S., spastisch gelähmt, entdeckt, daß Schreiben seine Lieblingsbeschäftigung war. Aufsätze, Erlebnisse, Kritisches. 1963 fing er als Sportreporter an. Lothar ist heute freier Journalist und schreibt über Theater und Kulturpolitik. Gegen die Vorurteile und Unwissenheit seiner Umwelt hat er sich erst einmal durchsetzen müssen.

Der Leser wird in jedem Einzelfall ermutigt, sich an örtlichen Initiativen zu beteiligen, wo er „mehr tun kann“.

wenn auch mit zusätzlichen äußeren Schwierigkeiten durch die Behinderung. Die zweite Leitidee will den Leser der Schrift zur Reflexion anregen hinsichtlich der üblichen Konfliktsituation in der konkreten Begegnung zwischen Behinderten und Nichtbehinderten. Hier soll erläutert werden, woran die Hemmungen und Unsicherheiten im Umgang miteinander liegen und die Überzeugung vermittelt werden, daß ein angemessenes Umgangsverhalten erlernbar ist. Psychologisch gesehen soll der Bürger also einmal mit Hilfe dieser Schrift einen Identifikationsprozeß erlebnismäßig nachvollziehen, so daß seine Gefühle der Furcht und Abneigung vermindert werden. Zum andern soll die Broschüre ihm die Möglichkeit geben, positive Verhaltensvorschläge zu erlernen, die bei ihrer Anwendung zu einem natürlichen, unverkrampften, weniger spannungsreichen und frustrierenden Miteinanderleben führen können.

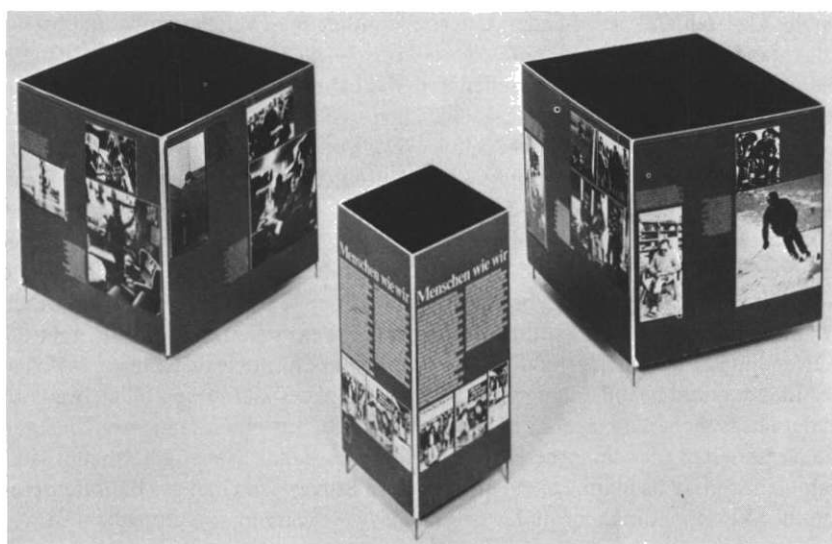
Anstöße zur Interaktion

Die benannte dritte Zielsetzung der Aktion „Menschen wie wir“ (Anstoß von Aktivitäten zur Aufnahme eines unmittelbaren Kontaktes mit behinderten und psychisch kranken Menschen zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und der sozialen Geschicklichkeit im Umgang miteinander) bereitete in der medialen Umsetzung die größten Schwierigkeiten. Um den Effekt von den in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Laienhelfergruppen zu verstärken, wurde bereits zu Anfang der Aktion eine Schrift „*Besser helfen — mehr erreichen*“ — Leitfaden für die Arbeit mit behinderten Menschen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit — herausgebracht. 1977 wurde zusätzlich eine *Wanderausstellung unter dem Titel „Behinderte Menschen im Alltag“* entwickelt, um mit diesem Medium gewissermaßen einen Kristallisationspunkt zu bilden auf dem Wege zum Ziel, konkrete Anlässe für Kontakte zwischen Nichtbehinderten und Behinderten zu schaffen. Die Ausstellung soll helfen, Berührungspunkte für die sonst nur nebeneinander lebenden Bevölkerungsgruppen zu bilden, indem Nichtbehinderte und Behinderte wechselseitig ihre Situation bekanntmachen, ihre Voreingenommenheit durch konkrete Erfahrung ersetzen und so eher die Abwehrhaltungen aufgelöst und die Zuwendungsbereitschaft ermöglicht werden. Dieser unmittelbare Kontakt zwischen Behinderten und Nichtbehinderten ist insbesondere deshalb so wesentlich, weil nur in der tatsächlichen Begegnung sich die eigentliche Einstellungsänderung im Sinne der veränderten Handlungsbereitschaft vollziehen kann. Weder Informationsaufnahme noch Urteilsbildung allein bringen beim Bürger den Grad des Betroffenseins und der Verpflichtung, der in der tatsächlichen Begegnung unvermeidlich ist.

Die Wanderausstellung und weitere flankierende Medien werden über Multiplikatoren vor Ort eingesetzt. In erster Linie sind dies die Mitglieder von regionalen Gliederungen der Selbsthilfe- und Laiengruppen, der Fach- und Wohlfahrtsverbände sowie der örtlichen behördlichen Institutionen. Über den Erfolg dieser Einsätze läßt sich gegenwärtig noch nichts berichten, erst im Verlauf des kommenden Jahres werden ausreichend Kopien der Wanderausstellung zur Verfügung stehen, so daß sie verstärkt zum Einsatz kommen kann.

Ebenfalls offen ist noch die Frage, inwieweit bei solchen Treffen anläßlich der Wanderausstellung die soziale Geschicklichkeit im Umgang miteinander verbessert

werden kann. Die zu Anfang beschriebene üblicherweise anzutreffende Verhaltensunsicherheit des Bürgers verlangt sehr stark danach, daß man ihm Verhaltensmuster zur Verfügung stellt, die ihn befähigen, mit behinderten Menschen angemessen umgehen zu können. Wie Ergebnisse neuerer Untersuchungen für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jedoch aufzeigen, ist hierfür ein regelrechtes gruppenspezifisches Verhaltenstraining erforderlich. Und zwar ein Verhaltenstraining, das Nichtbehinderte wie Behinderte zu gleichen Teilen auf die akuten Begegnungen vorbereitet. Zudem wurde in diesen Studien ermittelt, daß ein Verhaltenstraining sich nicht verallgemeinernd auf alle Behinderten gleichermaßen beziehen kann, sondern jeweils die spezifischen Besonderheiten der einzelnen Behinderungsarten einzubeziehen sind. D.h. die Beeinflussung des Umgangsverhaltens ist jeweils nur ganz spezifisch möglich im Hinblick auf den Umgang mit den verschiedenen Formen der Körperbehinderten, Sprachbehinderten, Blinden, Gehörlosen, Lernbehinderten, geistig Behinderten und psychisch Auffälligen. Spätestens an dieser Stelle werden die Grenzen deutlich für die mit Massenkommunikation zu erreichenden Ziele. Weiterhelfen können hier eher die verschiedenen methodischen Ansatzpunkte der personalen Kommunikation.



„Behinderte im Alltag“ ist der Titel dieser Wanderausstellung, die lokalen Gruppen eine Gelegenheit gibt, direkte Kontakte zwischen Behinderten und Nichtbehinderten herzustellen.

Evaluierung der Ergebnisse

Die Effekte der bisherigen Maßnahmen systematisch in bezug auf die genannten Ebenen der kognitiven, affektiven und Verhaltenskomponente der Einstellung zu

Dieses Bild wurde dem Falblatt „Besser helfen, mehr erreichen“ entnommen.

kontrollieren, ist methodologisch außerordentlich komplex und schwierig und deshalb auch nur sehr zeitraubend anzugehen.

Was uns tatsächlich vorliegt, sind mehr punktuelle Daten, überwiegend zu dem Bekanntheitsgrad der von der Aktion ausgegangenen Informationen und zu Reaktionen auf vorgegebene Meinungs-Statements.

Die Umfrageantworten aus der 1976 durchgeführten Studie belegen, wie beständig die ablehnende Haltung der Bevölkerung gegenüber dem Personenkreis der Behinderten ist. Danach glauben 70% der



Bevölkerung, daß die meisten Menschen Behinderte gefühlsmäßig ablehnen. Und 75% meinen, daß sich ihre Mitmenschen gegenüber Behinderten unsicher fühlen, weil sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen.

Die 76er Erhebung belegt ebenfalls zum wiederholten Male die geringe Aktualität des Themas in der Bevölkerung. Im Vergleich zu vielen anderen möglichen Themen der gesundheitlichen Aufklärung (32 Wahlmöglichkeiten) interessiert das Thema der „Hilfen und Beratungsstellen für Behinderte“ nur an vorletzter Stelle, und dieses schwache Ergebnis ist auf dem Hintergrund der gleichfalls in der Umfrage ermittelten Angabe zu sehen, nach der 26% der Bevölkerung einen Behinderten in der Verwandtschaft oder Bekanntschaft haben.

Die Ergebnisse zu dem Bekanntheitsgrad der Aktion „Menschen wie wir“ und ihrer wesentlichen Medien liegen etwas besser. Sie besagen aber lediglich, daß die Publizität zu diesem Thema mit einer gewissen Aufmerksamkeit in der Bevölkerung verfolgt wird. Der Vergleich der Befragung von 1975 und 1976 zeigt etwa gleich hohe Ergebnisse. Dies läßt vermuten, daß ein bestimmter, möglicherweise eng zu umschreibender Personenkreis im Sinne des psychologischen Mechanismus der selektiven Wahrnehmung auf die Informationen anspricht. 1975 kannten 9% der Befragten die Wort-Bild-Marke „Jeder ist ein Teil des Ganzen“, 1976 waren es 5%. Die Broschüre „Menschen wie wir“ erschien 1975 17% und 1976 ebenfalls 17% bekannt. Wegen der naheliegenden Verwechslungsgefahr mit anderen zur Behin-

dertenfrage in bezug stehenden Veröffentlichungen in der Bundesrepublik (gibt es z.B. eine sehr beliebte Fernsehsendung zur „Aktion Sorgenkind“), sind manche Prozentpunkte noch von diesen Zahlen abzuziehen.

Der soeben geäußerte Verdacht, daß auf dem Wege über die selektive Wahrnehmung ein bestimmter Personenkreis für die Informationen empfänglich ist und dieser Empfängerkreis die Botschaften wahrscheinlich auch optimal nutzt, findet durch die Analyse der Einzelbestellungen der Medien seine Bekräftigung. Bei dieser Sichtung wurde festgestellt, daß die im weitesten Sinne als „Fachöffentlichkeit“ zu beschreibenden Gruppen vorwiegend unter den Interessenten für das Material zu finden sind. Bestellungen der Broschüren kommen von Mitgliedern der Wohlfahrtsverbände, der sozialen und pflegerischen Berufe, von Rehabilitationskräften, Behinderten-Obleuten in den Betrieben, Laienhelfern, Ärzten und Psychologen, Pfarrern und Pastoren, Lehrern aller Schularten und von Studenten aus den sonder-pädagogischen Bereichen.

Das Phänomen der besseren Nutzung von angebotenen Informationen zeigt sich ebenfalls in dem relativ guten Bekanntheitsgrad des Faltblattes „*Entwicklungs-kalender für Eltern von Kindern bis zu 18 Monaten*“: 11% der Bevölkerung kennen den Entwicklungskalender, obwohl er gezielt nur an Eltern von erstgeborenen Kindern gestreut wird, übrigens mit der Absicht, daß die Eltern eine Fehlentwicklung oder Behinderung ihres Kindes in der Familie frühzeitig erkennen können.

Übergang zu personaler Kommunikation

Bei den genannten Ergebnissen wird der Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit der Aufklärungsmaßnahmen und der tatsächlichen Ich-Beteiligung bei den angesprochenen Bevölkerungsgruppen deutlich. Die größere Effektivität ist jedesmal bei den Medien feststellbar, die mit ihrer gegebenen Information auf die Nutzenerwartungen von speziellen sozialen Gruppen treffen.

Falls diese Erkenntnis stimmt, muß sie erneut eine Diskussion provozieren über die richtige Methode für eine optimale Anlage der Öffentlichkeitsarbeit, die in einer meist uninteressierten breiten Bevölkerung negative Einstellungen modifizieren will.



Mehr als 11 Millionen Menschen kennen diesen Kalender, der Eltern über die normale Entwicklung ihres Kindes bis zum 18. Lebensmonat aufklärt und so zur Früherkennung von Behinderungen beiträgt.

Aus den bisherigen Überlegungen kann dazu folgendes gesagt werden: Mit einer Informationsaktion, gerichtet an die breite Bevölkerung, wird überwiegend nur die erste Stufe des aus der Literatur bekannten Zwei-Stufen-Kommunikationsmodells erreicht. D.h. mit diesen Informationen — unter der Voraussetzung einer langfristigen Breitenwirkung und Impulsdichte — werden in der Hauptsache bereits einschlägig interessierte Gruppen von Multiplikatoren erreicht, die als erste Stufe für die Weiterleitung der Kommunikation an die Basis der Bevölkerung, also der zweiten Stufe, in Betracht kommen. Diese Erfolge ließen sich noch ausbauen, wenn eine größere Schicht von Meinungsführern mit Leitbildfunktion zur Weitervermittlung der Informationen und Kommunikationen an die Bevölkerungsbasis motiviert werden könnte. Hierbei sind vor allen Dingen Meinungsführer aus den fachlichen, den pädagogischen, den politischen, administrativen und journalistischen Räumen von besonderer Bedeutung. Denn der Bürger fühlt sich bei diesem hier zur Diskussion stehenden komplexen Thema als „Laie“ und orientiert sich in seiner Einstellung außerordentlich stark an dem Urteil und dem praktischen Handeln von „Experten“.

Darüber hinaus müssen die Meinungsführer die Funktion von Schrittmachern übernehmen, um die neue Problemsicht aus gesellschaftlichen Reformen in die Bevölkerung hineinzutragen. Der Bürger wird seine traditionell bestimmte normative Werthaltung letztlich nur dann in Richtung auf neue Werte modifizieren, wenn er den Eindruck hat, daß er sich dabei den verändernden sozialen Werten seiner unmittelbaren Umgebung und den sich verändernden gesellschaftlichen Gegebenheiten um ihn herum anpaßt.

Mit der zuletzt skizzierten Multiplikatorenarbeit im Sinne der Beeinflussung von „Sozialisationsagenten“ für den zweiten Kommunikationsschritt in die Bevölkerung stehen wir noch am Anfang. Diese Aufgabe unterliegt überwiegend anderen methodischen Bedingungen. Ein großer Teil davon ist nur durch Kommunikations- und Verhaltensmodifikationen im Sinne der personalen Kommunikation zu leisten.

Ein Versuch der Gesundheitserziehung über das Fernsehen in der CSSR

von Dr. Peter Kliment
Stellvertretender Direktor des Instituts
für Gesundheitserziehung, Bratislava

Die Faktoren, die die Wirksamkeit der in der Gesundheitserziehung eingesetzten Medien bestimmen, bleiben beständig ein aktuelles Thema in theoretischer wie auch in praktischer Hinsicht. Das Wissen über Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen Kommunikationskanäle ermöglicht einen gezielteren und wirkungsvolleren Einsatz dieser Medien.

Schon seit langem untersucht das Institut für Gesundheitserziehung in Bratislava die Faktoren, von denen der Einfluß gesundheitserzieherischer Interventionen durch Massenkommunikation abhängt. Wir sind dabei an dem Punkt angelangt, daß wir die größer werdende Rolle, die diese Medien bei der Sensibilisierung der Menschen und bei der Erweiterung ihres Wissens im Hinblick auf die Gesundheitsthematik spielen, erkennen. Im Prinzip stellt dabei für uns die breite Bevölkerung — d.h. die Gruppe mit einem Durchschnittsrisiko — die Hauptzielgruppe beim Einsatz der Massenmedien dar; wir erkennen allerdings auch die Rolle, die dieser Ansatz bei der Gesundheitserziehung von Gruppen mit bestimmten Risikofaktoren spielt.

Ein experimentelles Fernsehprogramm

In der CSSR wird gegenwärtig das Fernsehen als Hauptquelle gesundheitsrelevanter Informationen für die Bevölkerung angesehen. Es war gerade diese Tatsache, die uns in den vergangenen Jahren veranlaßte, die Probleme, die mit dem Einsatz dieses Mediums in der Gesundheitserziehung zusammenhängen, zu untersuchen. In der Slowakischen Sozialistischen Republik werden die Fernsehaktivitäten im Bereich der gesundheitlichen Information und Erziehung auf der Grundlage eines Jahresvertrages zwischen dem Gesundheitsministerium und dem slowakischen Fernsehen geregelt. Unser Institut tritt dabei als ausführende und beratende Körperschaft auf — eine Rolle, die es ihm ermöglicht, in Verbindung mit der Durchführung von Projekten Forschung zu betreiben.

Anschrift: Institut für Gesundheitserziehung der Slowakei, Martanovicova 6, Bratislava, CSSR.

Im Rahmen der erwähnten Zusammenarbeit sendete das slowakische Fernsehen vor kurzem eine Reihe von 10 halbstündigen Gesundheitsfilmen, deren Zielgruppe Industriearbeiter waren. Das Programm, das über fünf Monate hinweg ausgestrahlt wurde, widmete sich grundlegenden Themen im Hinblick auf Prävention und Gesunderhaltung und beinhaltete auch Lerneinheiten zur Anatomie und Physiologie. Insgesamt wurden 270 Arbeiter in 7 Städten aus jeweils einem großen Industriegebiet zufällig ausgewählt, wobei die Auswahl nicht repräsentativ sein sollte. Die Teilnehmer in jeder Fabrik wurden in zwei Gruppen eingeteilt: 160 Teilnehmer wurden einer experimentellen Gruppe zugeordnet und aufgefordert, die Fernsehprogramme anzuschauen; die verbleibenden 110 Teilnehmer bildeten die Kontrollgruppe und wurden aufgefordert, das Anschauen dieser Programme so weit wie möglich zu vermeiden. Obwohl es während der Dauer der Ausstrahlung hinsichtlich der Intensität des Zuschauens gewisse Schwankungen gab, hielten sich beide Gruppen ziemlich genau an die Anweisungen, und die Differenz hinsichtlich der Betrachtung der Programme blieb mit einem Durchschnitt von 65% Zuschauern in der Experimentalgruppe und 20% in der Kontrollgruppe statistisch signifikant.

Es sollte erwähnt werden, daß beide Gruppen einige gemeinsame Merkmale aufwiesen: in beiden waren die Frauen in der Überzahl (die sich im allgemeinen regelmäßiger für Gesundheitsinformationen durch die Massenmedien interessieren) und Personen mit Abitur oder Fachausbildung; bei den Probanden überwog die Altersgruppe der 20-40jährigen, und es wurde eine starke Beteiligung von Angestellten des Produktions- bzw. technischen Zweiges verzeichnet.

DIE ERGEBNISSE

Der Wissenszuwachs ist gering

Eines der Kriterien der Evaluation war der Wissenszuwachs im Hinblick auf die in den verschiedenen Filmen behandelten Themen. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen mit Mehrfachauswahl (multiple choice) benutzt (für jede Frage gab es 5 mögliche Antworten, von denen nur eine vollkommen richtig war). Diese Fragebögen wurden sowohl vor als auch nach den Filmen eingesetzt, wobei die Fragen der Vorbefragung bei der Nachbefragung umformuliert wurden.

Die Ergebnisse zeigten, daß der durchschnittliche Wissenszuwachs bei allen 10 Programmen unter 0,5% lag. Häufig war eine Verbesserung bei den Antworten auf eine Frage von einer Verschlechterung bei Antworten auf andere Fragen begleitet. Nur in einem einzigen Fall erreichte der Wissenszuwachs 2,3%: dies war der Fall in Verbindung mit dem 9. Film, der sich mit dem menschlichen Gehirn, den geistigen Funktionen und der seelischen Gesundheit beschäftigte. Obwohl die Ergebnisse der Experimentalgruppe besser waren als jene der Kontrollgruppe, war die qualitative Verbesserung lediglich in 4 Fällen statistisch signifikant; die quantitativen Unterschiede erreichten nicht das Niveau statistischer Signifikanz. Somit kann man diese gesundheitserzieherischen und informativen Fernsehserien nicht als wirksames Mittel zur Vermittlung grundlegenden Gesundheitswissens ansehen.

Das Hauptkriterium des Interesses: die Anwendbarkeit im täglichen Leben

Im Rahmen des Projektes wurden die Probanden auch über andere Faktoren befragt, unter anderem über ihre Meinung hinsichtlich der Qualität der betrachteten Fernsehfilme. Die Bewertung jedes einzelnen Filmes wurde anhand von 8 Punkten vorgenommen, und zwar: Verständlichkeit; die Fähigkeit des Filmes, den Zuschauer vom Wert des Gesundheitsschutzes zu überzeugen; das Interesse, das der Film als solcher erregt; der Neuigkeitswert der vermittelten Informationen; der Wunsch, mehr Information über das gegebene Thema zu bekommen; die Anwendbarkeit des Inhalts auf das tägliche Leben: die künstlerische und technische Qualität.

Durch den Vergleich der Ergebnisse erhielten wir Tendenzkurven, die das Vorhandensein oder Fehlen der Korrelation zwischen den Bewertungen der 8 Kriterien widerspiegeln.

Signifikant gleiche Kurven konnten im Hinblick auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen und die Meinungen über die Fähigkeit eines einzelnen Filmes, den Zuschauer von der Bedeutung des Gesundheitsschutzes zu überzeugen, festgestellt werden. Bei einem weiteren Kriterienpaar war die Situation ähnlich: bei der Bewertung des Films als mehr oder weniger „interessant“ und bei der Bewertung des Neuigkeitswertes der vermittelten Informationen. Indessen ist es interessant festzustellen, daß zwischen den Antworten hinsichtlich der Neuigkeit der Information und den Ergebnissen des vor der Sendung durchgeführten Wissenstests keinerlei Korrelation bestand: diese Ergebnisse waren bei allen Themenbereichen mit 12-14% richtigen Antworten relativ konstant. Auch zwischen der Bewertung des Films als „interessant“ und dem Wunsch nach mehr Information zu den behandelten Themen konnte keine Parallele gezogen werden. Andererseits wurde die Häufigkeit dieser Wünsche direkt von der Anwendbarkeit des Programminhalts auf das tägliche Leben beeinflusst. Die Bewertung der künstlerischen und technischen Qualität der Filme stand in keinem engeren Zusammenhang zu irgendeinem der obenerwähnten Kriterien.

Der Streuungsprozeß durch zwischenmenschliche Kommunikation

Um mehr über den Streueffekt zwischen der Massenkommunikation und der persönlichen Kommunikation zu erfahren, baten wir die Probanden anzugeben, mit wem sie die Sendungen während der auf die Sendung folgenden Tage diskutiert hatten. Am häufigsten wurden Familienmitglieder (15-27%) erwähnt, gefolgt von Arbeitskollegen (22-33%) und Freunden und Bekannten. Daraufhin verglichen wir die obenerwähnten Tendenzen bei den Bewertungen des Films mit den Äußerungen über die nach den Sendungen geführten Unterhaltungen. Die Ergebnisse zeigten eine Korrelation zwischen der vermuteten Anwendbarkeit der Information auf das tägliche Leben und der Häufigkeit der Unterhaltungen innerhalb des Familienkreises (etwas mehr) und mit Freunden (etwas weniger, aber vergleichbar).

Wir konnten keine Korrelation zwischen der Häufigkeit der Diskussion mit Arbeitskollegen und den evaluierten Kriterien feststellen.

In den sieben Industriebetrieben, in denen unsere Probanden arbeiteten, wurde auch eine allgemeine Befragung durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden am Arbeitsplatz jedem zugängliche Fragebögen ausgelegt. Wir evaluierten 665 ausgefüllte Fragebögen von Beantwortern, die weder in die Experimental- noch in die Kontrollgruppe gehörten: 95% gaben an, daß sie, während der Film gezeigt wurde, zur zwischenmenschlichen Kommunikation über Fragen des Gesundheitsschutzes angeregt wurden. Eine genauere Analyse der Beschaffenheit dieses zwischenmenschlichen Kommunikationsprozesses wurde jedoch dadurch erschwert, daß 45% der befragten Personen Familien angehörten, zu denen auch regelmäßige Zuschauer unserer Filme gehörten.

Vorliebe für bestimmte Medien: die Ergebnisse sind widersprüchlich

Wir benutzten diese Befragung auch, um ein Profil über die Einstellung zu den verschiedenen Medien zu entwickeln. Die Antworten der meisten Probanden zeigten eine Bevorzugung des Arztes als Quelle medizinischen Basiswissens (1234), ausgedrückt in Indexpunkten; nahezu die gleiche Anzahl vertrat die Ansicht, daß es am besten wäre, dieses Wissen in der Schule vermittelt zu bekommen. Von 11 möglichen Plätzen konnte das Fernsehen den 3. Platz (886), Zeitschriften den 7. Platz (403) und das Radio den 10. Platz (168) einnehmen.

Auf Befragung über die Quelle ihrer Basiskenntnisse zu Gesundheitsfragen gaben die Befragten jedoch an, daß sie den größten Teil ihres Wissens in der Schule erlangt hätten; die zweitwichtigste Quelle waren Bücher, Broschüren und ähnliche Materialien (764), gefolgt von personaler Kommunikation innerhalb der Familie (673). An 4. Stelle kamen Ärzte und Krankenschwestern (668) und an 5. Stelle stand der Arbeitsplatz (501) gefolgt vom Fernsehen (500). Noch niedriger lagen die Presse (465) und das Radio (155).

Diese Äußerungen über die Quellen der medizinischen Grundkenntnisse stehen weder mit den Ergebnissen in der Literatur in Einklang noch mit denen einiger unserer eigenen Untersuchungen, die sich mit den Quellen medizinischer Information im allgemeinen befaßten. In diesem Zusammenhang möchten wir die von Novak 1973 in der CSSR durchgeführte Repräsentativumfrage erwähnen, die die Reihenfolge Fernsehen, Presse, Radio und Arzt ergab.

Unter Berücksichtigung der begrenzten Größe der Gruppen ist es nicht möglich, methodologische Generalisierungen aus diesen Ergebnissen abzuleiten. Sie können jedoch Anreiz sein für zukünftige Untersuchungen zum Thema der Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung durch die Massenmedien.

Der Tabakkonsum in Frankreich: Bilanz einer ersten nationalen Aufklärungskampagne

von **Françoise Buhl**

Geschäftsführerin des französischen Komitees
für Gesundheitserziehung, Paris

Der ständig zunehmende Tabakkonsum, dessen negative Auswirkungen auf die Gesundheit inzwischen allgemein bekannt sind, hat das französische Gesundheitsministerium veranlaßt, eine breit angelegte Aktion gegen diesen Risikofaktor zu starten. Diese Aktion, die gesetzliche Maßnahmen mit einer Aufklärungskampagne in der Öffentlichkeit verbindet, die der Verantwortlichkeit des Französischen Komitees für Gesundheitserziehung unterstellt ist, wurde langfristig angelegt. Eine erste Phase erstreckte sich von September 1975 bis November 1976; weitere folgten in den Jahren danach; eine erste Bilanz erscheint bereits jetzt angebracht, um die Zielrichtung späterer Aktionen bestimmen zu können.

Der Verlauf der Kampagne

Chronologisch lassen sich drei Phasen unterscheiden.

Zunächst eine Phase der Sensibilisierung, die im September 1975 mit einer Pressekonferenz der Gesundheitsministerin Mme. Simone Veil begann, und die in den meisten Informationsmedien großen Widerhall fand; am Ende des Jahres 1975 folgten einige vom Fernsehen ausgestrahlte Aufrufe.

Dann das am 09. Juli 1976 vom Parlament verabschiedete Gesetz zur Einschränkung der Tabakwerbung sowie zum besseren Schutz der Rechte der Nichtraucher.

Schließlich folgte die eigentliche Aufklärungskampagne, die das französische Komitee vom 01. Oktober bis zum 30. November 1976 durchgeführt hat. Es wurden die wichtigsten Massenkommunikationsmittel eingesetzt, und die Kampagne konnte über ein Budget von 2,5 Millionen Francs* verfügen. Die Höhe der eingesetzten Mittel rechtfertigte es, daß die Auswertung der Ergebnisse mit besonderer Sorgfalt vorgenommen wurde.

Anschrift: Comité français d'Education pour la Santé, 9 rue Newton, 75116 Paris, France.

* Die Ausgaben sind vom Gesundheitsministerium und den Sozialversicherungsträgern finanziert worden; das Nationale Komitee zur Bekämpfung des Tabakkonsums und das Nationale Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Atemkrankheiten haben ihrerseits 400 000 FF dazu beigetragen.

Die Ziele dieser ersten Phase

Mit der Vorbereitung der Kampagne war eine Gruppe von Tabak- und Informationsexperten beauftragt, der es in dieser ersten Phase zunächst einmal darum ging, mit einer *breit angelegten Aufklärungskampagne* die *Gesamtbevölkerung* vor den verhängnisvollen Folgen des Tabaks auf die Gesundheit zu warnen.

Unter diesem Aspekt wurden vier Schwerpunkte festgelegt:

1. Raucher und Nichtraucher von den Gefahren des Tabaks für den Raucher selbst und seine Umgebung zu überzeugen;
2. das Verhältnis Raucher-Nichtraucher zu verändern, um es letzteren zu ermöglichen, ihre Rechte geltend zu machen;
3. das häufig zu hoch bewertete Image des Rauchers abzubauen;
4. die Raucher zu veranlassen, ihren Tabakkonsum einzuschränken oder einzustellen, ohne sie dabei auf eine bestimmte Methode der Entwöhnung festzulegen.

Während das Problem des Tabakkonsums sehr allgemein angegangen wurde, galt doch zwei Bevölkerungsgruppen ein ganz besonderes Interesse: den Jugendlichen und den werdenden Müttern. Aus diesem Grunde waren drei der neun Fernsehspots besonders an die Jugendlichen und einer an die werdenden Mütter gerichtet. Von den 18 Radiospots wandten sich 4 hauptsächlich an Jugendliche und zwei an werdende Mütter.

Die eingesetzten Mittel

Der gesetzliche Rahmen

Das am 09. Juli 1976 vom Parlament verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung des Tabakkonsums steckt den zur Unterstützung und Verstärkung der Aufklärung der Öffentlichkeit unabdingbaren gesetzlichen Rahmen ab. Das Gesetz dessen Wortlaut auf Seiten 107-109 wiedergegeben ist, beschränkt sehr drastisch die Werbe- und Reklamemöglichkeiten für Tabakwaren. Es sieht eine Aufklärungskampagne in den Schulen und in der Armee vor. Außerdem muß innerhalb einer Zweijahresfrist auf jeder Zigarettenpackung die genaue Zusammensetzung angegeben sowie eine Aufschrift mit einer Warnung vor den Gefahren des Tabaks enthalten sein. Und schließlich soll das Rauchen in bestimmten öffentlichen Gebäuden verboten werden.

Die eingesetzten Informationsmittel

Bezeichnend für die Kampagne war der umfassende Einsatz aller Massenmedien: Fernsehen, Radio, Plakate, Faltprospekte. Die Tafel auf Seite 104 gibt einen Überblick über die Bemühungen des französischen Komitees um allgemeine Aufklärung.

Im folgenden einige Einzelheiten darüber, wie diese Mittel eingesetzt wurden:

- die neun Fernsehspots wurden vom ersten (TF1) und zweiten Programm (Antenne 2) des französischen Fernsehens gesendet. Jeder Spot, mit einer kurzen Darstellung eines bestimmten Themas, wurde in die für die Werbung vorgesehenen Programmlücken zu Zeiten höchster Einschaltquoten eingeschoben. 40 Millionen Zuschauer sollten erreicht werden: die Zahl der tatsächlich erreichten wird auf 37 Millionen geschätzt und die Anzahl der Kontakte auf 700 Millionen.

TABELLE 1: ÜBERBLICK ÜBER DIE IN DER ZEIT VOM 1. OKTOBER
BIS 30. NOVEMBER 1976 ANGEWANDTEN INFORMATIONSMITTEL

<i>Eingesetzte Medien</i>	<i>Fernsehen</i>	<i>Radio</i>	<i>Stadtplakatierung</i>	<i>Prospekte Aufkleber</i>
Art und Anzahl der Mitteilungen:	9 Spots von 20 Sekunden	18 Spots von 20 Sekunden	1 Plakat 3 x 4 m	1 Aufkleber 40 x 60 cm 1 Prospekt
Verteilung:	87 Sendungen	330 Sendungen	100 Plätze	200 000 Aufkleber 2 Mio. Prospekte
Verteilerkanäle:	2 Programme	5 Stationen	Wandplakatierung in Paris	Schulische Einrichtungen, Armee, Apotheken, Rathäuser, Jugendheime, Postgebäude, u.a. Zentren der Telekommunikation

- Die Radiospots ihrerseits wurden von 5 Stationen gesendet. Im ganzen wurden 330 Sendungen ausgestrahlt, mit einer angestrebten Zuhörerzahl von 40 Millionen Personen; die Zahl der erreichten Personen wird auf 31 Millionen geschätzt; das entspricht einer Zahl von 290 Millionen Kontakten.
- Die durch Plakate erreichten Kontakte werden auf 41 Millionen geschätzt.

Parallelveranstaltungen

Während der Kampagne haben das französische Komitee, die Bezirks- und Kreiszentren zur Gesundheitserziehung sowie zahlreiche Vereine Veranstaltungen zum Thema des Rauchens organisiert.

Hier einige Beispiele:

- *Wettbewerbe*: An einem, vom französischen Komitee veranstalteten Radio-Wettbewerb zum Thema: „Wie kann ich das Rauchen einstellen?“ beteiligten sich 2.000 Hörer; 20 Antworten wurden prämiert. Viele Schulen haben die Kampagne genutzt, um Plakat- oder Sloganwettbewerbe über den Tabak und seine Folgen auszuschreiben.
- *Eine Ausstellung*: Der „Salon de l'Enfance“ (Salon des Kindes), die „Foire de Paris“ (Pariser Messe) und das Gesundheitsministerium haben die Schirmherrschaft über eine vom französischen Komitee durchgeführte Ausstellung übernommen. Es ist eine Wanderausstellung, die ihren Standort bereits gewechselt hat, und für deren weitere Vermittlung die Bezirks- und Kreiszentren zuständig sind.
- *Vorträge und Diskussionen*: Die Kampagne gab zu vielen Diskussionsveranstaltungen Anlaß, die in der nationalen und regionalen Presse grossen Widerhall fanden.

Andere Nebeneffekte der Kampagne

Die gesamte Presse hat sich weitgehend zum Sprachrohr der Kampagne gemacht: So wurden von 1975-1976 ca. 2500 Artikel über den Tabakkonsum veröffentlicht.

Darüber hinaus war das Thema Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten, darunter einige medizinische Doktorarbeiten.

Es ist unmöglich, die Gesamtheit der Aktivitäten, die sich im Zusammenhang mit der Kampagne entwickelt haben, im Detail wiederzugeben; sie waren in jedem Fall sehr zahlreich.

Die Reaktion auf die Kampagne

Eine Reihe von Untersuchungen und Umfragen wurden durchgeführt, um das Interesse und die Aufnahmebereitschaft der verschiedenen von der Kampagne betroffenen Bevölkerungsgruppen zu bewerten.

Die Erwachsenen

Im Dezember 1976 durchgeführte Repräsentativumfragen bei 1000 Personen im Alter von 18 Jahren und älter sowie bei 450 Fernsehzuschauern, die älter als 15 Jahre waren, ergaben:

- 88% aller Erwachsenen und 90% der erwachsenen Raucher hatten von der Kampagne erfahren: davon 90% durch das Fernsehen, 69% durch das Radio, 55% durch Plakate in öffentlichen Gebäuden, 53% durch Zeitungen oder Zeitschriften.
- Nur 37% der Erwachsenen, die von der Kampagne erfahren hatten, nannten Prospekte und Broschüren.
- 78% der befragten Fernsehzuschauer befürworteten die Kampagne.

Die Jugendlichen

Eine im Dezember 1976 durchgeführte Umfrage bei einer Stichprobe von 300 Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren ergab:

- 75% der befragten Jugendlichen waren über die Kampagne informiert; als Informationsquelle nannten 90% von ihnen das Fernsehen und 55% das Radio, 60% hingegen Plakate und Aufkleber, 48% die Presse und nur 27% Prospekte und Broschüren.

Das Erziehungsministerium hat eine Umfrage in den sechsten und fünften Klassen von 13 Schulen durchgeführt:

- 84% der befragten Schüler beurteilten die Kampagne als sinnvoll, 17% haben darüber mit ihren Klassenkameraden diskutiert, 18% mit ihren Lehrern und 48% mit ihren Eltern.

Eine andere Umfrage ist bei 2.000 Schülern im Alter von 12 bis 15 Jahren in der Gegend von Bordeaux gemacht worden; die Ergebnisse behandelt der nachfolgende Artikel.

Die werdenden Mütter

Um auch nur annähernd einschätzen zu können, wie die Kampagne von diesem Teil der Bevölkerung aufgenommen wurde, hat das französische Komitee im Jahre 1977 265 junge Mütter in 13 staatlichen Entbindungsanstalten im Umkreis von Paris befragt. Obwohl es sich hierbei nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt, hatten 91% der Entbundenen von der Kampagne gehört. 96% von ihnen erinnerten sich, daß ein Teil der Aufklärungskampagne den Gefahren des Rauchens für die werdende Mutter gewidmet war.

Abschließend kann festgestellt werden, daß die Kampagne einen grossen Teil der Bevölkerung erreicht hat und daß sie als positiv begrüßt worden ist.

Wie abzusehen war, waren Radio und Fernsehen (besonders für die Erwachsenen) die wichtigsten Informationsträger, aber auch die Plakate (besonders für die Jugendlichen) und die Presse sind sehr häufig erwähnt worden; dagegen scheinen die Faltprospekte eher unbeachtet geblieben zu sein — vielleicht aufgrund zu geringer Streuung.

Sind die gesteckten Ziele erreicht worden?

Um den Einfluß der Kampagne auf die Entwicklung der öffentlichen Meinung, der Kenntnisse und Verhaltensweisen zu messen, wurden zwei Umfragen mit identischem Fragenkatalog durchgeführt, eine vor September 1976, die andere im Dezember nach der Kampagne. Weitere gleichartige Umfragen werden regelmäßig folgen, um diese Entwicklung langfristig zu beobachten. Betrachten wir zunächst die von September auf Dezember 1975 registrierten Veränderungen im Hinblick auf die gesteckten Ziele.

1. Raucher und Nichtraucher von den Gefahren des Tabaks für den Raucher selbst und seine Umgebung zu überzeugen

Im Dezember 1976 sahen 56% der Erwachsenen gegenüber 51% im September die Gefahrenschwelle beim Zigarettenkonsum bei weniger als einer Packung pro Tag (Zunahme 5%). Bei den Jugendlichen betrug der Prozentsatz 40% gegenüber 33% vor der Kampagne (Zunahme 7%).

Auch die Umfragen bei den werdenden Müttern weisen auf eine positive Entwicklung hin: vor der Kampagne hielten 35% der befragten Frauen den Tabakkonsum für sehr gefährlich für das ungeborene Kind; nach der Kampagne sind es 41% (Zunahme 6%). Von den Frauen, die während der Schwangerschaft das Rauchen eingestellt hatten, beabsichtigten nach der Kampagne 59% gegenüber 43% davor, das Rauchen nicht wieder anzufangen (Zunahme 16%).

Im Dezember 1976 betrachten 52% der befragten Erwachsenen gegenüber 48% im September den Tabak als echten Risikofaktor für die Gesundheit des Nichtrauchers, der dem Rauch ausgesetzt ist (Zunahme 4%). Am größten war die Meinungsänderung bei den Rauchern: waren es vorher 41%, sind es jetzt 49%, d.h. 8% mehr nach der Kampagne.

2. Das Verhältnis Raucher-Nichtraucher zu verändern

Im Dezember 1976 behaupteten 64% der erwachsenen Raucher gegenüber 60% im September, beim Anzünden einer Zigarette darauf zu achten, niemanden zu stören (Zunahme 4%).

3. Das positive Image des Rauchers abzubauen

Im Dezember 1976 betrachteten 60% der Erwachsenen den Raucher als Schwächling; im September waren es 54% (Zunahme 6%). Bei den Rauchern waren es nach der Kampagne 48% gegenüber 43% zuvor (Zunahme 5%) und bei den Nichtrauchern 69% gegenüber 62% (Zunahme 7%). Bei den Jugendlichen belief sich der Unterschied auf 10% (62% gegenüber 52%). Er betrug 14% bei den jugendlichen Nichtrauchern und 2% bei den jugendlichen Rauchern.

4. Die Raucher zu veranlassen, das Rauchen ganz oder teilweise einzustellen

Die Zahl der erwachsenen Raucher hat abgenommen: 41% im Dezember gegenüber 44% im September 1976 (Abnahme 3%). Bei den Jugendlichen ist der Erfolg geringer: 29% im Dezember gegenüber 30% im September (Abnahme 1%).

Andererseits erklärten 15% der erwachsenen Raucher und 16% der jugendlichen Raucher, daß sie ihren täglichen Zigarettenkonsum seit Beginn der Kampagne eingeschränkt haben.

Der Rückgang des Zigarettenverkaufs in Frankreich bestätigt diese Ergebnisse. Im letzten Vierteljahr des Jahres 1976 wurden 4,2% weniger Zigaretten verkauft als im vergleichbaren Zeitraum im Jahre 1975. Im ganzen Jahr 1976 ist der Verkauf von Tabakerzeugnissen im Verhältnis zum Vorjahr um 1,9% zurückgegangen, während bis dahin die jährliche Zuwachsrate 5% betrug.

Man kann also aus diesen verschiedenen Umfragen schließen, daß die mit der Kampagne angestrebten Ziele im großen ganzen erreicht worden sind, denn

- die Gefahren des Rauchens scheinen besser bekannt zu sein;
- die Rechte des Nichtraucher sind merklich verbessert worden;
- das Image des Rauchers ist von seinem Mythos befreit worden;
- die Zahl der Raucher hat abgenommen, und ein großer Prozentsatz der erwachsenen und jugendlichen Raucher hat den Tabakkonsum eingeschränkt.

Diese ermutigenden Ergebnisse fordern dazu auf, die Aktion weiterzuführen, denn selbstverständlich ist das erreichte nie endgültig. Schon jetzt werden neue Richtlinien ausgearbeitet, um diese erste Phase zu verlängern und in den folgenden Jahren zu intensivieren.

WORTLAUT DES GESETZES ZUR BEKÄMPFUNG DES TABAKKONSUMS

Die Nationalversammlung und der Senat haben das Gesetz verabschiedet.

Der Präsident der Republik gibt das Gesetz folgenden Wortlautes bekannt:

Art. 1: Tabakprodukte im Sinne des Gesetzes sind alle Erzeugnisse, die zum Rauchen, Schnupfen oder Kauen bestimmt sind, sobald sie, wenn auch nur teilweise, aus Tabak bestehen.

Verordnungen hinsichtlich der Reklame und Werbung.

Art. 2: Jedwede Reklame oder Werbung für Tabak und Tabakerzeugnisse ist untersagt:

1. mittels Radio- oder Fernsehsendungen, Tonbandaufnahmen oder anderer drahtloser Übertragungsmöglichkeiten;
2. mittels Projektion oder Anzeigen in Vorführräumen und anderen öffentlichen oder der Öffentlichkeit zugänglichen Gebäuden;
3. mittels Plakaten, Reklametafeln, Prospekten und beleuchteten oder unbeleuchteten

Reklameschildern; Ausgenommen von diesen Verordnungen sind Plakatwerbungen, Anschlagtafeln, beleuchtete oder unbeleuchtete Reklameschilder innerhalb von Tabakläden und Schilder und Anzeigetafeln, die auf diese Einrichtungen hinweisen;

4. mittels Verbreitung über Luft-, Fluß- oder Seeweg.

Art. 3: Die Reklame oder Werbung für andere Produkte als Tabak oder Tabakerzeugnisse darf weder durch Wort oder Schrift noch durch ihre Darstellung oder jedes andere Vorgehen indirekte oder versteckte Reklame oder Werbung für Tabak oder Tabakerzeugnisse enthalten.

Art. 4: Es dürfen keine Gegenstände des täglichen Ge- oder Verbrauchs, die den Namen, die Marke oder das Werbezeichen eines Tabakproduktes oder den Namen eines Produzenten, Herstellers oder Händlers von Tabak oder Tabakprodukten tragen, gegen Entgelt oder unentgeltlich angeboten, abge-

geben oder verteilt werden, wenn sie nicht dem unmittelbaren Verbrauch von Tabak oder Tabakerzeugnissen dienen. Die im obigen Absatz beschriebenen Verbotsregelungen gelten nicht für diejenigen Gegenstände, die unter den Namen, Marken oder Zeichen von Tabakprodukten vor dem 1. April 1976 auf den Markt gekommen sind.

Art. 5: Das unentgeltliche Anbieten, Abgeben, Verteilen von Tabak oder Tabakproduktion zu Werbe- oder Reklamezwecken ist untersagt.

Art. 6: In Schule und Armee wird eine prophylaktische und psychologische Gesundheitsaufklärung erteilt werden.

Art. 7: Untersagt ist jedwede Reklame oder Werbung für Tabak oder Tabakprodukte und Rauchwaren in den Publikationen, die in Art. 1, Abs. 1, des Gesetzes vom 16. Juli 1949 über Jugendliteratur definiert sind.

Art. 8: In den Fällen, in denen die Reklame oder Werbung für Tabak oder Tabakerzeugnisse erlaubt ist, darf sie nur den Namen des Produktes, dessen Zusammensetzung, den Namen und die Anschrift des Herstellers oder gegebenenfalls des Verteilers enthalten, und darf grafisch oder fotografisch nur das Produkt, seine Verpackung und das Markenzeichen darstellen.

Tabak und Tabakerzeugnisse dürfen nur dann in den Handel gebracht werden, wenn auch die Aufmachung den Vorschriften des ersten Absatzes entspricht.

Die jährlich in der Presse eingesetzte Werbefläche für Tabak oder Tabakerzeugnisse darf den Durchschnittswert der in den Jahren 1974 und 1975 in dieser Presse verwendeten Fläche nicht überschreiten. Ein Erlaß des Staatsrats wird je nach Art der Publikation, vor allem in Abhängigkeit von der Häufigkeit des Erscheinens, die Grenzen festsetzen, die dann in den jeweiligen Publikationen eingehalten werden müssen.

Art. 9: Innerhalb einer Frist von zwei Jahren muß jede Verpackungseinheit Zigaretten mit einer Aufschrift über die genaue Zusammensetzung versehen sein; ausgenommen sind Angaben und Hinweise über diejenigen Substanzen, die gegebenenfalls erst über den Verbrennungsvorgang des Tabaks entstehen. Der durchschnittliche Nikotin- und Teergehalt sowie andere beim Verbrennungsvorgang lösbare, im Produkt befindliche Substanzen

müssen unter den allgemeingebräuchlichen Bedingungen auf jeder dieser Verpackungseinheiten vermerkt werden.

Ein Erlaß des Gesundheitsministeriums wird die Liste der angabepflichtigen Substanzen festlegen sowie die Bedingungen, unter denen das Vorhandensein dieser Substanzen und Bestandteile zu bestimmen ist.

In einer Frist von zwei Jahren muß jede Verpackungseinheit Zigaretten oder anderer Tabakprodukte mit der deutlich lesbaren Aufschrift: „Mißbrauch gefährlich“ versehen sein.

Art. 10: Produzenten, Herstellern und Händlern von Tabak oder Tabakerzeugnissen ist es untersagt, die Schirmherrschaft über sportliche Veranstaltungen zu übernehmen; die Organisatoren solcher Veranstaltungen dürfen eine derartige Schirmherrschaft nicht annehmen.

Es ist untersagt, bei sportlichen Veranstaltungen den Namen, die Marke oder das Werbezeichen eines Tabakerzeugnisses oder den Namen eines Produzenten, Herstellers oder Händlers von Tabak oder Tabakerzeugnissen in irgendeiner Form in Erscheinung treten zu lassen.

Die Ausführungen dieses Artikels gelten nicht für sportliche Veranstaltungen für Motorfahrzeuge; eine Liste darüber wird durch interministeriellen Erlaß aufgestellt werden.

Dieser Erlaß wird auch die Bedingungen festlegen, unter denen bei solchen Veranstaltungen die Schirmherrschaft, die Beteiligung und die eventuelle Erwähnung von Namen, Marken oder Zeichen erlaubt sind.

Art. 11: Produzenten, Herstellern und Händlern von Tabak oder Tabakerzeugnissen ist es untersagt, die Schirmherrschaft für Veranstaltungen zu übernehmen, die sich an Kinder oder Minderjährige wenden.

Art. 12: Jede Person, die den Verordnungen des vorliegenden Paragraphen zuwiderhandelt, wird mit 30.000 bis 300.000 FF bestraft. Im Wiederholungsfalle kann sich die Strafe verdoppeln, und das Gericht kann den Verkauf von Tabakerzeugnissen, die Gegenstand einer ungesetzmäßigen Werbung oder Zuwiderhandlung im Sinne der vorangegangenen Artikel waren, während einer Dauer von ein bis fünf Jahren verbieten.

Die Verwaltungsbehörden können unmittelbar nach Feststellung einer Überschreitung

des vorliegenden Gesetzes alle Maßnahmen zur Unterbindung oder Einschränkung der gegen das Gesetz verstößenden Reklame oder Werbung treffen.

Art. 13: Bei Überschreitung einer Verordnung des vorliegenden Paragraphen von seiten eines der unter Artikel 2 (1) erwähnten Medien werden die Verantwortlichen der Sendungen oder Aufnahmen sowie die Direktoren der entsprechenden Anstalten, die Direktoren oder Verwalter der Unternehmen, die die Sendungen oder Aufnahmen in Auftrag gegeben haben, strafrechtlich verfolgt, sobald die Radio- oder Fernsehsendungen, auch wenn sie außerhalb der Landesgrenzen produziert wurden, in Frankreich empfangen werden.

Art. 14: Bei Überschreitung der Verordnungen des vorliegenden Paragraphen von seiten der Presse werden die in Artikel 285 des Strafgesetzbuches aufgezählten Personen unter den in demselben Artikel vorgesehenen Bedingungen strafrechtlich verfolgt.

Art. 15: Auch die Personen, auf deren Betreiben die ungesetzliche Werbung, Reklame oder Zuwiderhandlung begangen worden ist, werden als Haupturheber strafrechtlich verfolgt.

Sonstige Verordnungen

Art. 16: Unbeschadet der der polizeilichen Verfügungsgewalt unterstehenden Maß-

nahmen zur öffentlichen Sicherheit, Ruhe und Gesundheitspflege, wird der Staatsrat per Verordnung die Bedingungen festlegen, unter denen Rauchverbote in den für die öffentliche Nutzung bestimmten Räumen, wo das Rauchen gesundheitsschädigende Konsequenzen haben kann, erlassen werden. In den Räumen oder Fahrzeugen, in denen deutlich voneinander getrennte Raucher- und Nichtraucherabteile vorgesehen sind, darf der Raum für die letzteren nicht kleiner als die Hälfte des Ganzen sein.

Art. 17: Arzneimittel im Sinne der Bestimmungen des Bandes V des öffentlichen Gesundheitsrechts sind alle Produkte, die mit dem Hinweis angeboten werden, daß sie das Rauchbedürfnis unterdrücken und die Tabaksucht abbauen.

Art. 18: Die in Artikel 12 vorgesehenen Sanktionen sind erst nach Ablauf eines Jahres, vom Tage des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes an, anwendbar; dies gilt auch für Reklame- und Werbeverträge, die vor dem 01. April 1976 geschlossen wurden.

Die im Artikel 10, Abs. 1 beschriebenen Verordnungen sind erst nach Ablauf eines Jahres, vom Tage der Bekanntmachung des vorliegenden Gesetzes an, anwendbar. Das vorliegende Gesetz ist Staatsgesetz.

Erstellt in Paris, am 09. Juli 1976

Umfrage bei 2.000 Jugendlichen über die Auswirkung der Raucherentwöhnungskampagne in Frankreich

von Prof. Paul Fréour¹

Professor an der Klinik für Pneumophysiologie
Universität von Bordeaux II

Wir haben eine Fragebogenaktion*) bei 2.000 Jugendlichen, Schülern aus Bordeaux und der Gironde, in 12 verschiedenen Bildungsanstalten durchgeführt: sieben Gymnasien, davon vier in ländlicher Umgebung und drei in Bordeaux, fünf Realschulen, davon zwei in ländlicher Umgebung und drei in Bordeaux. Wir hielten es für richtig, uns auf zwei Altersgruppen zu beschränken: die Kinder der sechsten und fünften Klassen mit einem Durchschnittsalter von 12 und 13 Jahren und die Jugendlichen der vorletzten und Abschlußklassen mit einem Durchschnittsalter von 14 und 15 Jahren.

Die Schüler wurden 5 Wochen nach Beendigung der Kampagne im Januar 1977 befragt. Unmittelbar nach Verteilung der Fragebögen antworteten die Schüler in der Klasse vor unseren Augen. Es wurden immer einige Erklärungen gegeben und eventuelle Fragen beantwortet.

DIE ERGEBNISSE

Der Tabakkonsum der Jugendlichen

Unter „Raucher“ verstehen wir Schüler, die regelmäßig, sei es auch nur eine Zigarette, rauchen. Tabelle I zeigt den Tabakkonsum der Schüler, je nach Klassen- und Geschlechtszugehörigkeit.

¹ Der Artikel ist dem *Internationalen Journal für Gesundheitserziehung* entnommen; Co-Autoren sind: Paul Coudray, Michel Bernadou, J.-F. Tessier, J.-P. Gachet, J.-C. Labardie, J.-P. Dones et Gérard Sandou.

*Der Fragebogen enthielt die folgenden acht Fragen: (1) Sehen Sie regelmäßig fern? (...ja...nein...o.A.) (2) Ist Ihnen dabei in den letzten Wochen etwas Besonderes in bezug auf das Rauchen aufgefallen? (...ja...nein...o.A.) – Wenn ja, in welchem Moment? – Was genau haben Sie gesehen? – Welche Bilder? – Welchen Kommentar? – Fanden Sie es interessant? – Welches Gefühl hat es bei Ihnen hinterlassen? (3) Hören Sie regelmäßig Radio? (...ja...nein...o.A.) (4) Haben Sie in den letzten Wochen etwas Besonderes in bezug auf das Rauchen gehört? (...ja...nein...o.A.) – Wenn ja, in welchem Moment? – Auf welchem Sender? – Was genau haben Sie gehört? – (5) Haben Sie dieses Plakat schon einmal gesehen? (...ja...nein...o.A.) – Wenn ja, wo? – Was stellt es dar? – Was halten Sie davon? – (6) Raucht Ihr Vater? (...ja...nein...o.A.) (7) Raucht Ihre Mutter? (...ja...nein...o.A.) (8) Rauchen Sie? (...ja...nein...o.A.)

Anschrift: 26 rue Millière, 33000 Bordeaux, France.

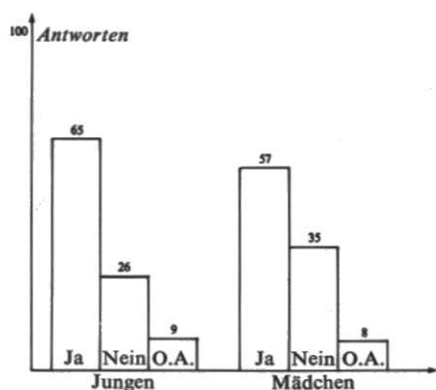


FIG. 1: ANTWORTEN AUF DIE FRAGE, OB JUGENDLICHE ETWAS ZUM THEMA RAUCHEN IM FERNSEHEN WAHNGENOMMEN HABEN

O.A. = ohne Antwort

Man kann feststellen, daß schon von der sechsten Klasse an ein beachtlicher Prozentsatz der Jugendlichen raucht, ein Prozentsatz, der in den vorletzten und Abschlußklassen sehr schnell ansteigt. Es ist weiterhin zu bemerken, daß die Mädchen zwar in der sechsten und fünften Klasse weniger rauchen, daß sie aber die Jungen in der vorletzten und Abschlußklasse eingeholt haben. Vergleichen wir die Ergebnisse in bezug auf den Tabakkonsum in den Schulen ländlichen Milieus mit denen in städtischem Milieu, stellt sich heraus, daß sie praktisch gleich sind.

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß der Tabakkonsum der Eltern von beträchtlichem Einfluß auf den der Kinder ist. Die Zahlen der Tabelle II veranschaulichen diesen Zusammenhang. Sie beweisen eindeutig, daß der das Kind am stärksten gefährdende Faktor sein Familienmilieu, d.h. die „Raucherfamilie“ ist.

Der Einfluss der Fernsehkampagne

Das Fernsehen wird von den Schülern sehr regelmäßig verfolgt: 75% der Jungen und 68% der Mädchen sehen gewohnheitsmäßig fern.

TABELLE I: HÄUFIGKEITSGRAD DER RAUCHER IN JEDER KLASSE UND NACH GESCHLECHT (in Prozent)

Klassen	Sechste	Fünfte	Vorletzte	ABSCHLUSSKLASSEN	
				Literatur	Naturwissenschaft
Jungen	13%	20%	41%	60%	43%
Mädchen	7%	8%	45%	50%	41%

TABELLE II: EINFLUSS DES ZIGARETTENKONSUMS DER ELTERN AUF DEN DER SCHÜLER (in Prozent)

	Jungen	Mädchen
Kein Elternteil raucht	26%	29%
Ein Elternteil raucht	28%	29%
Beide Elternteile rauchen	41%	39%

Auf die Frage: „Haben Sie in den letzten Wochen im Fernsehen etwas Besonderes in bezug auf das Rauchen bemerkt?“ wurden folgende Antworten gegeben: 65% der Jungen und 57% der Mädchen haben irgendein Element der Kampagne bemerkt. Der Einfluß des Fernsehens ist bei den regelmäßigen Fernsehzuschauern (70%) sehr viel höher als bei den unregelmäßigen Zuschauern (47% bei den Jungen).

Tabelle III gibt darüber Aufschluß, welche der Themen der Fernsehspots im Gedächtnis haften geblieben sind. Diese Tabelle scheint uns besonders deshalb interessant, weil sie nach unserer Meinung deutlich zeigt, welche der Themen zukünftig aufgrund ihrer Wirksamkeit bei der Jugend wieder aufgenommen werden sollten. Wenn wir nun die Antworten nach Geschlechtszugehörigkeit unterscheiden, erhalten wir, wie aus Tabelle IV ablesbar, ein anderes Bild.

Selbstverständlich war vielen Schülern „irgend etwas“, das die Kampagne berührte, aufgefallen, aber sie konnten sich nicht an ein genaues Thema erinnern; umgekehrt haben einige Schüler mehrere Themen genannt; das waren allerdings sehr wenige. So z.B. haben

- 41% kein Thema genannt (46 Jungen, 36 Mädchen);
- 45% ein Thema genannt (43 Jungen, 46 Mädchen);
- 10% zwei Themen genannt (8 Jungen, 13 Mädchen);
- 4% drei Themen genannt (3 Jungen, 5 Mädchen).

TABELLE III: HÄUFIGKEITSFOLGE DER ERKANNTEN UND BEHALTENEN THEMEN

	<i>Themen</i>	<i>Zahlen</i>
1.	Die Rechte des Nichtraucher	173
2.	Die werdende Mutter	160
3.	Tabak und Umweltverschmutzung	127
4.	Der kalte Aschenbecher	120
5.	Das Kind, das auf Aufforderung raucht	100
6.	Kinder in verrauchter Umgebung	75
7.	Raucherentwöhnung	50
8.	Vergiftung	47
9.	Äußerungen von Nichtrauchern	33
	Gesamt:	885

TABELLE IV: HÄUFIGKEITSFOLGE DER ERKANNTEN UND BEHALTENEN THEMEN NACH GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT

JUNGEN			MÄDCHEN		
	<i>Themen</i>	<i>Zahlen</i>		<i>Themen</i>	<i>Zahlen</i>
1.	Die Rechte der Nichtraucher	68	1.	Die werdende Mutter	108
2.	Der kalte Aschenbecher	61	2.	Die Rechte der Nichtraucher	103
3.	Die werdende Mutter	51	3.	Tabak und Umweltverschmutzung	80
4.	Das aus Nachahmung rauchende Kind	48	4.	Der kalte Aschenbecher	58
5.	Tabak und Umweltverschmutzung	47	5.	Das aus Nachahmung rauchende Kind	51

Von den neun Themen der Fernsehkampagne enthielten sechs einen spezifischen Kommentar: insgesamt erinnerte man sich an diese Kommentare etwas schlechter als an die Bilder. Aber jene, die im Gedächtnis geblieben waren, waren genau die, die sich auf die erinnerten Themen bezogen. Schließlich endete jeder Spot mit einem Slogan: von 100 Schülern wurde dieser Slogan nur 25 mal genannt.

Wie ist diese Kampagne erlebt worden? Sie ist sehr unterschiedlich beurteilt worden, einmal positiv (52%), ein andermal sehr negativ (33%). Die negativen Werturteile wurden übrigens am häufigsten von den Schülern der Abschlußklassen abgegeben.

Vergleicht man nun die Antworten nach städtischer oder ländlicher Herkunft der Schüler, stellt man kaum einen Unterschied fest: Man findet dieselben Themen, dieselben Kommentare und im großen und ganzen dieselben Verhältnisse im Hinblick auf Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen.

Einfluss der Radiokampagne

Entgegen unseren Vermutungen, und obwohl wir im Zeitalter des Transistors leben, ist die Radiokampagne viel weniger bemerkt worden als die Fernsehkampagne.

Die Gewohnheiten unserer Jugendlichen sind folgende: nur 50% hören regelmäßig Radio, nur 37% ausnahmsweise. Es ist bemerkenswert, daß die Zuhörerquote, auch wenn wir nach Jungen und Mädchen oder nach Altersgruppen (sechste oder Abschlußklassen) unterscheiden, ganz und gar unverändert bleibt. Auch der Wohnort beeinflußt nur in sehr geringem Maße die Gewohnheiten: vielleicht wird auf dem Lande ein wenig mehr Radio gehört als in der Stadt, aber der Unterschied ist nicht sehr wesentlich.

Wie sah der Einfluß der Radiokampagne aus? Er war sehr viel schwächer als der der Fernsehkampagne; insgesamt haben nur 22% unserer Jugendlichen im Radio von der Kampagne gehört, während 61% nichts davon gehört hatten und 17% auf diese Frage keine Antwort gaben. Auch hier besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen den von Mädchen und Jungen gegebenen Antworten. Ebenso wenig ergibt ein Vergleich der nach Altersgruppen oder nach Stadt- oder Landherkunft der Schüler geordneten Antworten einen Unterschied.

Es ist nicht verwunderlich, daß von allen befragten Jugendlichen diejenigen am häufigsten von der Kampagne gehört hatten, die regelmäßig Radio hören, während nur 10% der nicht so regelmäßigen Radiohörer etwas von der Kampagne bemerkt hatten. Alle positiven Antworten stammen von den Jugendlichen, die entweder „Radio France“ oder „Radio Monte-Carlo“ gehört hatten.

Die 18 vom Radio ausgestrahlten Themen sind 49mal von den Befragten erwähnt worden. Aber die Antworten sind dürftig, und es ist daraus nur schwer, irgend etwas von Bedeutung ablesbar. Bestenfalls läßt sich sagen, daß das Thema der Raucherentwöhnung einen gewissen Einfluß zu verzeichnen hatte.

Man sieht also, daß es zwischen den Ergebnissen der Radio- und Fernsehkampagne einen erheblichen Unterschied gibt. Aber bevor ein endgültiges Urteil abgegeben wird, muß selbstverständlich berücksichtigt werden, daß Anzahl und Zeiten der Sendungen in beiden Fällen sehr unterschiedlich waren. Dessenungeachtet muß gesagt werden, daß die Kinder den Sinn der Slogans im Radio nicht so gut wie im Fernsehen verstanden haben.

Diese Ergebnisse bedürfen gewiß einer detaillierteren Betrachtung, aber sie lassen doch die Frage zu, ob das Hauptinteresse nicht besser dem Fernsehen gelten sollte, da das Radio keine zusätzlichen Informationen zu bringen scheint. Gewiß gibt uns unsere Umfrage keine Antwort auf die Frage, inwieweit unter den regelmäßigen Radiohörern manche Jugendliche in ihrer Familie vielleicht vom Fernsehen ausgeschlossen sind.

Einfluss der Plakatkampagne

Diese Kampagne hat starke Beachtung gefunden; 73% der befragten Schüler haben sie gesehen, und zwar Jungen und Mädchen in gleicher Weise.

Bemerkenswert jedoch ist, daß das Plakat von 51% der Personen im Fernsehen und von 42% in öffentlichen Gebäuden oder auf der Straße gesehen worden ist: auch hier also zeigt sich das beträchtliche Übergewicht des Fernsehens, wenn es darum geht, ein breites Publikum über audio-visuelle Medien zu erreichen. Man muß erwähnen, daß die Jugendlichen mit ihren Antworten andeuten wollten, die Darstellung des Eisvogels — das Hauptmotiv der Kampagne — ebenso auf den Aufklebern wie auf den Wandplakaten gesehen zu haben.

Es ist interessant, die Bestandsaufnahme fortzusetzen und zu untersuchen, was die Jugendlichen in diesem Bild gesehen haben. Die Antworten, ausgedrückt in Prozent, sind in Tabelle V nach Geschlecht und in Tabelle VI nach Alter und Geschlecht wiedergegeben.

Es fällt auf, daß die Kinder der Abschlußklassen häufiger ein Symbol zu sehen glaubten als die Kinder der sechsten und fünften Klassen, die vor allem an einen „Vogel“ dachten. Hier einige der angegebenen Interpretationen: es ist eine Lerche; es ist ein Krüppel; der Mann hält sich für einen Vogel; der Mann ist tot, weil er geraucht hat; der Vogel ist seine Seele; der Mann hält sich für ein Huhn; es stellt einen Mann dar, der auf Reisen geht, um nicht zu rauchen; es macht Angst; es ist eine kranke Lunge; es ist ein Hahn, der für Frankreich steht; es ist eine Birne; die Zigarette ist eine Kartusche und der Vogel verkörpert den Menschen als Beute.

Je nach städtischem oder ländlichem Milieu weisen die Ergebnisse und Interpretationen geringe Unterschiede auf: in städtischem Milieu ist man eher geneigt, in dem Plakat ein Symbol zu sehen als in ländlichem Milieu, wo häufiger ein Vogel darin erkannt wird.

Diese Untersuchung über den Einfluß der Plakatkampagne ergibt, daß das Wandplakat, verglichen mit der Darstellung des Plakates oder dem Thema des Plakates auf dem Fernsehschirm alles in allem relativ wenig gebracht hat.

Ebenso dürfen wir nicht versäumen, auf die beträchtliche Doppelsinnigkeit bei der Interpretation des Bildes hinzuweisen. Die einen haben darin zwar einen Vogel gesehen, aber größtenteils haben sie dabei nicht mehr als eine „Tauben“ gesehen und das Bild in keinerlei Weise auf ein über das Bild hinausweisendes Konzept bezogen. Denjenigen, die darin ein Symbol gesehen haben, war es anscheinend nicht möglich, über die bloße Feststellung hinauszugehen und zu erkennen, welche Ausdruckskraft der Autor seinem Bild verleihen wollte. Schließlich kann man davon ausgehen, daß das Plakat, obwohl es sehr eindrucksvoll war, vielleicht wegen seiner ungewöhnlichen Darstellung, es nicht vermocht hat, dem jugendlichen Betrachter entscheidende Denkanstöße zu geben.

Das von der Kampagne allgemein benutzte Motiv ist der Eisvogel, „ein Vogel, dessen Antreffen von den Griechen für glückbringend gehalten wurde“. (Enzyklopädie Robert). Die Symbolik der Grafik setzt sich aus zwei Teilen zusammen: der obere Teil stellt einen Vogel dar, Sinnbild der Lebensfülle, der Ruhe, der Heiterkeit und des Strebens nach einem gesunden und glücklichen Leben; der untere Teil, zwei kräftige energiegelasse Beine, Zeichen für den starken entschlossenen Willen, die im Vogel verkörperte Glückseligkeit zu erlangen.



Schlußfolgerungen

Es scheint, daß man aus dieser Untersuchung die Schlußfolgerung ziehen kann, daß die Kampagne insgesamt sehr gut aufgenommen wurde, daß aber von den zahlreichen Bemühungen, ihr einen gewichtigen Einfluß zu verleihen, das Hauptverdienst dem Fernsehen zukommt, viel mehr als dem Radio und sehr viel mehr als dem Plakat.

TABELLE V: MIT DEM PLAKAT ASSOZIIERTE VORSTELLUNGEN
JE NACH GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT
(in Prozent)

	Jungen	Mädchen	Durchschnitt
Vogel	49	43	46
Ein Symbol	46	54	51
Andere Vorstellungen und ohne Antwort	5	3	3

TABELLE VI: MIT DEM PLAKAT ASSOZIIERTE VORSTELLUNGEN
JE NACH KLASSE UND GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT
(in Prozent)

	FÜNFTE UND SECHSTE KLASSEN			VORLETZTE UND ABSCHLUSSKLASSEN		
	Jungen	Mädchen	Durchschnitt	Jungen	Mädchen	Durchschnitt
Vogel	56	53	54	42		39
Ein Symbol	41	44	43	52	60	57
Etwas anderes	3	3	3	3	2	2
Nichts	—	—	—	3	1	2

Die Kinder konnten sich an das, was sie im Fernsehen gesehen hatten, erinnern und waren in der Lage, die wichtigsten Elemente wiederzugeben. Sie haben unter den verschiedenen Themen eine Auswahl getroffen und sie entsprechend behalten. Hier liegt nach unserer Ansicht die größte Lehre, die wir aus dieser Untersuchung ziehen können.

Für spätere Kampagnen — zumindest soweit es sich um Aktionen im Hinblick auf Jugendliche handelt — sieht es wirklich so aus, als könnte man auf bestimmte Informationsträger zugunsten des Fernsehens verzichten und sich auf die Themen konzentrieren, die denen nahekommen, die am nachhaltigsten in Erinnerung geblieben waren: sie waren in der Tat sehr wirksame Bedeutungsträger, die gut verstanden worden waren.

Es bliebe natürlich noch zu untersuchen, was aus diesen so erworbenen Kenntnissen werden wird: werden sie sich im Laufe der Monate und Jahre verlieren? Bleiben sie wirksamer Bestandteil der Lebensgewohnheiten? Die Fragen können wir im Augenblick offensichtlich nicht beantworten.

Die Beeinflussung des Übergewichts: Ein Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher Medien

Ein Bericht von **Gerhard Bühringer**
Geschäftsführer des Instituts für Therapieforschung, München

Zusammengestellt von **Günter Welsch**
Referent für den Bereich Erfolgskontrolle/Dokumentation
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Im ersten Halbjahr 1977 führte das ZDF im Rahmen seiner Sendereihe „Gesundheitsmagazin Praxis“ die Kampagne „I.D.R. = Iß das Richtige“ durch.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, beauftragte in diesem Zusammenhang das Institut für Therapieforschung (IFT), München, mit einer begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung, die folgende zentralen Zielsetzungen beinhaltete:

- Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher Medien zur Beeinflussung des Übergewichts (Fernsehen und schriftliche Unterlagen) nach verhaltenstheoretischen Regeln.
- Reduzierung der Durchführungskosten der Brieftherapie* unter Beibehaltung ihrer Wirksamkeit.

Es sollte also festgestellt werden, welche absolute und relative Wirksamkeit die vom IFT entwickelten verhaltens-therapeutischen Maßnahmen zur Reduktion von Übergewicht zeigen, wenn unterschiedliche Medien benutzt werden: die Brieftherapie, das Fernsehen und eine Kombination von beiden.

Ferner wurden von der Untersuchung *generelle* Informationen über die Chancen einer breiten Anwendung der entwickelten Verfahren sowie einer Einbeziehung des Fernsehens in die Prävention und Behandlung von Gesundheitsproblemen erwartet.

● Diese Abhandlung ist ein Auszug aus der Kurzfassung des Abschlußberichtes über das vom Institut für Therapieforschung (IFT) durchgeführte Forschungsprojekt, das die Wirksamkeit verschiedener Medien auf das Verhalten mit Bezug auf Übergewicht vergleichen sollte.

Co-Autoren des Berichtes sind R. Ferstl, G. Henrich, M. Richter, G. Bühringer und J. C. Bregelmann.

* Die erste Version der Brieftherapie wurde 1973 im Auftrag und mit Mitteln der BZgA vom IFT entwickelt. Eine zusammenfassende Darstellung des Projektes findet sich im Bericht über das III. Internationale Seminar für Gesundheitserziehung „Ernährung und Bewegung“, 1974.

Anschrift: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 200 Ostmerheimer Strasse, 5 Köln-Merheim, Bundesrepublik Deutschland.

Versuchsplan

Für die Untersuchung wurde folgender Versuchsplan gewählt:

		schriftliche Anweisungen (Brieftherapie)	
		ohne	mit
Fern- seh- sendungen	ohne	KG /250	VG 1/250
		KG /50	VG 1/50
	mit	VG 2/50	VG 3/50
		VG 2/250	VG 3/250

KG = Kontrollgruppe

VG = Versuchsgruppe

Pro Gruppe sollten 300 Personen untersucht werden. Jeweils 50 davon erhielten neben den Maßnahmen der zugehörigen Gruppe zusätzliche Fragebogen für wissenschaftliche Zwecke.

Die Gruppen ohne Fernsehen (KG und VG 1) wurden 1976, ein Jahr vor den Fernsehsendungen (VG 2 und VG 3) durchgeführt, um unerwünschte Beeinflussungen zu verhindern. Die Jahreszeit wurde dabei annähernd konstant gehalten: die zeitliche Verschiebung betrug lediglich 4 Monate.

Beschreibung der Massnahmen

*Schriftliche Anweisungen **

Allgemeine Therapieziele — Die Therapie zur Verringerung des Übergewichts bedient sich verschiedener verhaltenstherapeutischer Methoden nach dem Konzept der Selbstkontrolle. Durch das systematische Verlernen „schlechter“ Eßgewohnheiten und den Aufbau „richtiger“ Verhaltensweisen soll sich das Gewicht normalisieren.

Um das Therapieprogramm an den Ablauf der Fernsehkampagne anzugleichen, wurde es in sieben „Pakete“ oder Abschnitte aufgeteilt, entsprechend den geplanten alle vier Wochen stattfindenden sieben Sendungen.

Therapiekomponenten — Die Therapie enthielt die folgenden Komponenten:

- Information über wichtige Erkenntnisse der Ernährungslehre: Die Grundnährstoffe, Austauschmöglichkeiten von kalorienreichen gegen diätetisch wertvollere Nahrungsmittel, Fehler in der Ernährung, Alkohol;
- Information über die gesundheitlichen Folgen des Übergewichts: Erhöhte Morbidität, verfrühte Mortalität;
- Übung in Selbstbeobachtung: Durch Registrierung von Häufigkeit und Dauer der Nahrungsaufnahme sowie Beschreibung der Nebentätigkeiten bei den Mahlzeiten;

* Wenn bei der Bezeichnung der jeweiligen Gruppe keine Zahl angegeben ist (250 oder 50), so handelt es sich immer um die Gesamtgruppe (300).

- Erlernen von Reizkontrolle: Durch Einüben von Verhaltensregeln zur situativen, zeitlichen und mengenmäßigen Beschränkung des Essens und Trinkens;
- Aufbau von Alternativreaktionen zum Essen und Trinken;
- Differentielle Verstärkung durch gezieltes Feedback;
- Abschluß eines Therapievertrages (Verpflichtung zur vorschriftsmäßigen Teilnahme).

Fernsehsendungen

Von Beginn an stand fest, daß es sich nicht um eine rein lerntheoretisch ausgerichtete Sendereihe handeln würde, da aufgrund der Programmkonzeption des ZDF sowohl ernährungswissenschaftliche Informationen als auch diätetische Kochanleitungen gegeben werden sollten.

So ergaben sich für jede Sendung wie für die gesamte Sendereihe drei Schwerpunkte:

- a) *Verhaltenstherapie*
- b) *Ernährungswissenschaftliche Informationen*
- c) *Diät-Kochanleitungen*

Zusätzlich wurden — um der Sendezeit (20.15 bis 21.00 Uhr) Rechnung zu tragen — bestimmte Unterhaltungsteile mit einbezogen, die aber den Informationswert der Sendungen nicht überlagern sollten: Musikstücke, themenbezogene Schlager und ein sogenannter Wettbewerbsteil, in dem die Fernsehzuschauer wiederum themenbezogene Quizaufgaben zu lösen hatten.

Demnach bestand für unser Forschungsprojekt fast nur im „Verhaltenstherapieteil“ die Möglichkeit, Bestandteile der Brieftherapie darzustellen. Der Hauptbestandteil der Brieftherapie, die 37 Verhaltensregeln zur Veränderung der Eßgewohnheiten, wurden wörtlich in das Fernsehprogramm aufgenommen und von einem Sprecher verlesen, während kurze illustrative Zeichentricksots den Inhalt darstellten.

Im Anschluß an die so dargestellten Verhaltensregeln folgten kurze Kommentare von Psychologen. Diese Kommentare entsprachen im großen und ganzen den in der Brieftherapie gegebenen „Erläuterungen zu den Verhaltensregeln“.

Des weiteren wurden Modelle einer Essenskarte und einer Gewichtskurve, wie sie Bestandteil der Brieftherapie sind, in der ersten Sendung gezeigt. Diese Modelle wurden auch von einzelnen Programmzeitschriften vor und während der „Ernährungskampagne“ abgedruckt. Außerdem waren sie Bestandteil eines vom ZDF herausgegebenen Merkblattes zur „Ernährungskampagne“, das jeder Zuschauer anfordern konnte. Davon haben etwa 200.000 Personen Gebrauch gemacht.

Einen zusätzlichen — lerntheoretisch wesentlichen — Bestandteil der Fernsehsendungen stellten die zehn Studiokandidaten dar: Diese fünf Männer und fünf Frauen, die teilweise erhebliches Übergewicht besaßen, sollten modellhaft für alle übergewichtigen Fernsehzuschauer vor der Kamera abnehmen und vor allem ihr Eß- und Trinkverhalten verändern. Sie wurden zwischen den Sendungen ärztlich und psychologisch betreut.

DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Stichprobengewinnung

KG + VG 1 (1976)

Am 15. März 1976 erfolgte im Rahmen der ZDF-Sendung „Gesundheitsmagazin Praxis“ ein Aufruf an übergewichtige Fernsehzuschauer: Es würden 300 Kandidaten für eine kostenlose Übergewichtstherapie ausgelost werden. Interessenten sollten eine Postkarte mit Adresse, Namen, Größe, Alter, Geschlecht und momentanem Gewicht versehen, an das ZDF schicken.

Ungefähr 32.000 Personen folgten diesem Aufruf. Aus diesen Zuschriften sollten zwei Gruppen (KG und VG 1) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Größe und Übergewicht parallel gebildet werden. Außerdem war pro Gruppe eine Untergruppe von jeweils 50 Personen für eine Verlaufsmessung zu bestimmen.



Ausgehend von einer Ausfallquote von ca. 10% wurden zur Bildung der gesamten Versuchsgruppe 1 einschließlich der Kontrollgruppe (50) genau 330 Personen angeschrieben, die zufällig aus den 32.000 Zuschriften ausgewählt wurden. Ihre Teilnahmebereitschaft erklärten jedoch lediglich 170 der angeschriebenen Personen (= 51,5%), so daß die restlichen 130 Versuchspersonen erst in einem zweiten Versuch gewonnen werden mußten. Von diesen wurde jeder sechste der VG 1/50 zugeordnet, die zusätzlich zu den Standardunterlagen Fragebogen zur Therapie erhielten.

Entsprechend war das Vorgehen bei der Kontrollgruppe und deren Untergruppe: Um z.B. die erforderlichen 50 Personen für die Untergruppe zu gewinnen, die keine Therapie erhielten, jedoch Fragebögen für die Dauer der halbjährigen Brieftherapie der Versuchsgruppe 1 ausfüllen sollten, wurden 120 Personen angeschrieben. Ihnen wurde mitgeteilt, daß sie nicht zu den ausgelosten 300 Personen gehören, sie aber die Möglichkeit haben, in einem halben Jahr dieselbe Therapie kostenlos mitmachen zu können, wenn sie sich bereit erklären, von Zeit zu Zeit Fragebögen auszufüllen.

Es schrieben 48 Personen (= 40%) zurück. Insgesamt 330 Personen wurde lediglich eine Absage erteilt. Am Ende der Therapie sollten diese dann nochmals angeschrieben werden, um ihr Gewicht in Erfahrung zu bringen; außerdem sollten sie einen gruppenspezifischen Fragebogen ausfüllen, aus dem hervorgeht, ob in der Zwischenzeit Veränderungen im Gewicht und der allgemeinen Lebenssituation eingetreten sind.

VG 2 + VG 3 (1977)

Entsprechend dem Vorgehen bei den ersten beiden Gruppen wurden die Versuchspersonen für die VG 2 und VG 3 über einen Aufruf im Rahmen der Sendereihe „Gesundheitsmagazin Praxis“ gewonnen.

Diesem Aufruf am 13.12.1976 folgten ca. 100.000 Personen, von denen etwa 30.000

Einsendungen für die Stichprobenauswahl selektiert wurden. Die Teilnahmebedingungen waren dieselben wie bei den ersten beiden Gruppen. Für die Stichprobenauswahl wurde diesmal jedoch die beim ersten Versuch geringe Rücklaufquote bereits im Ansatz kompensiert.

Wie bei der Auswahl der Personen für die KG und VG 1 wurden die beiden Gruppen erneut nach folgenden vier Kriterien parallelisiert: Meldegewicht (Übergewicht); Alter; Größe und Geschlecht. Das Meldegewicht war dabei das entscheidende Kriterium.

620 potentiellen Teilnehmern der VG 3 wurde eine Teilnahmeerklärung zugeschickt; 439 Personen erhielten eine Absage mit der Aufforderung, sich an der ZDF-Ernährungskampagne zu beteiligen. Einer weiteren Gruppe von 130 Personen wurde eine Absage erteilt mit dem Angebot, die für die Ernährungskampagne notwendigen Essenskarten kostenlos zugeschickt zu bekommen, wenn sie sich bereit erklärten, monatlich bestimmte Fragebögen auszufüllen und an das IFT zu senden.

Teilnahmebedingungen und Stichprobengröße

Zur Stichprobenauswahl gelangten all diejenigen Personen, die folgende Bedingungen erfüllten: (a) Es mußte eine Postkarte mit Namen, Adresse, Geschlecht, Alter und momentanem Gewicht vorliegen; (b) der Wohnsitz der betreffenden Person mußte im Raum der Bundesrepublik Deutschland liegen; (c) die Person durfte nicht jünger als 16 und nicht älter als 76 Jahre sein; (d) die Person durfte nicht weniger als 10 kg unter dem BROCA-Normalgewicht wiegen (Größe in cm minus 100 = Normalgewicht in kg); eine obere Grenze bestand nicht. *

Insgesamt ergaben sich folgende Teilnehmerzahlen:

Gruppe	vom IFT ange- schrieben	Teilnahme- erklärung zurückge- sandt	vom IFT eingeteilt	tatsächliche Teilnahme zu Beginn
KG /250	330	—	330	309 ¹
KG /50	120	48	48	47
VG 1/250 } VG 1/50 }	600	300	250 50	221 42
VG 2/250	439	—	439	439 ¹
VG 2/50	130	44	44	44
VG 3/250 } VG 3/50 }	620	346	296 50	288 47

¹ Diese beiden Gruppen erhalten keine schriftlichen Unterlagen (Therapieprogramm und/oder wissenschaftliche Fragebögen), so dass die Teilnahmeerklärung wegfällt. Ihre „Teilnahme“ beschränkt sich auf die Angabe des Gewichts zu Beginn und am Ende der Untersuchung.

* Das Normalgewicht wurde nach einer korrigierten Broca-Formel folgendermassen berechnet: (Größe in cm minus 100) — 10% für Männer, (Größe in cm minus 100) — 20% für Frauen.

Sonstige Teilnehmercharakteristika

Angaben zum Übergewicht

- Bei 60,6% der Teilnehmer bestand das Übergewicht bereits seit mehr als 10 Jahren, wobei das Alter zwischen 20 und 25 Jahren insofern von besonderer Problematik zu sein scheint, als in dieser Altersstufe bei den meisten das Übergewicht auftrat.
- 31% gaben an, daß bereits ein Elternteil bzw. beide Eltern auch übergewichtig waren oder sind.
- Lediglich rund 17% haben bislang noch keinerlei Abnahmeversuche unternommen.
- Bei ca. 67% der Teilnehmer lag der durchschnittliche Erfolg früherer Abnahmeversuche bei bis zu 6 kg. Die Dauer dieser Abnahmeversuche bewegt sich bei den meisten zwischen einer bis sechs Wochen. 31,6% haben längere Zeit durchgehalten (über 10 Wochen). Das so reduzierte Gewicht konnte lediglich von der Hälfte dieser 31,6% länger als ein halbes bis zu einem Jahr gehalten werden.
- Die bevorzugten Abnahmeversuche waren bei rund 29% „FdH“, bei rund 35% *Brigitte*-Diät oder ähnliche.
- Knapp 7,3% der Befragten glaubten die Hauptursache ihres Übergewichts in der Vererbung zu sehen, während über 40% angaben, einfach durch zu vieles Essen übergewichtig geworden zu sein.
- 11,6% der weiblichen Teilnehmer sahen eine Schwangerschaft als ursächlich für das Übergewicht an.
- Der wichtigste Abnahmegrund war für 54,8% „gesundheitliche Schäden zu vermeiden“ bzw. „die Gesundheit wieder herzustellen“.
- 36 Personen (= 5,1%) der Befragten sind Diabetiker, 36% haben bereits Herz-Kreislaufbeschwerden, wobei 21,1% unter Bluthochdruck, 28,1% unter niedrigem Blutdruck leiden. 36,8% klagten über Gelenkschmerzen (Mehrfachnennungen).
- Bei der Beantwortung dieser Fragen ergaben sich kaum Geschlechtsunterschiede, lediglich leiden mehr Frauen als Männer unter Bindegewebsschwäche und Verstopfung.

VERGLEICH UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Allgemeines Ziel der Untersuchung sollten Aussagen über die Wirkung unterschiedlich intensiver Betreuungsmaßnahmen auf Veränderungen im Bereich des Eßverhaltens und des Übergewichts sein. Daraus ergaben sich zwei Hauptziele:

Hauptziel 1 — Überprüfung der Wirksamkeit des Übergewicht-Programms bei schriftlicher, audiovisueller und kombinierter Vermittlung. Diese im Mittelpunkt der Untersuchung stehende Fragestellung sollte klären, welche Effekte in bezug auf Veränderungen des Übergewichts unter der Berücksichtigung der Kosten erreicht werden können. Für jede der vier Untersuchungsgruppen liegen spezifische Fragen

vor. Besonderes Interesse galt den Ergebnissen des Medienverbundes: Fernsehen — Brieftherapie.

Erwartet wurde, daß die kombinierten Maßnahmen die besten Ergebnisse zeigen, dann sollten „Brieftherapie“, „Fernsehen“ und zuletzt die Kontrollgruppe folgen.

Hauptziel 2 — Überarbeitung der IFT-Brieftherapie (2. Fassung 1974). Die Erfahrung mit dieser letzten Fassung sollte genutzt werden, um die Kosten zu reduzieren, bei gleichzeitiger Wahrung bzw. Verbesserung der Ergebnisse.

Erwartet wurde eine deutliche Senkung der Behandlungskosten bei einer zumindest gleichbleibenden Wirksamkeit.

Probleme beim Vergleich der Ergebnisse

Auswahl der Vergleichskriterien

Im folgenden sollen zunächst die einzelnen Vergleichskriterien diskutiert werden:

Ausfallquote: Ein Programm ist für die breite Anwendung um so geeigneter, je mehr Teilnehmer vollständig mitarbeiten, d.h. nicht vorzeitig oder zwischen-durch aufgeben. Der Prozentsatz der Ausfälle stellt deshalb ein wichtiges Beurteilungskriterium dar.

Gewichtsabnahme: Da das Ausgangsgewicht sich in den Gruppen nicht bedeutsam unterscheidet, kann als Erfolgskriterium für die Gewichtsabnahme der Gewichtsverlust in kg verwendet werden. Zusätzlich wird in dieser Untersuchung der Feinstein-Index* als Kriterium für eine klinisch bedeutsame Abnahme eingesetzt. Die Zahl der danach Erfolgreichen kann sowohl auf die Zahl der Teilnehmer bezogen werden (F 1), die am Programm vollständig teilgenommen haben als auch auf die Gesamtzahl aller Teilnehmer (F 2). Der F 2-Wert ist hier geeigneter, weil er die Ausfallquote berücksichtigt.

$$F 1 = \frac{E_F}{KN} \quad F 2 = F 1 \cdot (100 - A)$$

KN = Zahl der Personen, die vollständig am Programm teilnehmen

A = Prozentsatz der Ausfälle

E_F = Zahl der Erfolgreichen nach Feinstein

Zufriedenheit: Man weiß, daß persönliche Zufriedenheit generell eine wichtige Bedingung für die Stabilität bzw. Verbesserung des Therapieerfolges darstellt. Sie kann mit Hilfe einer Beurteilungsskala erfaßt werden.

Sonstige Bedingungen: Für eine breite Anwendung müssen zusätzliche Bedingungen für die einzelnen Maßnahmen berücksichtigt werden, die zum Teil bereits bekannt sind und nicht Gegenstand dieser Untersuchung waren. Dazu gehören u.a. die Stabilität der Ergebnisse über längere Zeiträume, das Ausmaß der Selbständigkeit des Teilnehmers bei der Durchführung der Maßnahmen sowie der Grad der Gefährdung der Teilnehmer bei Durchführung einer Maßnahme.

*Reduktionsindex=RI= $\frac{\text{Gewichtsabnahme (Kg)} \times \text{Ausgangsgewicht (Kg)} \times 100}{\text{Übergewicht (Kg)} \times \text{Normalgewicht (Kg)}}$

Kosten: Hier sind verschiedene Berechnungen möglich. Die einfachste Form ist die Berechnung der Kosten pro Teilnehmer (K 1):

$$K 1 = \frac{K_G}{N} \quad K_G = \text{Gesamtkosten}$$

Will man die Ausfallquote mit einbeziehen, so ergeben sich die Kosten für eine vollständig teilnehmende Person (K 2):

$$K 2 = K 1 \cdot \frac{100}{100-A}$$

K 2 berücksichtigt lediglich die vollständige Teilnahme, nicht jedoch das Ausmaß des Gewichtsverlustes. Dies ist z.B. durch die Berechnung der durchschnittlichen Kosten für ein kg Gewichtsverlust möglich.

$$K 3 = \frac{K 1}{G} \quad G = \text{Gewichtsverlust in kg}$$

Nach dieser Formel haben z.B. Hautzinger und Kemmerer (1977) die Kosten ihres ambulanten verhaltenstherapeutischen Programms mit DM 40,— pro kg berechnet. Pudal (1976) nennt einen Wert von DM 400,— pro kg bei stationärer Behandlung, ohne allerdings die Berechnungsgrundlage anzugeben. Es ist jedoch anzunehmen, daß der Preis nach der gleichen Formel K 3 berechnet wurde. Für die spätere Berechnung in dieser Untersuchung wird ein Durchschnittswert von DM 200,— angenommen.

Berücksichtigt man wieder die Ausfänger, so ergibt sich:

$$K 4 = \frac{K 2}{G}$$

Die letzte Berechnungsgrundlage hat den Nachteil, daß sie nicht die klinische Bedeutsamkeit des Gewichtsverlustes einbezieht. Bedeutungsvoll meint z.B. die Erhöhung der Lebenserwartung oder die Senkung der Behandlungskosten. Der mehrdimensionale Zusammenhang zwischen Normalgewicht, Gewichtsverlust und (persönlichem u. volkswirtschaftlichem) Nutzen ist unbekannt, so daß auf eine solche Berechnung verzichtet werden muß.

Es gibt jedoch zumindest für die Kostenberechnung eine Ersatzlösung: Es ist z.B. möglich, nach einem bestimmten Kriterium die Zahl der überdurchschnittlich erfolgreichen Teilnehmer festzustellen und die Kosten für einen solchen Teilnehmer zu berechnen. Eine Alternative ist der Feinstein-Index, der Normalgewicht und Ausmaß des Gewichtsverlustes berücksichtigt. Die Kosten betragen demnach:

$$K 5 = K 1 \times \frac{100}{KN_F} \quad KN_F = \text{Prozentsatz der nach Feinstein Erfolgreichen (bezogen auf KN)}$$

Unter Einbeziehung der Ausfänger lautet die Formel:

$$K 6 = K 1 \times \frac{100}{N_F} \quad N_F = \text{Prozentsatz der nach Feinstein Erfolgreichen (bezogen auf alle Teilnehmer)}$$

Verknüpfung der Ergebnisse

Da es eine ganze Reihe von Ergebniswerten gibt, müssen diese für die Frage nach dem besten Programm zu einem Gesamturteil verknüpft werden. Dies ist zum Teil einfach, wie am Beispiel von Ausfallquote und Kosten pro erfolgreichem Teilnehmer gezeigt wurde. Teilweise fehlen jedoch die Daten (Nutzen der Gewichtsabnahme, Fernsehkosten) oder die Verknüpfung muß nach subjektiven Kriterien erfolgen, die durch unterschiedliche Gewichtungen einzelner Ergebnisse bedingt sind.

Dies gilt z.B. für die Einbeziehung der Zufriedenheit der Teilnehmer oder die Frage, inwieweit man zugunsten der breiten Anwendbarkeit eine höhere Ausfallquote in Kauf nimmt.

Um trotzdem Aussagen über die verschiedenen Maßnahmen treffen zu können, wird ein schrittweiser Vergleich durchgeführt. Zunächst werden pro Vergleichskriterium die Werte dargestellt, so daß unabhängig von der nachfolgenden Bewertung weitere Vergleiche unter Berücksichtigung anderer Gewichtungen und Fragestellungen möglich sind.

Danach wird gezeigt, wie die Einzelergebnisse zu einem Gesamturteil zusammengefaßt werden können, und zuletzt werden auf dieser Grundlage Aussagen zu den Fragestellungen der Untersuchung gemacht.

Vergleich der Ergebnisse

In der *Übersicht 1 und 2* sind die wichtigsten Ergebnisse aus der hier beschriebenen Studie und aus einem Bericht (Richter, 1976) über die zweite Fassung der Brieftherapie von 1974 zusammengestellt. Dabei werden Daten aus einer Studie der ZDF-Medienforschung mitverwendet (Neumann, 1977).

ÜBERSICHT 1

	Ausfall- quote (%)	Gewichts- abnahme (kg)	Erfol- reich nach Feinstein (%) F 1	Kosten/ Teilnehmer ² (DM) K 1	Kosten/kg reduziertes Gewicht (DM) K 3	Kosten/ erfolgr. Teiln. n. Feinstein ³ K 5
BT ¹ (1976)	40.5	7.4	66.7 ¹	70	9	105 ²
BT (1974)	40.3	10.1	71.0 ¹	120	12	169 ²

1. In diesem Abschnitt werden zur besseren Verständlichkeit statt den Versuchsgruppenbezeichnungen Abkürzungen für die Massnahmen verwendet. Dabei bedeutet: KG = Kontrollgruppe (KG); TV = Fernsehen (VG 2/250); BT = Brieftherapie (VG 1/250); BT/TV = Brieftherapie + Fernsehen (VG 3/250).

2. Berechnet unter Verwendung des *Tabellen-Normalgewichts*, um die Daten mit der Untersuchung von 1974 vergleichen zu können (RICHTER, 1976). Deshalb können die Werte von F 1 und K 5 nicht mit denen aus der Übersicht 2 und 3 verglichen werden.

3. Die Werte für K 2, 4 und 6 wurden nicht angegeben, da die Ausfallquote nahezu identisch ist.

ÜBERSICHT 2

	Ausfall- quote (%)	Gewichts- abnahme (kg)	Erfolgreich nach Feinstein (%)		Zufriedenheit der Teilnehmer	
			F 1	F 2	sehr zufr.	nicht zufr.
	1	2	3	4	5	6
KG	52.4	1.0	6.1	2.9	4.0	64.7
TV	53.9	2.5	10.4	4.8	12.5	34.0
BT	40.3	7.4	43.2	24.5	49.3	6.9
BT/TV	37.9	8.5	56.6	32.2	48.5	6.7

Die 50er-Gruppen sind hier nicht berücksichtigt, da deren Ergebnisse durch die zusätzlichen Aufgaben, wie z.B. das Ausfüllen der Fragebögen, teilweise verzerrt sind.

In der *Übersicht 3* sind die Informationen zusammengestellt, die zusätzlich bei der Entscheidung über die breite Anwendung einer Maßnahme berücksichtigt werden müssen.

Beurteilung der Maßnahmen pro Vergleichskriterium

In der *Übersicht 2* fällt zunächst auf, daß fast in allen Fällen folgende Rangreihe gilt: Die BT/TV-Gruppe hat die besten Ergebnisse, dann folgen BT, TV sowie die KG. Weiterhin wird deutlich, daß die Ergebnisse der KG und TV einerseits und der BT sowie BT/TV andererseits sich nur unwesentlich oder statistisch zufällig unterscheiden, während zwischen den beiden Gruppierungen große Unterschiede bestehen. Das Ergebnis ist in dieser Ausprägung nicht erwartet worden.

Es bedeutet, daß bei jedem einzelnen Wert die zusätzliche Bedingung Fernsehen keine bzw. nur eine geringe Rolle spielt. Ausnahmen sind lediglich der deutlich höhere Prozentsatz bei BT/TV für die nach Feinstein erfolgreichen Teilnehmer sowie die höhere Zufriedenheit der TV-Gruppe im Vergleich zur KG.

Für die breite Anwendung der Maßnahmen sind zusätzliche Informationen notwendig. Betrachtet man dazu *Übersicht 3*, wird die bisherige Rangreihe weniger eindeutig. Zunächst zu den Kosten: Es sind sechs verschiedene Kostenberechnungen vorgenommen worden. K 1, 3 und 5 beziehen sich jeweils auf einen Teilnehmer, der das Programm zumindest begonnen hat, K 2, 4 und 6 berücksichtigen den Anteil der Ausfälle. Die letzteren Werte sind jeweils schlechter, aber auch realistischer, da bei einem 50-prozentigen Ausfall z.B. zwei Personen behandelt werden müssen, um eine vollständig bis zum Ende der Maßnahmen zu führen, bzw. der Preis pro kg Abnahme zu verdoppeln ist.

Die KG ist in allen Werten eindeutig die schlechteste. Dies wird besonders deutlich bei den Kosten für einen nach Feinstein erfolgreichen Teilnehmer. Die anderen Gruppen zeigen eine gleiche Rangreihe aufsteigender Kosten, wenn diese lediglich pro Teilnehmer berechnet werden (K 1, 3): Die TV-Gruppe hat die niedrigsten

ÜBERSICHT 3

	KOSTEN (CIRKA-ANGABEN IN DM)						SONSTIGE BEDINGUNGEN FÜR EINE BREITE ANWENDUNG		
	<i>pro Teilnehmer</i>		<i>pro kg reduziertes Gewicht</i>		<i>pro erfolgr. Teilnahme n. Feinstein</i>		<i>Stabilität der Ergebnisse</i>	<i>einfache Organisation und Durchführung der Massnahme</i>	<i>negative Konsequenzen</i>
	ohne Ausfall-ler (K 1)	mit Ausfall-ler (K 2)	ohne Ausfall-ler (K 3)	mit Ausfall-ler (K 4)	ohne Ausfall-ler (K 5)	mit Ausfall-ler (K 6)			
	7	8	9	10	11	12	13	14	15
KG	200	420	200 ¹	420	3300	5900	schneller und hoher Rückfall	geeignet (Diät, Tabletten) bis sehr wenig geeignet (stat. Kur)	Gefahr des Medikamentenmissbrauchs; Gefahren bei Hungerkuren
TV ²	16	207	6	83	154	333	wahrscheinlich schneller und hoher Rückfall wie KG	abhängig von der Durchführung der Serie; abhängig vom Sehen der jeweiligen Sendung; keine Unterlagen	—
BT	70	106	9	14	162	286	gute Stabilität	jederzeit und selbständig vom Teilnehmer anwendbar; mit Unterlagen	—
BT/TV	86	138	10	16	152	267	gute Stabilität wie BT	abhängig von der Durchführung der Serie; abhängig vom Sehen der jeweiligen Sendungen; mit Unterlagen	—

¹ Mittlerer Schätzwert. Pudel (1976) nennt DM 400,— für ein kg bei stationärer Therapie. Der Wert in Spalte 7 ist aus Spalte 9 berechnet worden (die Teilnehmer haben 1 kg verloren), da keine sonstigen Angaben vorliegen.

² Berechnet nach Angaben der ZDF-Studie: 7,8 Mio erwachsene Zuschauer, davon 36% Übergewichtige = 2,8 Mio, davon 66% Teilnehmer (mehr als einmal gesehen) = 1,8 Mio sowie ca. 5% ständige Teilnehmer (= KN), geschätzt aus 29%, die 5-9 Sendungen sehen — ca. 140.000. Die Produktions- und Sendekosten sind derzeit unbekannt, als Annäherungswert werden die durchschnittlichen Kosten pro Werbeminute eingesetzt, insgesamt ca. DM 29 Mio bei 7 Stunden Sendezeit (einschliesslich Ankündigungen und Zwischendurchsendungen, pro Minute DM 70.000,—).

Kosten, es folgen BT und BT/TV, wobei zwischen den beiden letzten Gruppen geringere Unterschiede sind als zwischen den beiden ersten. Der K 5-Wert liegt aber bei der BT/TV-Gruppe am niedrigsten.

Bezieht man die Ausfälliger mit ein, ändert sich das Bild: Die BT-Gruppe liegt an erster Stelle mit den geringsten Kosten, dicht gefolgt von bzw. gleichrangig mit der BT/TV-Gruppe, mit deutlichem Abstand an letzter Stelle die TV-Gruppe. Der K 6-Wert macht wiederum eine Ausnahme: Hier ist die BT/TV-Gruppe am besten.

Bei den sonstigen Bedingungen liegt die BT- sowie BT/TV-Gruppe bei allen drei Kriterien günstiger: Die Ergebnisse sind über die Zeit stabiler als die der KG und wahrscheinlich auch die der TV-Gruppe, die individuelle Anwendbarkeit ist besser als bei der TV-Gruppe und der KG, und negative Konsequenzen sind lediglich bei den Maßnahmen der KG zu erwarten.

Zusammenfassung der Einzelvergleiche zu Gesamturteilen

Die Ergebnisse der mehrmals verbesserten Brieftherapie scheinen im Hinblick auf Kosten und Nutzen eine Grenze erreicht zu haben: *Bei dieser Art von Therapie mit minimalem Kostenaufwand halten etwa 70% der Teilnehmer durch und erreichen eine durchschnittliche Abnahme von 8 bis 10 kg, je nach Anfangsgewicht. Etwa 30% springen ohne deutlichen Erfolg ab.*

Es ist von den Ergebnissen her anzunehmen, daß *bei diesem Kostenaufwand und bei einmaliger Durchführung* vorerst kein höherer Erfolg, sowohl bei der Zahl der Abspringer als auch bei der Gewichtsabnahme, erreicht werden kann.

Die zweite Bemerkung gilt dem Fernsehen: In dieser Untersuchung wurde lediglich die Wirkung des Fernsehens auf Verhaltensänderungen untersucht und als gering beurteilt.

Dies bedeutet jedoch nicht, daß das Fernsehen auch keinen Effekt im Hinblick auf Wissens- und Einstellungsänderungen ausübt. Dies konnte hier nicht untersucht werden, da sich ja per Teilnahmeaufforderung nur Personen melden, die (a) wissen, daß sie übergewichtig sind und (b) dieses Übergewicht aus irgendeinem Grund reduzieren wollen.

ÜBERSICHT 4

	„PRAXIS“	„PRAXIS-FERNSEHKAMPAGNE“	
	<i>alle Zuschauer ab 14/1976</i>	<i>alle Zuschauer ab 14/1977</i>	<i>Übergewichtige ab 18/1977</i>
erreichte Zuschauer (%)	41	53	76
darunter Häufigseher (%) (≥ 5 Sendungen)	3	7	29
durchschnittliche Sehhäufigkeit (Sendungen)	2.10	2.42	4.11

Ohne dies hier eindeutig quantifizieren zu können, ist zu vermuten, daß das Fernsehen eine erhebliche Rolle zumindest bei der Wissensänderung spielen kann, nicht zuletzt im Hinblick auf seine größere Reichweite im Vergleich mit anderen Medien.

Ein Hinweis dafür zeigt sich aus der Gegenüberstellung in Übersicht 4, die aus den Daten der erwähnten ZDF-Studie von Noelle-Neumann zusammengestellt wurde.

Die Übersicht zeigt, daß die Übergewichtssendungen von mehr Personen gesehen wurden als die anderen Sendungen im Rahmen des „Gesundheitsmagazins Praxis“ und daß die Häufigsteher überwiegen, besonders in der Untergruppe der Übergewichtigen.

Interpretation der Vergleiche

Zu den Hauptzielen der Untersuchung werden im folgenden fünf Aussagen formuliert und im einzelnen kurz begründet.

Überarbeitung der IFT-Brieftherapie

Wie die Gegenüberstellung der Ergebnisse der zweiten und dritten Fassung der IFT-Brieftherapie zeigt, konnten die Kosten deutlich reduziert werden (von DM 120,— auf DM 70,—).

Das zweite Teilziel ließ sich nur teilweise erreichen: Bei fast identischer Ausfallquote und einer nahezu gleichen Erfolgsquote nach Feinstein (71,0% zu 66,7%) ist lediglich die mittlere Gewichtsabnahme (10,1 kg zu 7,4 kg) bei der dritten Fassung schlechter, was teilweise durch das höhere Ausgangsgewicht bei gleichem Normalgewicht erklärt werden kann.

Berücksichtigt man noch, daß die Teilnehmer der zweiten Fassung stärker selektiert waren, so kann das zweite Hauptziel als erreicht betrachtet werden. Die *erste Aussage* wird folgendermaßen formuliert:

1. Die überarbeitete dritte Fassung der IFT-Brieftherapie von 1976 ist erheblich kostengünstiger in der Durchführung und zeigt fast gleich gute Ergebnisse wie die zweite Fassung von 1974.

Überprüfung der Wirksamkeit des Übergewicht-Programms bei schriftlicher, audiovisueller und kombinierter Vermittlung

Entsprechend dem Versuchsplan werden die Ergebnisse pro Untergruppe diskutiert:

Kontrollgruppe: Die Ergebnisse der KG zeigen, daß Personen ohne die Brieftherapie praktisch nicht abnehmen. Die Ausfallquote ist sehr hoch (52,4%), nach dem Feinstein-Index gibt es lediglich 6,1% Erfolgreiche (relativiert auf alle Angesprochenen: 2,9%). Dabei haben sich fast 80% ein Abnahmeziel gesetzt, mehr als 30% haben Appetitzügler eingenommen und fast 55% eine Diät oder Kur durchgeführt. Entsprechend dem geringen Erfolg sind fast 65% mit ihrem Gewichtsverlauf unzufrieden, nur 4% sind sehr zufrieden.

Die Kosten der Maßnahme, die die Teilnehmer der Kontrollgruppe angewandt haben, liegen mit DM 200,— bis DM 400,— pro kg Gewichtsreduktion sehr hoch,

die Stabilität der Ergebnisse ist gering und die Gefahren durch Hungerkuren und Appetitzügler nicht zu unterschätzen. Die *zweite Aussage* lautet demnach:

2. Mit Hilfe eigener Anstrengungen bzw. klassischer Mittel wie Appetitzügler, Diäten oder Kuren können Übergewichtige ihr Gewicht kaum dauerhaft reduzieren und sind bei allen Ergebnissen und bei den Kosten der Brieftherapie deutlich unterlegen.

Fernsehgruppe (TV): Das Fernsehen erreicht wie die von den Teilnehmern der KG benutzten Verfahren lediglich eine geringe Gewichtsabnahme (2,5 kg), die im Bereich der gesundheitlichen Bedeutungslosigkeit liegt. Der Anteil der nach Feinstein Erfolgreichen ist nicht bedeutsam besser als bei der KG (relativiert: 4,8 zu 2,9), die Ausfallquote sogar etwas schlechter (53,9 zu 52,4)*. Insgesamt entsprechen die Ergebnisse denen der KG und liegen weit unter denen der BT und BT/TV.

Die Kosten der Durchführung sind lediglich ohne Berücksichtigung der Ausfallquote günstig, sonst aber deutlich schlechter als die der BT und BT/TV. Dazu kommt, daß ein schneller und hoher Rückfall erwartet wird und daß die Teilnehmer der TV-Gruppe keine Unterlagen besitzen, immer auf die Fernsehsendungen angewiesen sind und nicht selbständig abnehmen können. Insgesamt gilt als *dritte Aussage*:

3. Das Fernsehen als Medium zur Beeinflussung des Übergewichts ist von der gesundheitlichen Bedeutung der Gewichtsabnahme her und in allen anderen Ergebnissen kaum bzw. nur zufällig besser als die Kontrollgruppe und ist in nahezu allen Werten der Brieftherapie deutlich unterlegen.

Brieftherapie (BT): Die Brieftherapie hat in allen Bereichen deutlich bessere Ergebnisse als die bisher diskutierten KG und TV (Gewichtsabnahme: 7,5 kg, Ausfallquote: 40,3%, Erfolgreiche nach Feinstein: 43,2% bzw. 24,5%, sehr Zufriedene: 49,3%).

Dies gilt auch für die Kosten, wenn man die Ausfallquote berücksichtigt.

Hinzu kommt ein Faktor, der bei der breiten Anwendung der Maßnahmen eine Rolle spielt: Lediglich die Brieftherapie ermöglicht es, nach Ende der Behandlung mit Hilfe der Unterlagen einen Rückfall zu verhindern oder weiter abzunehmen. Das kann nach individuellen Bedürfnissen erfolgen, während beim Fernsehen der Teilnehmer keine Unterlagen besitzt und auf die nächste Sendereihe warten muß. Die Untersuchung mit den verschiedenen Fassungen der BT wurden bisher bei etwa 900 Personen mit ähnlichen Ergebnissen durchgeführt, die auch eine befriedigende Stabilität über die Zeit nach der Betreuung zeigen. Die *vierte Aussage* lautet demnach:

4. Etwa zwei Drittel aller an der Brieftherapie teilnehmenden Personen können bei einem sehr geringen Kostenaufwand mit befriedigendem und stabilem Ergebnis betreut werden.

* Dies gilt bereits für motivierte Zuschauer, die das IFT angeschrieben haben. Die tatsächliche Ausfallquote liegt gemäss der ZDF-Studie (Teilnehmer = 66% der Übergewichtigen = 1,8 Mio; vollständig teilgenommen = 5% der Übergewichtigen = 140.000) bei 92%.

Kombinierte Brief- und Fernsehtherapie (BT/TV): Insgesamt zeigt die BT/TV etwa die gleichen Ergebnisse wie die BT, lediglich die Zahl der nach Feinstein Erfolgreichen ist deutlich günstiger. Auch die relativierten Kosten einer Anwendung liegen nahezu gleich: Die etwas besseren Ergebnisse werden durch höhere Gesamtkosten ausgeglichen. Auch hier gilt für die breite Anwendung, daß der Teilnehmer auf feste Sendezeiten angewiesen ist, doch kann er in diesem Fall jederzeit auf seine Unterlagen zurückgreifen. Als *fünfte Aussage* kann formuliert werden:

5. Die zusätzliche Unterstützung der Brieftherapie durch das Fernsehen verändert die Ergebnisse nur minimal, wobei die höheren Durchführungskosten durch etwas bessere Ergebnisse ausgeglichen werden. Insgesamt spielt es für die Verhaltensveränderungen und für die Kosten keine Rolle, ob die Brieftherapie durch das Fernsehen unterstützt wird oder nicht.

Das wichtigste Ziel der Untersuchung befaßt sich mit der vergleichenden Bewertung unterschiedlicher Medien zur Beeinflussung des Übergewichts.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß

1. die Kontrollgruppe und das Fernsehen sich in allen Aspekten kaum unterscheiden und weitgehend bedeutungslose Ergebnisse zeigen,
2. die Brieftherapie mit oder ohne Fernsehunterstützung deutlich bessere Ergebnisse aufweist als die ersten beiden Gruppen und
3. die Brieftherapie und die kombinierte Brief- und Fernsehtherapie sich in allen Werten kaum oder gar nicht unterscheiden.

Mit diesen Ergebnissen ist auch das erste Hauptziel der Untersuchung erreicht worden.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ferstl, R., Henrich, G., Richter, M., Bühringer, G., Brengelmann, J.C. (1977). *Die Beeinflussung des Übergewichts. Die Wirkung einer Fernseh-Sendereihe und einer verhaltenstherapeutischen Brieftherapie*. Forschungsbericht des IFT für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
2. Ferstl, R., De Jong, R. & Brengelmann, J.C. (1977). Verhaltenstherapie des Übergewichts. *Schriftenreihe des BMJFG*, Kohlhammer.
3. Hautzinger, M. & Kemmerer, L. (1977). Ökonomische Aspekte der Verhaltenstherapie. *Mitteilungen der DGVT*, 3, 347-351.
4. Jockusch, U., Ferstl, R., Schattner, H. & Brengelmann, J.C. (1974). *Die Behandlung des Übergewichts mit Hilfe der Selbstkontroll-Methode*. Bericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
5. Jockusch, U. (1976). *Bewertung einer Selbstkontrolltherapie des Übergewichts aufgrund langfristiger Nachkontrollen*. Forschungsbericht des IFT, München.
6. Kanfer, F.H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In: Jacobs, A. und Sachs, L.B.: *Psychology of Private Events*. New York, London: Academic Press.
7. Neumann, K. (1977). *Zuschauerbeteiligung bei der „Praxis“-Ernährungskampagne '77*. Manuskript der ZDF-Medienforschung, Mainz.
8. Noelle-Neumann E. & Schulz, W. (Hrsg.) (1971). *Fischer-Lexikon*: Publizistik, Frankfurt.
9. Pudiel, V. (1976). „Schlankheitsdiäten“ sinnlos – Appetitverhalten beeinflussen. *Medical Tribune*, 27.
10. Richter, M. (1976). *Die Behandlung des Übergewichts mit Hilfe der Selbstkontrollmethode*. Forschungsbericht des IFT, München.

KAPITEL III

**Personale
Kommunikation**

Möglichkeiten und Grenzen der personalen Kommunikation in der Gesundheitserziehung

von Dr. **Marijke Mantek**
Referentin für den Bereich Rauchen
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Die Massenkommunikation in der Gesundheitserziehung zielt darauf ab, für ein Problem sensibel zu machen, Wissen zu vermitteln, Normen zu setzen und zu verändern und wenn möglich, Verhaltensalternativen anzubieten.

All das kann auch in der personalen Kommunikation, im persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient, zwischen Lehrer und Schüler, zwischen Gesundheitserzieher und seinem Klienten geschehen; soweit besteht also kein prinzipieller Unterschied in den Zielen und Möglichkeiten der Massenkommunikation und der personalen Kommunikation.

Nehmen wir das Massenmedium Fernsehen, so beeinflusst der Sender mit den Worten, die er spricht, mit der Art und mit dem Tonfall seiner Stimme, mit seiner Gestik und mit seiner Mimik. Er wird um so einflußreicher sein, je besser er die Sprache des Publikums trifft, je stimmiger und eindrucksvoller er seine Worte mit seiner Körpersprache unterstreicht.

Auch im persönlichen Kontakt ist das Ausmaß meiner Wirkung abhängig von den verbalen und nonverbalen Qualitäten meiner Sprache, der Stimmigkeit, Reichhaltigkeit und Ausdruckskraft meiner Körpersprache. Das heißt, in der Massenkommunikation und in der personalen Kommunikation gelten weitgehend die gleichen Kommunikationsgesetze, zumindest im Fernsehen, wo man die Botschaft sowohl hören wie auch sehen kann. Neben diesen Ähnlichkeiten gibt es jedoch sehr wesentliche Unterschiede zwischen Massenkommunikation und personaler Kommunikation.

Das entscheidende Kriterium personaler Kommunikation besteht darin, daß die Kommunikation zur gleichen Zeit am gleichen Ort stattfindet. Personale Kommunikation bedeutet das Zusammensein von zwei Menschen oder einer Gruppe von Menschen, die sich zur gleichen Zeit am gleichen Ort austauschen. Wo liegen die Unterschiede zur Massenkommunikation?

Anschrift: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 200 Ostmerheimer Strasse, 5 Köln-Merheim, Bundesrepublik Deutschland.

Sehen wir eine Fernsehsendung, dann findet der Kontakt nicht am gleichen Ort statt, der Sender sitzt in einem Funkhaus, der Empfänger zu Hause. Das Mittel des Kontaktes ist ein neutrales Medium, das jederzeit abgeschaltet werden kann, ohne daß der Sender in seinem Funkraum dies bemerkt. Was Massenkommunikation und personale Kommunikation hier unterscheidet, ist die Unmittelbarkeit des Kontaktes.

Ein zweiter wesentlicher Unterschied besteht in der Anonymität des Kontaktes. Schauen Sie sich im Fernsehen eine Sendung an, dann sind Sie Zuschauer. Sie können das, was Sie sehen und hören, in sich aufnehmen oder die Botschaft nur passieren lassen. Der Sender kann Ihnen keine Fragen stellen, Sie sind ihm keine Antwort schuldig. Der Kontakt bleibt anonym und distanziert, unmittelbarer Austausch findet nicht statt.

Massenkommunikation bedeutet Transmission; sie ist einseitig. Der Sender gibt Botschaften, ohne unmittelbar zu wissen, was im Empfänger vorgeht, ob er sich betroffen oder verstanden fühlt oder von der Botschaft unberührt bleibt. Störungen können weder beobachtet noch angesprochen, noch beseitigt werden. Der Massenkommunikation fehlt der unmittelbare Kontakt.

Ganz anders in der personalen Kommunikation, die zwischen zwei Menschen stattfindet, die sich zur gleichen Zeit am gleichen Ort befinden. Der Sender spricht, der Empfänger hört zu, der Empfänger spricht, der Sender hört zu; beide tauschen sich miteinander aus.

Fragen können gestellt und beantwortet werden, Sachverhalte können konkretisiert und spezifiziert werden. Man kann immer wieder sicherstellen, daß man sich wechselseitig versteht, d. h., die personale Kommunikation ist ein ständiger *Rückkopplungsprozeß*, an dem beide Partner beteiligt sind.

Das gleiche gilt für die personale Kommunikation in der Gruppe, hier besteht der Austausch einmal zwischen dem Leiter und den verschiedenen Gruppenmitgliedern, zum andern zwischen den Gruppenmitgliedern untereinander.

Ein dritter Unterschied besteht in der Multi-Kanalwirkung der personalen Kommunikation. In der Massenkommunikation kann ich die Information entweder lesen oder hören oder hören und sehen. Es werden maximal zwei Kanäle beansprucht. Ganz anders in der personalen Kommunikation. Hier sitzen zwei Menschen oder eine Gruppe in einem Raume zusammen, sie können sich sehen, hören, riechen, anfassen und fühlen, d. h., sie senden und empfangen sowohl auf sprachlichen wie auf nichtsprachlichen Kanälen. Es sind in der personalen Kommunikation sehr viel mehr Sinne betroffen als das in der Massenkommunikation möglich ist.

Die Chance der personalen Kommunikation nutzen, bedeutet also, die sprachlichen und die nichtsprachlichen Signale des Partners wahrzunehmen und sich der eigenen sprachlichen und nichtsprachlichen Signale bewußt zu sein.

Der starke verbale und nonverbale Kontakt in der personalen Kommunikation ermöglicht es, eine Beziehung aufzubauen, aus der man nicht ohne weiteres aussteigen kann, wie z. B. der Mann vor dem Fernseher, der das Gerät einfach abstellt.

Natürlich kann ich auch in meinem persönlichen Kontakt auf „Durchzug schalten“. Jeder kennt die Situation, wo er in einem Vortrag oder in einem persönlichen

Gespräch innerlich abschaltet, den anderen reden läßt, ohne selbst beteiligt zu sein. Wir können allerdings nicht völlig verbergen, daß wir ausgestiegen sind. Unser Körper wird es durch die Augen äußern, die halb geschlossen sind oder zur Seite schauen, durch den Mund, der geschlossen ist, durch die Gesichtszüge, die eher starr als entspannt wirken, durch die nach hinten gelegte, abgeschirmte oder nach vorne in sich zusammengesunkene Haltung. Wir werden unsere Störung offenbaren, indem wir schweigen, uns verteidigen oder rechtfertigen, d. h., selbst wenn wir im persönlichen Kontakt nicht kommunizieren wollen, wir kommunizieren doch. Es ist völlig unmöglich, im persönlichen Kontakt nichts auszusenden.

Genau hier setzt die Aufgabe desjenigen ein, der durch persönliche Kommunikation etwas erreichen möchte. Er muß die sprachlichen und nichtsprachlichen Signale wahrnehmen und sie ansprechen. Geht er über diese Signale hinweg, so verpaßt er die Möglichkeiten personaler Kommunikation.

Zusammenfassend bestehen die Unterschiede in der Anonymität, Einseitigkeit und Verpflichtungslosigkeit des Kontaktes innerhalb der Massenkommunikation und der Unmittelbarkeit, Wechselseitigkeit und der Möglichkeit zum Aufbau einer Beziehung in der personalen Kommunikation.

These I:

Ein Gesundheitserzieher, der sich im persönlichen Kontakt darauf beschränkt, sein Wissen und seine Information von sich zu geben, ohne genau zu beobachten und nachzufragen, wie das, was er sagt, bei seinem Partner ankommt, der sich nicht ständig wechselseitig mit seinem Partner austauscht, ist nicht besser als eine Fernsehsendung.

Ein Gesundheitserzieher, der nicht klärt, ob der andere ihn verstanden hat, der nicht wahrnimmt, wo sich sein Partner verkrampft oder entspannt, der sich seiner eigenen nonverbalen Signale nicht bewußt ist, nutzt die Chancen der personalen Kommunikation nicht und degradiert sich zu einem Medium der Massenkommunikation.

Notwendigkeit und Stellenwert der personalen Kommunikation in der Gesundheitserziehung

Der Vorteil der Massenkommunikation liegt darin, daß sie weite Bevölkerungsteile erreicht, um sie für ein Problem sensibel zu machen und um die Bereitschaft aufzubauen, das eigene Verhalten in Frage zu stellen. Es wird jedoch nur wenige Menschen geben, die z. B. aufgrund einer Fernsehsendung und anderer Informationen gegen das Rauchen zum Nichtraucher werden. Eine viel größere Gruppe wird zwar aufgrund der neuen Informationen Schuldgefühle bei jeder Zigarette haben, aber weiterrauchen. Das heißt, die Aufgabe der personalen Kommunikation in der Gesundheitserziehung setzt genau dort an, wo sich ein gesundheitlich riskantes Verhalten bereits etabliert hat und wo es nicht gelingt, aus eigener Kraft dieses schädliche Gesundheitsverhalten abzubauen. Die personale Kommunikation hat also die Aufgabe, ein allgemeines Problembewußtsein wie z. B. „Rauchen ist schädlich“ überzuführen in eine persönliche Einstellung wie z. B. „Mein Rauchen schadet meinem Körper, und ich will etwas etwas dagegen tun.“ Ein neues Verhalten zu

lernen, ist ein schweres Stück Arbeit, bei dem die meisten angeleitet und unterstützt werden müssen. Genau hier setzt die zweite Aufgabe der personalen Kommunikation in der Gesundheitserziehung an. Gesundheitserzieher und Klient müssen gemeinsame Strategien entwickeln, die letzterem helfen, sein Verhalten zu ändern, sie müssen die aufgestellten Regeln kontrollieren, und der Klient muß mit der Zeit befähigt werden, selbst die Kontrolle über sein Verhalten zu übernehmen. Die Notwendigkeit, im persönlichen Kontakt zwischen Gesundheitserzieher und Klient Verhaltensalternativen zu entwickeln, durchzuführen und zu kontrollieren, gilt sowohl für das Problem der Raucherentwöhnung wie der Gewichtskontrolle, für den Abbau von Streß genauso wie für das Training eines sicherern Verhaltens gegenüber psychischen und sozialen Randgruppen.

These II:

Personale Kommunikation in der Gesundheitserziehung ist dort notwendig, wo sich ein Risikoverhalten bereits etabliert hat und der Klient eine Veränderung seines Verhaltens aus eigener Kraft nicht schafft. Er muß Verhaltensalternativen lernen und sie eintrainieren.

Möglichkeiten und Strategien personaler Kommunikation in der Gesundheitserziehung — verdeutlicht am Arzt-Patient-Kontakt

Stellen wir uns eine Situation vor, in der ein Klient zum ersten Mal in die Praxis eines fremden Arztes kommt. Obgleich die beiden nichts voneinander wissen, formt jeder aufgrund des ersten Eindrucks ein Bild über die andere Person. Sie stellen Hypothesen darüber auf, was sie vom anderen zu erwarten haben. Diesen ersten Eindruck gewinnen sie aus den nichtsprachlichen Signalen, aus der Gestalt des Körpers, der Kleidung, der Frisur, der Art der Bewegung, dem Duft, der vom anderen ausgeht. Diese nichtsprachlichen Signale haben einen starken unmittelbaren Einfluß. Sie beeinflussen weniger unseren Verstand als vielmehr unser Gefühl. Sie beeinflussen vielfach automatisch, meist ist man sich ihrer Wirkung nicht bewußt. Diese nichtsprachliche Ausstrahlung wirkt häufig nachhaltiger als die Worte, die gesprochen werden.

Warum ist das Wissen um den ersten Eindruck für den Gesundheitserzieher so wichtig? Die Bereitschaft, sich z. B. einem Arzt anzuvertrauen, kann erheblich dadurch beeinflußt sein, ob ich ihn bei der ersten Begegnung als eher freundlich und zugewandt, oder mürrisch und abgewandt erlebe. Ich muß mir als Gesundheitserzieher meines ersten Eindrucks bewußt sein, um eventuelle Störquellen zu verändern oder sie in der Beziehung anzusprechen. Wenn ich z. B. weiß, daß meine starke schwarze Brille Menschen irritiert, und ich eine solche Irritation im Kontakt vermeiden möchte, so könnte ich mich zu einer anderen Brille entschließen. Wenn ich z. B. weiß, daß meine Haltung und mein eher strenges Gesicht vor allem junge Leute erschreckt, dann habe ich die Möglichkeit, genau das im ersten Kontakt anzusprechen, indem ich z.B. meinem Klienten mitteile, daß ich zunächst wahrscheinlich viel mürrischer und abweisender wirke, als ich es tatsächlich bin.

Klarheit über die Qualität meines ersten Eindrucks erhalte ich, indem ich andere Menschen um Rückmeldung bitte, indem ich sie danach frage, welchen Eindruck ich auf sie mache, wenn ich ihnen zum ersten Mal begegne.

Nicht nur der Klient macht sich aufgrund des ersten Eindrucks ein Bild von seinem Arzt. Auch der Arzt macht sich ein Bild von seinem Klienten. Attraktivität und gute Kleidung verbindet er vielleicht mit Intelligenz. Nachlässigkeit im Äußeren, langsame Bewegungen eventuell mit mangelnder Therapiefähigkeit. Für einen offenen Kontakt ist es wichtig, sich seiner Hypothesen und Bilder über den anderen bewußt zu sein und sich klarzumachen, wo sie mehr mit eigenen Vor-Urteilen als mit der Realität des anderen zu tun haben.

Informationsquellen, die der Klient mir bietet:

(a) *die nonverbalen Körpersignale*

Der Klient, der mir gegenüber sitzt, bietet mir sowohl sprachliche wie nicht-sprachliche Signale an. Ich kann ihn nur dann differenziert erfassen, wenn es mir gelingt, ihn in dieser Einheit wahrzunehmen. Ein Arzt, der sich auf die Frage beschränkt: „Was haben Sie?“ ist nur bereit, einen Teil des Ganzen, nämlich das Symptom, zu sehen. Ein Arzt, der den Klienten auf sich wirken läßt, der wahrnimmt, welchen Eindruck er auf ihn macht, der sich fragt, wie es dem Klienten im Augenblick geht, ist bereit, ihn als ganzen Menschen zu sehen und ihn nicht nur als Symptomträger einzuordnen, den man nach ein paar Minuten mit ein paar Pillen oder guten Ratschlägen wieder entläßt.

Die Sprache unseres Körpers ist plastisch und eindrucksvoll, aber oft nicht eindeutig verständlich. Jemand in den Arm zu nehmen, ihm einen Vogel zu zeigen, ihn durch den Finger auf dem Mund zum Schweigen aufzufordern, das sind Signale, die meist eindeutig zu verstehen sind.

Aber nicht alles non-verbale Verhalten ist so leicht interpretierbar. Zittern kann z. B. jemand vor Erregung, vor Ärger oder sogar vor Freude. Rot werden kann ich aus Wut oder auch aus Verlegenheit. Diese Signale haben mehrere, häufig gegensätzliche Bedeutungen. Welche Bedeutung sie für mich selbst in diesem Augenblick haben, kann nur ich selbst entscheiden.

Was bedeutet dieser Sachverhalt für die Beratungssituation zwischen Gesundheitserzieher und Klient?

Während des Gesprächs wird der Klient neben seinen Worten eine Fülle non-verbaler Signale senden, die etwas darüber aussagen, wie es ihm im Augenblick geht, die deutlich machen, wie er sich bei dem Thema, über das er spricht, fühlt. So kann er z. B. mit den Fingern trommeln, seinen Blick abwenden, Gesicht und Haltung können angespannt sein, er kann schnell oder langsam sprechen, er kann lockerer werden und sich auch wieder stärker verkrampfen. All dies gibt dem Arzt Aufschluß darüber, wie der Klient sich in dieser Situation fühlt und was sein Symptom für ihn bedeutet. Da diese nonverbalen Signale gemeinsam mit unseren Gefühlen auftreten und nur sehr wenig durch unseren Willen kontrolliert werden können, sprechen sie oft eine deutlichere und ehrlichere Sprache als das, was wir mit Worten sagen. Das Problem liegt nur darin, daß sie vieldeutig sind und vom Empfänger nicht eindeutig entschlüsselt werden können.

Stellen Sie sich vor, ein Klient spricht über chronische Magenschmerzen und Sie beobachten dabei, daß seine Stimme sich verändert, daß er schneller und hektischer

scher spricht, daß er mit den Füßen wippt. Das kann ein Zeichen dafür sein, daß ihm das Thema unangenehm ist und er es möglichst schnell beenden möchte, oder aber, daß seine Magenschmerzen etwas mit dem Gefühl von Unruhe und Nervosität zu tun haben. Was es für ihn genau bedeutet, kann nur er selbst feststellen.

Wie geht nun der Gesundheitserzieher mit dem, was er sieht, um?

Sagt er dem Klienten auf den Kopf zu: „Es ist Ihnen wohl unangenehm, von Ihren Magenschmerzen zu reden“, kann sich der Klient mißverstanden, peinlich berührt und ertappt fühlen. Es ist eine gute und relativ ungefährliche Möglichkeit, dem Klienten zu beschreiben, was man sieht. Ihm z. B. zu sagen, man bemerke, daß er jetzt, wo er über seine Magenschmerzen spricht, sehr viel schneller redet. Man könnte ihn auch fragen, was es für ihn bedeutet oder ihm die Hypothese „Ist Ihnen irgend etwas daran unangenehm?“ als Frage vorgeben.

Man hilft auf diese Weise dem Klienten, sich seines eigenen non-verbalen Verhaltens stärker bewußt zu werden. Meist hat der Klient solche Veränderungen seiner Körpersprache gar nicht bemerkt. Indem der Arzt das Verhalten des Klienten beschreibt, gibt er lediglich einen Anstoß. Die Arbeit des Explorierens und Hinschauens übernimmt der Klient. Er befähigt ihn damit nach und nach immer mehr, sich selbst zu explorieren, die Sprache seines Körpers aufzunehmen und sie immer besser zu verstehen. Auch der Arzt und Gesundheitserzieher sendet eine Fülle non-verbaler Signale, solche, die den Klienten eher dazu motivieren, sich zu öffnen, solche, die ihn eher verschließen. Signale, die die Bereitschaft, sich zu öffnen, positiv verstärken, sind z. B. eine Sitzordnung, in der sich beide Partner auf gleicher Ebene gegenüber sitzen, ohne daß ein großer Schreibtisch den Kontakt unterbricht.

Signale, die die Bereitschaft, sich zu öffnen, positiv verstärken, sind eine Körperhaltung, die sich dem anderen zuneigt, ein zugewandter, freundlicher Blick, das Anschauen des anderen, das Kopfnicken, ein langsames, wohlwollendes Sprechen usw.

Körperhaltungen, die Desinteresse und Nichtverstehen signalisieren, sind z. B. das Herumlaufen, Telefonieren, den Blick abwenden, die Augen zukneifen, die Stirne runzeln, sich zurückziehen und verschränken, schnelles und hektisches Sprechen usw.

(b) die Sprache und die Notwendigkeit zur Konkretisierung und Verständlichkeit

Sprache benennt Sachverhalte eindeutiger als die non-verbale Signale unseres Körpers tun. Nehmen wir an, ein Klient klagt über Magenschmerzen. Er benennt sein Symptom mit Worten und macht es uns damit verständlich. Die Lücke im Verstehen besteht jedoch auch bei der sprachlichen Benennung darin, daß so etwas wie Magenschmerzen für jeden etwas Unterschiedliches bedeuten kann. Für den einen ist der Magenschmerz vielleicht ein leichter Druck, der schnell wieder vergeht, für den anderen ist er eine starke Spannung, die wie ein Kloß im Magen sitzt, die bereits morgens beginnt und lange andauert. Der Arzt und Gesundheitserzieher muß genau verstehen können, was der Klient, der vor ihm sitzt, meint, wenn er von Magenschmerzen spricht. Nur wenn er konkret

und genau die individuelle Wortbedeutung versteht, kann er auch den Klienten verstehen. Nur wenn sichergestellt ist, daß Sender und Empfänger sich unter einem Wort das gleiche vorstellen, reden sie nicht aneinander vorbei. Die Technik, die der Gesundheitserzieher beherrschen muß, ist die der Konkretisierung und Beschreibung. Er muß den Klienten veranlassen, konkret zu beschreiben, was er mit einem speziellen Sachverhalt ausdrücken will, er muß in der Lage sein, die Äußerungen des Klienten zu wiederholen, sie in plastische Beispiele zu kleiden und ihn zu weiterer Konkretisierung veranlassen. Die Chance der Rückkoppelung nutzt er, wenn er dem Klienten z. B. sagt: „Wenn ich Sie richtig verstanden habe, liegt in Ihrem Magen ein dicker Kloß, der ständig drückt und zieht, und der Sie nicht essen und nicht schlafen läßt.“ Eine solche Rückkoppelung gibt dem Klienten das Gefühl, ernstgenommen und akzeptiert zu werden. Sie veranlaßt ihn, sich mit seinem Symptom auseinanderzusetzen, anstatt es durch Medikamente zu kaschieren.

Als Arzt und Gesundheitserzieher wird man Klienten häufig medizinische Sachverhalte und Zusammenhänge ihrer Krankheit erklären müssen. Es ist wichtig dabei zu erinnern, daß man besser Bescheid weiß als der Klient und daß die eigene Sprache unter Umständen eine andere ist als die, die der Klient versteht. Die Chance personaler Kommunikation zu nutzen, bedeutet eine Sprache zu sprechen, die dem Klienten eingeht, die für ihn verständlich ist. Durch Konkretisierung stellen wir sicher, daß wir die individuelle Bedeutung der Klientenworte verstehen. Die Rückkoppelung hilft zu überprüfen, ob das, was der Klient senden wollte, bei uns richtig angekommen ist.

c) *die psycho-somatische Sprache der Symptome*

Die meisten Symptome haben nicht nur eine somatische Seite. Das gilt vor allem für die — wie es das Wort bereits ausdrückt — psycho-somatischen Beschwerden wie Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Kreislaufstörungen. Sie sind Warnsignale unseres Körpers, mit denen wir auf Lebensumstände, Konflikte und Druck reagieren. Gerade bei den psychosomatischen Beschwerden reagiert der schwächste Körperteil auf aktuelle Konflikte und Spannungen in der Umwelt, auf Krisen in der Lebenssituation. Die Tragik liegt darin, daß dieser Zusammenhang zumindest für den Klienten vielfach unbewußt bleibt. Es ist die Aufgabe desjenigen, der beratend mit Menschen umgeht, diese Sprache des Körpers ernstzunehmen, und nicht nur den somatischen, sondern auch den psychischen Teil dieses körperlichen Warnsignals zu suchen und dem Klienten zu helfen, die Sprache seines Körpers zu verstehen. Da die meisten körperlichen Störungen nur aus der individuellen Lebenssituation des einzelnen Klienten heraus verstanden werden können, hat der Arzt in der personalen Kommunikation die Chance, mit dem Klienten in seine individuelle Lebenssituation einzusteigen, ihn zu fragen, in welchen Situationen sich sein Magen verkrampft, in welchen Situationen Kopfschmerzen auftreten, er zur Flasche greift oder besonders stark raucht. Er wird vielleicht erfahren, daß die Magenschmerzen schlagartig einsetzen, wenn der Mann abends die Wohnungstür aufmacht, daß sie den ganzen Abend anhalten und der Druck erst morgens, wenn er das Haus wieder verläßt, entweicht.

Durch die Frage nach den Situationen, in denen das Symptom auftaucht, hat der Arzt die Möglichkeit, dem Klienten zurückzuspiegeln, daß der Druck im Magen offensichtlich etwas mit dem Verhältnis der beiden Partner zu tun hat.

Er kann mit dem Klienten überlegen, ob es bestimmte Dinge gibt, die ihn an dieser Partnerbeziehung stören und belasten, in denen er sich unter Druck und in der Zwickmühle fühlt. Indem der Arzt die individuelle Lebenssituation mit in die Analyse einbezieht, macht er dem Klienten deutlich, daß sein Symptom nicht pathologisch, sondern ein sehr ernstzunehmendes Warnsignal seines Körpers ist. Ein Arzt oder Gesundheitserzieher, der diesen Schritt der Analyse und Selbstexploration nicht geht, sondern gleich Medikamente verschreibt, macht den Klienten eigentlich wirklich krank und hilflos, denn er hindert ihn daran, die bestehenden Spannungen zu verändern. In unserem Fall hindert ein Arzt, der gleich Medikamente verschreibt und so das Warnsignal zumindest zeitweise überdeckt, den Patienten daran zu begreifen, daß in seiner Ehe etwas nicht stimmt. Er nimmt ihm die Kraft, sich mit seinem Partner auseinanderzusetzen und konstruktiv etwas zu verändern. Er hindert ihn, selbstverantwortlich etwas zu unternehmen.

Nur die personale Kommunikation bietet die Möglichkeit, solche Wirkungs- und Bedingungsbeziehungen herauszufinden. Ein Gesundheitserzieher, der von dem seelischen und sozialen Anteil der allermeisten Störungen überzeugt ist, kann schlimme Fehler vermeiden.

Eine Analyse, die Bedingungsbeziehungen erfassen will, setzt ein großes Maß an Training und Wissen voraus, ein Wissen, das die allerwenigsten in der Ausbildung mitbekommen haben. Ein solches Vorgehen kostet außerdem Zeit, und welcher Arzt und Gesundheitserzieher hat sie schon in diesem Ausmaß. Wissen, Training und Zeit sind im Augenblick die entscheidendsten Grenzen personaler Kommunikation.

Die Aufgabe des Gesundheitserziehers in der personalen Kommunikation

Die personale Kommunikation hat die Aufgabe und die Chance, die Person als Ganzes, d. h. sowohl in ihrem sprachlichen wie in ihrem nichtsprachlichen Ausdruck zu erfassen. Beschränkt sich ein Gesundheitserzieher nur darauf, sein Wissen weiterzugeben, ohne mit dem Klienten in einen ständigen Austausch zu treten, ist er nicht besser als ein Massenkommunikationsmittel und verpaßt die Chance zu Kontakt und Verstehen. Ein Gesundheitserzieher, ein Arzt, der sich darauf beschränkt, die organische Krankheit zu diagnostizieren und sie zugleich mit Medizin, Chemie und Ratschlägen zu kurieren, tut noch etwas darüber hinaus. Er nimmt dem Klienten alle Arbeit ab. Der Klient wird leicht in die Rolle des Kindes hineingebracht, das andere danach fragt was es hat, und das artig konsumiert, was man ihm gibt. Ein solch kindlicher Klient beschäftigt sich nicht mehr mit seiner eigenen Prävention. Weder der Klient noch der Arzt, der nur auf Krankheit fixiert ist, nimmt darüber hinaus wahr, wo es dem Klienten gut geht oder was er auch positiv für seine Gesundheit tut. Auf leicht verfügbare Medikamente und Ratschläge eingeschworen, nimmt der Klient den Protest seines Körpers nicht mehr ernst, fragt nicht mehr, wo behandle ich meinen Körper schlecht, wo gehe ich gut

und liebevoll mit ihm um. Er akzeptiert lieber die Rolle des organisch Kranken als den Protest seines Körpers ernstzunehmen und zu begreifen, daß irgend etwas bei ihm nicht stimmt. Die Chancen der personalen Kommunikation liegen darin, dem Klienten bewußt zu machen, daß er für sich selbst verantwortlich ist, daß er Möglichkeiten hat, sich selbst zu verstehen und sich selbst zu verändern.

Die Grenzen der personalen Kommunikation liegen darin, daß sie viel Wissen erforderlich macht, viel Zeit und Training und unter Umständen auch Selbsterfahrung. Die Massenkommunikation kann die personale Kommunikation vorbereiten und unterstützen, indem sie Wissen vermittelt und die Bereitschaft in Gang setzt, sich mit seiner eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen.

Jugoslawien: Die personale Kommunikation in ihrer besten Form

von Dr. Bratislav Tomic

Direktor des Instituts für Gesundheitserziehung in Serbien,
Belgrad

Bei der Planung der Programme zur Gesundheitserziehung spielt die Wahl der Strategie eine grundlegende Rolle. Die Art der Kommunikation zwischen den Empfängern und Anbietern der Gesundheitserziehung verlangt unterschiedliche Vermittlungsformen. In der Theorie scheint dies recht einleuchtend, in der Praxis wird das Endresultat aber von den bestehenden (oder zu erwartenden) sozioökonomischen, politischen u.a. Bedingungen bestimmt sowie durch weitere Faktoren, die rein potentieller Natur sind oder noch nicht einmal vorausgesehen werden können.

Analysiert man unsere Programmplanung in der Gesundheitserziehung während der letzten Jahre^{1,2,3,4,5}, so wird deutlich, daß wir von den Massenmedien nur sehr geringen Gebrauch machten und uns seit unserem ersten Projekt 1953 in Pozaranje, wie auch später 1964 in Ivanjica, bis zum letzten Projekt 1973-1977 in Rekovac^{3,5,6,7,8} auf die Methode des direkten Kontakts von Mensch zu Mensch konzentrierten.

Für die Wahl einer Strategie, die sich hauptsächlich auf die personale Kommunikation richtete, war die bestehende Situation in Jugoslawien sicherlich ein entscheidendes Kriterium. Jedoch haben uns auch jahrelange Erfahrungen bei der Durchführung verschiedener Gesundheitserziehungsprogramme in Gemeinden, Schulen und Betrieben davon überzeugt, daß die persönliche Kommunikation wichtig und effektiv ist, besonders in der täglichen Arbeit von Ärzten und Schwestern.

Welche Faktoren fördern oder behindern die gesundheitserzieherischen Aktivitäten in Jugoslawien, einem Land mit einem staatlichen Gesundheits- und einem staatlichen Krankenversicherungswesen? Wie haben wir einen Teil der Probleme, die unsere Arbeit behindern, gelöst oder versucht zu lösen? In welchem Ausmaß haben wir beispielsweise die Gesundheitserziehung ganz oder teilweise zugänglich gemacht, insbesondere bei der gesundheitlichen Primärversorgung?

Anschrift: Institut für Gesundheitserziehung in Serbien, P. O. Box 814, 24 Skerliceva, Belgrad, Jugoslawien.

In dieser Arbeit werden wir a) die Politik erläutern, die bei der Entwicklung der Gesundheitserziehung im Bereich der Primärversorgung verfolgt wird und b) die Ergebnisse einer Studie darlegen, die die Resultate unseres Versuches auswertet und so eine Grundlage für eine mögliche landesweite Ausweitung des Programmes liefern soll.

Somit war es uns möglich, durch Beobachtung und Messung festzustellen, welche Bemühungen am erfolgreichsten waren und uns demzufolge auf die Methoden zu konzentrieren, die den größten Nutzen für die Betroffenen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung erbringen.

Der Aufbau der Studie

Im Jahre 1968 wurde ein neuer Gesundheitsdienst, der sogenannte ‚Gesundheitsbesucherdienst‘ (Health Visitors Service, HVS) ins Leben gerufen. Es war nun unser Anliegen festzustellen a) welches die praktischen Aspekte der Rolle und Stellung des Gesundheitsbesuchers waren, der als Erzieher, Organisator, Katalysator und Vertreter der Gesundheitsbehörden auftrat* und ein Bindeglied zwischen den ambulant behandelten Patienten, ihren Familien und der örtlichen Gemeinde darstellt und b) welche Wechselbeziehungen zwischen den Zielgruppen und den Gesundheitsdiensten bestehen, einschließlich der besonderen Interventionsmöglichkeiten des vielseitig einsetzbaren Gesundheitsbesuchers im Rahmen des vorgesehenen Erziehungsprozesses. 2, 7, 8.

Die Untersuchungen wurden in zwei vergleichbaren Kommunen durchgeführt, die jeweils als Untersuchungs- bzw. Kontrollgebiet dienten. Die Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppen wurden ebenso geprüft, wie die der im Gesundheitsdienst tätigen Personen. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse wurde ein umfassendes Gesundheitserziehungsprogramm für das Untersuchungsgebiet entworfen. Ursprünglich hatte man beabsichtigt, zwei Parallelprogramme durchzuführen, eines in einem städtischen, das andere in einem ländlichen Gebiet. Aufgrund der finanziellen Beschränkungen konnte jedoch lediglich ein Projekt in einer ländlichen Gegend durchgeführt werden. Dort wurde die Interaktion der Zielgruppen während des gesamten Verlaufs des Programms gemessen.

Die Auswertung basierte auf einigen sorgfältig ausgewählten Verhaltensweisen wie 1) Häufigkeit der Besuche des Beratungszentrums von werdenden Müttern, während der ersten drei Monate der Schwangerschaft; 2) Häufigkeit erstmaliger oder wiederholter Abstriche (Papanicolaou) zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs; 3) Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter, die über die richtigen Techniken der Selbstuntersuchung der Brust unterrichtet wurden; 4) Anzahl der unaufgefordert zur Untersuchung gebrachten Wasserproben; 5) Einstellungsveränderungen der Gesundheitshelfer im Hinblick auf die Integration von Vorbeugemaßnahmen und Gesundheitserziehung in ihre tägliche Arbeit.

Da das Programm für eine natürliche Umgebung geplant worden war, hatten weder Gemeindegewestler noch Gesundheitshelfer Kenntnis von den ausgewählten Evaluationskriterien. Diese Maßnahme sollte jede Beeinflussung ausschließen. Für

* Der Gesundheitsbesucher ist eine Gemeindegewestler, die besonders für die Gesundheitserziehung in Familie und Gemeinde ausgebildet wurde und 500 bis 700 Familien betreut.

die Beteiligten wurde die Zielsetzung des Projektes folgendermaßen erklärt: Verbesserung der Qualität des Gesundheitsdienstes — unter Berücksichtigung der bestehenden Verhältnisse und der zur Verfügung stehenden Mittel — durch intensivere und besser integrierte gesundheitserzieherische Maßnahmen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern sollten.

Während der Gesamtdauer des Projektes wurden intensive berufsbegleitende Fortbildungsmaßnahmen angeboten. In Zusammenarbeit mit den Gesundheitshelfern und den Besuchern des Gesundheitsdienstes wurden neue Maßnahmen entwickelt, um den Erwartungen beider Seiten gerecht zu werden und sie so weit als irgend möglich zufriedenzustellen. Die Gesundheitshelfer wurden angehalten, keine didaktischen Methoden zu benutzen; vielmehr wurden sie aufgefordert, sich auf die jeweilige erzieherische Situation zu konzentrieren, indem sie den Bedürfnissen der Menschen entgegenkommen, den günstigsten Augenblick suchen und ausnutzen, Gruppenarbeit und Gruppendynamik fördern und dem logischen Entwicklungsprozeß des sogenannten ‚kleinen Programms‘ folgen, d.h. Beratungsdienst für Frauen, einschließlich der Schwangerschaftsberatung, Familienplanung und Krebsfrüherkennung; Säuglingsberatungsstellen; Wasserversorgung und Umwelthygiene; Zahnpflegeprogramme für Vorschul- und Schulkinder (Technik des Fluoridierens durch Spülen); Gesundheitserziehung in der Schule; Organisation von informellen Gruppen, wie Gesundheitskomitees in der Gemeinde, Diskussionsgruppen, etc. Man machte bestehende Gesundheitsdienste dadurch zugänglich, daß man einer Gemeindegewester eine Mikroregion zuteilte, wo sie mit den Bewohnern leben konnte. Außerdem gab es ein mobiles Team bestehend aus zwei oder drei praktischen Ärzten, einem Kinderarzt oder Gynäkologen und einem Zahnarzt, das in einem speziell eingerichteten Kleinbus auf die Dörfer fuhr und die Bevölkerung aufforderte, neue gesundheitsbezogene Verhaltensweisen anzunehmen. Somit basierte das gesamte Projekt auf der personalen Kommunikation.

Die Methode

Bei der Entwicklung einer gemeindenahen Gesundheitserziehung wurde unsere Methodik von drei Grundprinzipien bestimmt: sie sollte allumfassend sein, die wechselseitigen Beziehungen und das beabsichtigte Feedback berücksichtigen.

Es wäre sicherlich weit einfacher, schneller und billiger gewesen, ein bestimmtes Gesundheitsproblem, eine einzige Bevölkerungsgruppe oder eine einzelne Methode auszuwählen — gesetzt den Fall, dies hätte wirklich den Beweis erbracht, den die Forscher erbringen wollten.

Um den Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen, die bei der Verlagerung laborgestützter Forschung in normale Umweltbedingungen auftreten — obwohl wir diese Umwelt als praxisnahes Laboratorium ansahen — entschieden wir uns für die schwierigste aller Möglichkeiten, die gleich mit Fehler einschließt, da auch diese für uns aus methodologischer Sicht von großem Interesse waren, manchmal von noch größerem, als der Erfolg selbst.

Man konzentrierte sich besonders auf die erzieherische Rolle des Gesundheitshelfers, der das Verhalten anderer, die auf diesem Gebiet tätig sind, auch in seiner Eigenschaft als Organisator von gesundheitserzieherischen Maßnahmen beeinflusst.

Als solcher muß er bestrebt sein, bei den anderen Beteiligten ein einigermaßen dauerhaftes Verantwortungsgefühl für den Erfolg des Programmes zu wecken, da es sehr viel schwieriger ist, einen zweiten Ansatz zu machen. Das bedeutet, daß eine erfolgreiche Gesundheitserziehung eine Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Ärzte und Schwestern selbst erfordert. Als erstes müssen sie *das Vertrauen der Menschen gewinnen*, wenn sie eine pädagogische Wirkung erzielen wollen.

Wenn ein Patient eine Gesundheitseinrichtung aufsucht, ist es relativ leicht, ihn zur Mitarbeit zu bewegen, da er stark motiviert ist und fast alles tun wird, um seine Gesundheit wiederzulangem. Sind die Ärzte und Schwestern geschickt genug, so wird es ihnen gelingen, diesen erzieherisch günstigen Augenblick auszunutzen und nicht nur das Verhalten des Patienten zu beeinflussen, sondern auch homogene, informelle Gruppen zu bilden und Erziehungsprogramme im kleinen Rahmen zu organisieren, die entweder direkt (von der Gemeindeschwester) oder indirekt (vom Arzt) geleitet werden können.

Weit schwieriger ist es, gesunde Leute davon zu überzeugen, daß sie etwas zum Schutz und zur Verbesserung ihrer Gesundheit tun müssen. Um sie zu mobilisieren, müssen wir ihren Bedürfnissen und Interessen entgegenkommen. Das erfordert ein ganz anderes Vorgehen, als im ersten Fall und oft auch sorgfältige Vorbereitung.

Unabhängig davon, ob wir es mit Kranken oder mit Risikogruppen zu tun haben, der direkte Einfluß des Erziehers und Gesundheitshelfers ist von hervorragender Bedeutung, um dauerhafte Erfolge zu erreichen; diese Ansicht wurde durch die Gesundheitsprojekte bestätigt, die wir in Jabucje^{9, 10}, im Kohlegebiet von Kolu-barski^{10, 11}, durchführten sowie in der Kugellagerindustrie^{10, 13}, und insbesondere in Pozaranje³, Ivanjica^{4, 5, 6} und Rekovac^{7, 8}. Persönlicher Kontakt, Vertrauen, gegenseitiger Respekt und die enge Zusammenarbeit von Arzt und Hilfesuchendem und Krankenschwester und Hilfesuchendem führten zu beeindruckenden pädagogischen Fortschritten und stellten beide beteiligten Parteien zufrieden.

Der Arzt: Möglichkeiten und Hindernisse

Die Rolle des Arztes in einem Gesundheitserziehungsprogramm kann von erheblicher Bedeutung sein. In der Praxis ist dies jedoch selten der Fall, und das Gegenteil ist wohl eher die Regel, wie wir im ersten und letzten Projekt feststellten (Pozaranje, 1953 und Rekovac, 1973). Dies ist nicht nur darauf zurückzuführen, daß der Arzt für diese Arbeit nicht vorbereitet ist, sondern auf weit entscheidendere Gründe, daß nämlich die Rolle des Arztes mit der Rolle des Gesundheitserziehers in gewisser Hinsicht unvereinbar ist. In vielen Dokumenten der WGO wurde betont, daß die Ärzte sich von ihrer mythologischen Rolle — als Magier und Wunderheiler — befreien und den Patienten oder Ratsuchenden als Mitglied eines Teams und einer Arbeitsgruppe ansehen müssen. Von diesem Ziel sind wir aber noch weit entfernt, und bei allen Programmen, die von 1954 bis heute durchgeführt wurden, sahen wir uns mit dem energischen Widerstand der Ärzte gegen die Gesundheitserziehung konfrontiert. Selbst junge Ärzte fühlten sich mehr oder weniger frustriert, wenn es darum ging, ihre Gewohnheiten und ihr Verhalten zu verändern, wenn sie anfangen sollten, den Leuten zuzuhören und sie zu ermutigen „mitzureden“ über das, „was

zu tun sei“ und „wie es zu tun sei“. Einige Ärzte mußten sogar ihre Gemeinde verlassen, weil sie feststellten, daß das neue System ihr Image und ihre Rollenvorstellung, auf die sie sich eingestellt hatten, veränderte.

Will man die Effektivität bewerten, so muß man die Anzahl der beteiligten Personen berücksichtigen. Bei der Einschätzung des Potentials der persönlichen Kommunikation in unseren Projekten, wie auch bei einigen anderen Studien, die in unserem Land durchgeführt wurden, war zu beobachten, daß nur eine recht geringe Zahl von Menschen tatsächlich mit dem Arzt in Berührung kam (ca. 10%). Darunter fielen hauptsächlich die chronisch Kranken, alte Menschen und Patienten mit akuten Krankheiten. Abgesehen von den passenden Gelegenheiten, mit dem Arzt Kontakt aufzunehmen, waren die Chancen dieser Leute, von einer systematischen und erfolgreichen Gesundheitsberatung zu profitieren, höchst gering oder gleich null (unzureichende Anzahl von Ärzten, kurze Kontaktdauer, fehlende Motivation der Ärzte und mangelnde gesundheitserzieherische Kenntnisse, etc.).

Wir stellten fest, daß dasselbe auch auf die Schlüsselpersonen und Entscheidungsträger zutraf. Auch für dieses Zehntel der Personen war die Effektivität der Gesundheitserziehung durch den Arzt minimal und hatte nicht die beabsichtigten Auswirkungen auf die anderen Familienmitglieder, die soziale Umgebung oder die Gemeinde.

Was die Bedürfnisse und Interessen der Patienten betrifft, so zeigte die Studie, daß diese eine untergeordnete Rolle spielten, da die Ärzte sich hauptsächlich darauf beschränkten, den Verlauf der Krankheit einzudämmen. Somit kann auch der Arzt, der motiviert ist, die Gesundheitserziehung in seine tägliche Arbeit im Rahmen einer ambulanten Behandlung einzubeziehen, höchstens eine erfolgreiche Behandlung erzielen und den Patienten dazu bewegen, seine Anweisungen streng zu befolgen. Das wirft die Frage auf: wie steht es mit der sekundären Prävention und der Früherkennung? Und nicht weniger wichtig: wie steht es mit der primären Prävention und der Verbesserung des Gesundheitszustandes? Diese beiden Gesichtspunkte spielen für die Wertmaßstäbe der Ärzte und Patienten keine entscheidende Rolle, und unter den bestehenden Bedingungen ist es schwierig, neue Verhaltensnormen zu fördern.

Ausweitung des Einflusses durch die Erziehung

Um die Gesundheitserziehung in die medizinische Arbeit zu integrieren und die Aufmerksamkeit — zumindest teilweise — auf die sekundäre und wenn möglich auch auf die primäre Prävention zu richten, förderten wir die Zusammenarbeit anderer Institutionen mit den Gesundheitszentren; die regionale Krankenversicherung und die Serbische Krebsgesellschaft erklärten sich bereit, mobile Beratungszentren, Apotheken, epidemiologische und gesundheitsdienstliche Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, und mit Hilfe der regionalen Krankenversicherung erhielten wir finanzielle Unterstützung für alle Präventivdienste und das Gesundheitsbesucherprogramm.

Um die Häufigkeit der Kontakte mit den Gesundheitshelfern vor allem für gesunde Menschen zu fördern, entschieden wir uns außerdem, unsere Tätigkeiten über die Gesundheitszentren hinaus auszuweiten und eine hauptberufliche, vielseitig

einsetzbare Gemeindeschwester einzustellen, die dann die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen (werdende und junge Mütter, etc.) informieren, motivieren und erziehen sollte. Sie sollte die Bevölkerung nicht nur dazu ermutigen, die mobilen Beratungszentren aufzusuchen, sondern noch einen Schritt weiterzugehen und als Gruppe Vorschläge zu unterbreiten, wann das mobile Zentrum in ihr Dorf kommen solle, um eine optimale und zufriedenstellendere Ausnutzung der Gesundheitsdienste zu erreichen.

Durch die Arbeit der Gesundheitsbesucher war es uns möglich, mehr als 90% der Bevölkerung zu erreichen und deren Chance einer adäquaten Gesundheitserziehung durch direkten persönlichen Kontakt optimal zu erhöhen. Wenn man berücksichtigt, daß ein hoher Prozentsatz der alltäglichen Gesundheitsprobleme von der Gemeindeschwester selbst gelöst werden kann, so sieht man, welche weitreichenden Arbeitsmöglichkeiten hier bestehen. Die Schwester steht dem Patienten näher und ist schnell erreichbar, wenn gesundheitliche Probleme auftreten. Das gleiche gilt nicht für den Arzt (kulturelle Unterschiede, Schwierigkeiten der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit). Gerade aus diesen Gründen konzentrierte sich unser Gesundheitserziehungsprogramm während dieser Phase auf den Gesundheitsbesucher.

Verhaltensveränderung: Maßstab für den Erfolg

Wir benutzten Verhaltensveränderungen als Maßstab für den Erfolg unseres Gesundheitserziehungsprogramms. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, über die Meßbarkeit von Veränderungen in den Lebensgewohnheiten zu diskutieren. Es ist jedoch bekannt, daß es viele Schwierigkeiten und Einschränkungen für die Anwendung statistischer Methoden in diesem Bereich gibt.

Als ein Beispiel bestehender Kontroversen in der Literatur und den herrschenden Lehrmeinungen, wollen wir das Problem des „freiwilligen Besuchs im Beratungszentrum“ von werdenden Müttern und anderen Bevölkerungsgruppen erwähnen. Es trifft zwar zu, daß die Schwester die Frauen zum Beratungszentrum bringen oder ihnen zumindest mitteilen kann, daß das Beratungszentrum an einem vereinbarten Tag in ihr Dorf kommen wird, doch, wie schon das Sprichwort sagt, „man kann ein Pferd zwar zur Tränke bringen, aber nicht zum Saufen zwingen“. Aus diesem Grund lag es in unserer Absicht, die Frauen zu ermutigen, entweder einzeln oder als Gruppe, selbst die Initiative zu ergreifen und das Beratungsteam in ihr Dorf einzuladen.

Wir gingen bei unserem Projekt von dem Standpunkt aus, daß das Interesse an neuen Gesundheitspraktiken durch herausfordernde Situationen, angenehme Erfahrungen und Zufriedenheit mit neuartigen Gesundheitsdiensten geweckt werden kann. Es war unser Ziel, die Normen innerhalb der Gemeinde zu verändern, nicht nur die Einstellungen und den Wissensstand.

Wenn das Beratungszentrum und der Arzt das Dorf auf Einladung von interessierten Bewohnern aufsuchen, die durch informelle Gruppen unterstützt wurden, die wiederum von den Gesundheitsbesuchern durch ihre individuelle Arbeit und ihre Hausbesuche angeregt und organisiert worden waren, dann wird sich die Mehrzahl der Frauen mit größter Wahrscheinlichkeit auch zur Untersuchung vorstellen. Wenn sich die Kontakte Arzt-Hebamme-Mutter als nützlich erweisen, werden

Folgebesuche noch häufiger sein. Dann wird eines Tages das regelmäßige Aufsuchen der Beratungsstelle generelle Norm und allgemein akzeptiertes gesundheitliches Verhalten sein, unabhängig davon, ob der Besuch dieser Einstellung voranging oder umgekehrt und unabhängig davon, ob alle notwendigen Informationen und Kenntnisse vorher, während oder selbst nach dem Besuch im Beratungszentrum erworben wurden.

Bestandsaufnahme der Auswirkungen nach Ablauf des halben Untersuchungszeitraums

Da bisher noch keine endgültige Auswertung zur Verfügung steht, können in dieser Arbeit nur bestimmte Daten über die in den letzten drei Jahren verzeichneten Verhaltensveränderungen wiedergegeben werden. Selbst diese unvollständigen Angaben zeigen schon die Auswirkungen der gesundheitserzieherischen Maßnahmen zur Halbzeit des Projekts, sowohl bei den von den Maßnahmen Betroffenen als auch bei den Durchführenden.

1. Von den 210 schwangeren Frauen im Untersuchungsgebiet besuchten 188 (90%) während des ersten Viertels ihrer Schwangerschaft freiwillig das Beratungszentrum (Abb. 1). Über 2800 gynäkologische Untersuchungen wurden durchgeführt, gefolgt von gezielten Erziehungsprogrammen zu den Themen Geburt, Säuglingsalter, Familienplanung, usw. Insgesamt gesehen stieg die Häufigkeit der Besuche von Müttern mit Kleinkindern von Jahr zu Jahr nicht nur zahlenmäßig, sondern auch hinsichtlich des Anteils gesunder Babys, die zur regelmäßigen Untersuchung gebracht wurden. So konnte die Rachitis, die drei Jahre zuvor in geringem Ausmaß aufgetreten war, ausgerottet werden. Außerdem wurden insgesamt 99% der Kinder während der Studie geimpft.

2. Als Ergebnis eines gezielten Gesundheitserziehungsprogramms zur Verbreitung der Technik der Selbstuntersuchung der Brust zur Krebsbekämpfung erlernten dies

ABB. 1: ANZAHL DER SCHWANGEREN FRAUEN IM UNTERSUCHUNGSGEBIET, DIE DAS BERATUNGSZENTRUM WÄHREND DER ERSTEN DREI MONATE DER SCHWANGERSCHAFT AUFSUCHTEN (1973-1976)

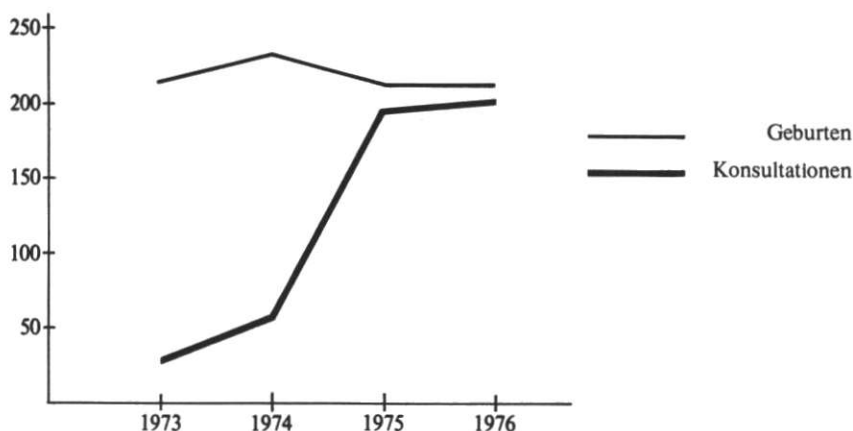


TABELLE 1: ANZAHL DER FRAUEN IM UNTERSUCHUNGSGBEIT, DIE DEN ARZT AUFSUCHTEN, NACHDEM SIE AUFFÄLLIGKEITEN AUFGRUND EIGENER BRUSTUNTERSUCHUNGEN FESTGESTELLT HATTEN

	1973	1974	1975	Insgesamt
Anzahl der Frauen, die eine Untersuchung wünschten	4	12	15	31
Anzahl der Mammographien	5	11	14	30
Anzahl der Biopsien	1	6	8	15
Anzahl der chirurgischen Eingriffe	2	4	8	14
Anzahl der Bestrahlungen	3	3	6	12

TABELLE 2: ANZAHL DER SPONTAN GEWÜNSCHTEN VAGINALABSTRICHE IM UNTERSUCHUNGS- UND KONTROLLGEBIET

	UNTERSUCHUNGSGBEIT		KONTROLLGEBIET	
	<i>Erstmalig</i>	<i>Wiederholt</i>	<i>Erstmalig</i>	<i>Wiederholt</i>
1973	83	—	—	—
1974	112	7	—	—
1975	302	31	105	(Screening-Test)
Insgesamt:	497	38	105	—

1163 Frauen, das sind 20% der weiblichen Risikogruppe. Durch ihre neuen Kenntnisse wurden im Verlauf des Jahres 15 Frauen veranlaßt, den Arzt aus freien Stücken aufzusuchen, da sie Veränderungen an ihrer Brust festgestellt hatten. Dies führte zur Erkennung von Tumoren und einer frühzeitigen Behandlung bei mehr als der Hälfte der Patientinnen (vgl. Tabelle 1).

3. Im gleichen Zeitraum überstieg die Zahl der durchgeführten Vaginalabstriche fast die Leistungsfähigkeit des Labors. Der stetige Anstieg, der im Untersuchungsgebiet festzustellen war (vgl. Tabelle 2), steht im Gegensatz zur Situation im Kontrollgebiet, in dem nur eine Kampagne durchgeführt worden war.

4. Durch die Beteiligung der Gemeinden und Kommunalbehörden wurde ein Fonds zur Förderung der Gesundheit eingerichtet, und dem Gesundheitskoordinationausschuß, der mit den lokalen Gesundheitsverbänden und Schulen arbeitet, gelang es, die Wasserversorgung erheblich zu verbessern. Während des Untersuchungszeitraums wurden elf Anlagen zur Wasserversorgung errichtet, mit nahezu 50 Brunnen, die in Dörfern und Schulen installiert wurden. Es konnte auch ein merklicher Anstieg der Wasserproben verzeichnet werden, die unaufgefordert zur bakteriologischen und chemischen Analyse gebracht wurden (vgl. Abb. 2). Des weiteren wurden die Wasserversorgungsanlagen über den Gemeindefonds finanziert und größtenteils durch freiwillige Arbeit gebaut, wie Abbildung 3 zeigt.

5. Die Arbeit der Gesundheitsbesucher war sehr intensiv und wurde jedes Jahr ausgeweitet. Die nachfolgende Statistik zeigt den Umfang der Arbeiten. Innerhalb eines Jahres machten neun Gesundheitsbesucher 6327 Hausbesuche, d.h. durch-

schnittlich 3-5 Besuche pro Person und Tag. Zusätzlich halfen sie den Ärzten in den mobilen Beratungszentren für junge Mütter, arbeiteten mit zahlreichen Diskussionsgruppen und lokalen Gesundheitsverbänden, stellten Kontakte mit den Schulen, dem Amt für Sozialarbeit und anderen kommunalen Stellen her.*

ABB. 2: ANZAHL DER WASSERPROBEN, DIE IM UNTERSUCHUNGSGEBIET SPONTAN ZUR UNTERSUCHUNG GEBRACHT WURDEN

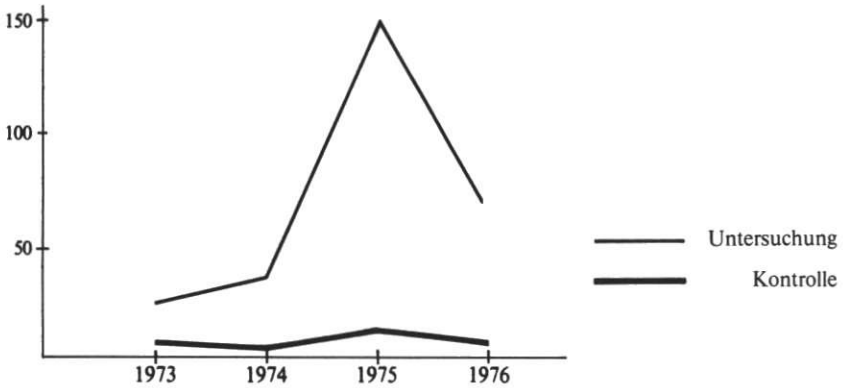
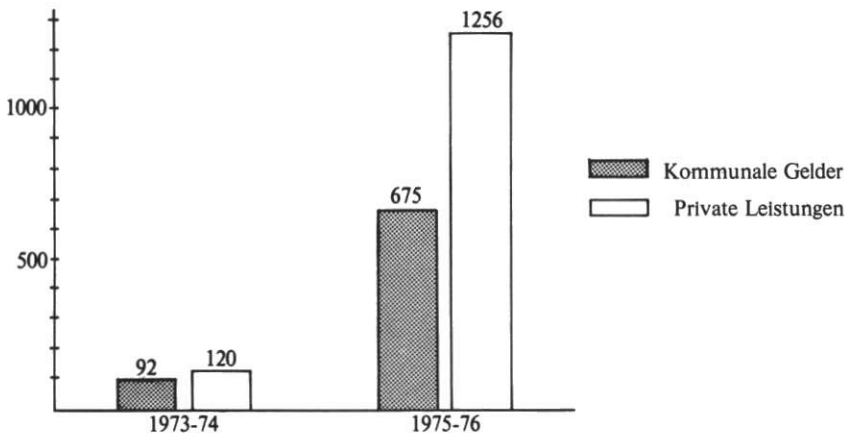


ABB. 3: VERHÄLTNISS VON KOMMUNALEN GELDERN UND PRIVATEN LEISTUNGEN IN VERBINDUNG MIT DER ERRICHTUNG VON WASSERVERSORGUNGSANLAGEN IM UNTERSUCHUNGSGEBIET (in tausend Dinars)



6. Die finanziellen Mittel werden oft als der wichtigste Faktor und das größte Hindernis für ein reibungsloses Funktionieren der Gesundheitsdienste angeführt. Aus diesem Grunde entschlossen wir uns zu untersuchen, welche Auswirkungen die Veränderungen bei der internen Verteilung der Mittel für Vorbeugemaßnahmen und Gesundheitserziehung haben. Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, daß der Prozentsatz

* Während der gesamten Laufzeit des Projekts wurden die Gesundheitsbesucher intensiv ausgebildet und gleichzeitig zur Ausbildung anderer Gesundheitsbesucher für ein größeres Gebiet herangezogen.

der für Vorbeugung/Gesundheitserziehung aufgewandten Mittel von 5% im Jahre 1973 auf 38,1% im Jahre 1976 anstieg. Dies wurde außerdem ohne eine Verminderung der Qualität der kurativen Versorgung oder des Umfanges der medizinischen Dienstleistungen erreicht.

TABELLE 3: FÜR PRÄVENTIVMASSNAHMEN BEWILLIGTE GELDER IM RAHMEN DES GESAMTBUDGETS DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSWESENS IM UNTERSUCHUNGSGBIET

	1973	1974	1975	1976	1977
Prozent	5 (?)	23.5	25.2	38.1	43.0

Zusammenfassung

1. Die besten Ergebnisse werden erzielt, wenn die Gesundheitserziehung in die bestehenden Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung integriert wird, d.h. wenn sie auf der direkten Arbeit mit der Bevölkerung basiert. Nur durch den Einsatz des Gesundheitshelfers können wir Schulkinder, Industrie- oder Landarbeiter oder die Bevölkerung allgemein effektiv erreichen. Jedes andere Konzept ist schwierig oder oft unmöglich zu realisieren.
2. Der Arzt ist zwar eine Schlüsselfigur in der Gesundheitserziehung, aber er ist nicht darauf vorbereitet, alle Forderungen zu erfüllen, die ein Erziehungsprogramm an ihn stellt. Deshalb muß die Lösung des Problems in nächster Zukunft innerhalb des realistisch Möglichen gefunden werden (Zahl der verfügbaren Ärzte und deren fachliche Ausbildung).
3. Krankenschwestern, insbesondere jene, die in Einrichtungen zur Prävention und Gesundheitserziehung arbeiten, sind für die Arbeit mit Kranken als auch mit Gesunden besser geeignet. Außerdem ist die Krankenschwester — weit mehr als der Arzt — bereit, die nötigen Opfer zu bringen, um die gesundheitserzieherischen Aktivitäten zu fördern und deren Ergebnisse zu verfechten. Sie steht der Bevölkerung näher, sie kann schneller ausgebildet werden, es gibt mehr Krankenschwestern als Ärzte, und ihre Zeit ist außerdem nicht so kostspielig.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nikolic, A., Tomic, B., Milutinovic, M., Spasovic, S. and Popovic, M. (1973). *The Role of the Medical Centre in the Planning of General Community Development*, Paris: VIII. Internationale Konferenz für Gesundheitserziehung.
2. Nikolic, A. and Tomic, B. (1975) Rôle du Centre de la santé dans le développement des communautés. *Revue internationale d'éducation pour la santé*, Band 18, Nr. 1, S. 47.
3. Tomic, B. and Rakic, B. (1955). *Pozaranje - prvisogledni centar za zdravstvene vaspitanje*. Zagreb: Zastita zdravlja.
4. Tomic, B. (1975) *The Development of the Health Visitor Service*. Cavtat: Symposium on Health Education and Family Health.
5. Tomic, B. (1976). *Health Education in Europe*, p. 210-220: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln.
6. Tomic, B. (1976). *The Evaluation of a Comprehensive Community Health Education Programme*. Ottawa: IX. Internationale Konferenz für Gesundheitserziehung.
7. Tomic, B., Nikolic, A. and Timasevic, V. (1977). *Ivanjica: A Community Conquers Health*. *International Journal of Health Education*, Band 20, Nr. 2, Supplement.

KAPITEL IV

**Verbindung von
Massenkommunikation
und personaler
Kommunikation**

Gesundheitsverhalten und Kommunikationsprozess: Die Folgerungen für die Professionalisierung

von Dr. Leo Baric

Dozent an der Abteilung für Community Medicine,
Universität Manchester

Die Veränderungen, die sich augenblicklich in der Gesundheitserziehung vollziehen, sind die Folge der Einbeziehung der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem und führten dazu, daß die Evaluation gesundheitserzieherischer Aktivitäten, besonders im Hinblick auf das menschliche Verhalten (cf. Baric, S 21) größeres Gewicht erhielt.

Daher liegt das wesentliche Ziel der Gesundheitserziehung in der Verhaltensbeeinflussung der Bevölkerung. Zur Evaluierung dieses Zieles wird es zunächst einmal erforderlich sein, das Verhalten in bezug auf Gesundheit und Krankheit genauer zu definieren. Ist dies erst einmal getan, müssen als nächstes jene Aspekte gesundheitserzieherischer Aktivitäten herausgestellt werden, mit denen dieses Ziel am wirksamsten erreicht werden kann. Hier müssen wir die Bedeutung des Kommunikationsprozesses unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes sowohl personaler Methoden als auch der Massenmedien getrennt oder gemeinsam untersuchen.

Durch die Integration der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem und die Beschäftigung mit dem menschlichen Verhalten sehen wir uns veranlaßt, die Maßnahmen zu untersuchen, die zum Schutze der Bevölkerung in die gesundheitserzieherische Arbeit aufgenommen werden sollten. Daher muß in Erwägung gezogen werden, ob die Tätigkeit zu professionalisieren oder aber ein neuer Beruf des Gesundheitserziehers zu schaffen ist.

GESUNDHEITSVERHALTEN: EIN NEUER SCHWERPUNKT

Obwohl die Gesundheitserzieher insgeheim stets an Verhaltensmodifikationen gedacht haben, unterscheidet sich die neue Situation doch durch die Tatsache, daß sie jetzt erklärtes und direktes Ziel der Gesundheitserziehung sind, während man sie sich früher nur als „Nebenprodukt“ bei der Veränderung des Wissens über Gesund-

Anschrift: Department of Community Medicine, University of Manchester, Stopford Building, Oxford Road, Manchester M13 9PT, England.

heitsgefahren erhoffte. Dies bedeutet, daß wir dieses Ziel jetzt genauer definieren müssen, wenn wir Effektivität und Auswirkung unserer Aktivitäten evaluieren wollen.

Untersuchen wir die sogenannten verhaltensbedingten Erkrankungen, so erkennen wir verschiedenartige Verhaltensmuster, die beim einzelnen Krankheit verursachen oder verschlimmern.

Zielorientiertes oder zufälliges Verhalten

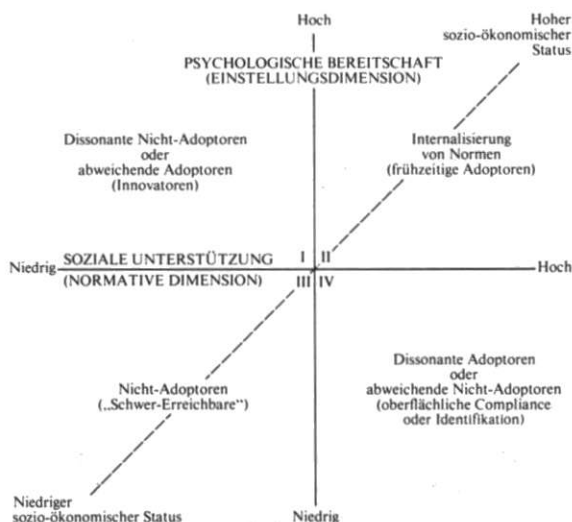
Die erste Differenzierung kann zwischen gesundheitsorientierten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen gemacht werden. Gesundheitsorientiertes Verhalten kann entstehen entweder weil ein Symptom bekannt ist, weil neue Kenntnisse über eine gesundheitliche Gefährdung oder über bestehende Einrichtungen gewonnen werden, oder aber weil eine Entscheidung über notwendige Veränderungen vorausgegangen ist, d.h. das Verhalten ist zielbewußt.

Gesundheitsbezogenes Verhalten ist auch als „zufälliges Verhalten“ bekannt und beruht auf Ursachen, die keinen Bezug zur Gesundheit haben, denn der gesundheitliche Aspekt ist unbeabsichtigt und zufällig.

Der Prozeß des Messens

Die zweite Differenzierung kann im Hinblick auf die unterschiedlichen Meßmethoden gemacht werden. Hier kann es sich um ein Verhalten handeln, das entweder

ABBILDUNG 1. WECHSELWIRKUNG SOZIALER UND PERSÖNLICHER FAKTOREN



Klassifizierung von Veränderungsprozessen und Ergebnisse psycho-sozialen Verhaltens unter verschiedenen Bedingungen der psychologischen Bereitschaft und der sozialen Unterstützung (Green, L. W., 1970: „Should Health Education Abandon Attitude Change Strategies“? *Health Education Monographs*, Nr. 30, pp. 33).

beobachtet oder von dem berichtet wurde. Je nach Art des Verhaltens schließen wir auf das Maß an Glaubwürdigkeit, das ein derartiges Messen verdient. Beobachtete Verhaltensweisen werden häufig als harte Daten betrachtet, wohingegen berichtete Verhaltensweisen als weiche Daten angesehen werden.

Der Einfluß personaler und sozialer Faktoren

Die dritte Differenzierung kann im Hinblick auf den Ursprung der Verhaltensbeeinflussung gemacht werden. Obwohl wir bereits erwähnt haben (cf. Baric, S. 21), daß Gesundheitsverhalten auf der Interaktion sozialer und personaler Faktoren beruht, so wird doch die Mitwirkung jedes einzelnen für das Verhalten entscheidend sein. Soziale Faktoren können einer Erkrankung oder gesundheitlichen Gefährdung zugrundeliegen, oder aber die Lösung für ein gesundheitliches Problem liefern. Personale Faktoren können entweder als Ursache eines Gesundheitsrisikos angesehen werden oder zu dessen Verhütung beitragen. Die Ursache kann in der Art der Erbfaktoren oder Einstellungen liegen, und Prävention kann bedeuten, angemessene Kenntnisse und Motivation, um entweder ein bestimmtes Verhalten anzunehmen oder die bestehenden Einrichtungen in Anspruch zu nehmen.

Die Wechselwirkung sozialer und personaler Faktoren ist dann deutlich erkennbar, wenn Verhalten eine Funktion der sozialen Unterstützung und persönliche Bereitschaft zum gewünschten Handeln ist (*Abb. 1*). Entsprechend den vier möglichen Kombinationen, können wir konsonante Adoptoren, konsonante Nicht-Adoptoren, dissonante Adoptoren und dissonante Nicht-Adoptoren unterscheiden.

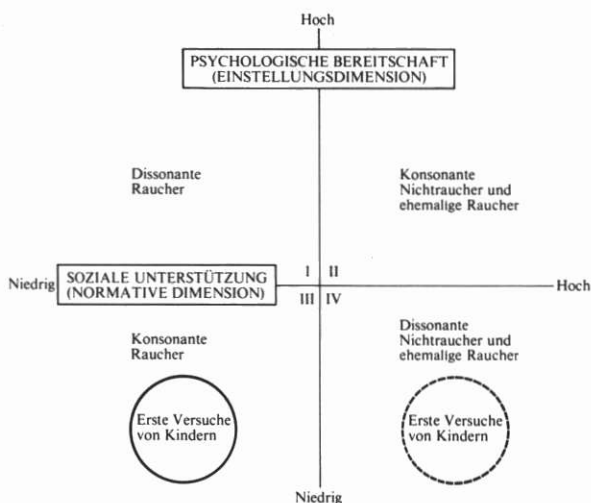
Wenn wir dieses Modell auf das Problem des Rauchens anwenden (*Abb. 2*), können wir vier unterschiedliche Kategorien unterscheiden:

1. Dissonante Raucher, die eine große psychologische Bereitschaft haben, das Rauchen aufzugeben (hohe Negativeinstellung), die aber für ihren Entschluß nur geringe Unterstützung durch die Gesellschaft finden (Fehlen einer Anti-Raucher-Norm).
2. Konsonante Nichtraucher, die niemals geraucht haben, und ehemalige Raucher, die es aufgrund großer persönlicher Bereitschaft (Internalisierung der Nichtrauchernorm) und der Unterstützung durch die Gesellschaft für dieses Verhalten (Nichtrauchernorm) mit Erfolg aufgegeben haben.
3. Konsonante Raucher, die nur geringe persönliche Bereitschaft zur Aufgabe des Rauchens zeigen und auch keinem sozialen Druck ausgesetzt sind, um das Rauchen einzustellen.
4. Dissonante Nichtraucher und ehemalige Raucher, die, obwohl sie augenblicklich nicht rauchen, doch den Wunsch haben zu rauchen, es aber aufgrund des starken sozialen Drucks unterlassen.

Wenn wir dieses Modell auf Kinder anwenden, dann sehen wir, daß sie aufgrund ihres Experimentierens mit dem Rauchen in die Kategorie der dissonanten Nichtraucher eingestuft werden sollten, d.h. jene geringe persönliche Bereitschaft zum Rauchen zeigen und einem starken sozialen Druck zum Nichtrauchen ausgesetzt sind. Wir finden sie indessen in der Kategorie der konsonanten Nichtraucher, und zwar nicht nur aufgrund geringer persönlicher Bereitschaft zum Rauchen, sondern

auch aufgrund geringer gesellschaftlicher Unterstützung, um nicht erst mit dem Experimentieren zu beginnen. So zeigt eine kürzlich erschienene Untersuchung, daß Mütter das Experimentieren ihrer Kinder mit dem Rauchen nicht ernst genug nehmen und sich nicht bewußt sind, daß diejenigen, die es nur einmal versuchen, in den meisten Fällen im späteren Leben zu regelmäßigen Rauchern werden.

ABBILDUNG 2. ANWENDUNG DES ISFP-MODELLS (DIAGRAM 1) AUF DAS PROBLEM DES RAUCHENS



Gewohnheitsmäßiges Verhalten kontra Wahlverhalten

Eine vierte Methode, Gesundheitsverhalten zu differenzieren, kann darin bestehen, daß überprüft wird, ob es eine Folge der Gewöhnung ist und als routinemäßiges Verhalten beschrieben werden kann oder ob es das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses ist. Routinemäßiges Verhalten kann mit gesundheitsbezogenem Verhalten gleichgesetzt werden, da es normalerweise früh im Leben während der primären oder sekundären Sozialisation erworben wird und ohne jegliche Voraussetzung oder besondere Absicht praktiziert wird. Der größte Teil unseres Alltags besteht aus routinemäßigen Handlungen wie Schlaf- und Eßgewohnheiten, Waschen, Ankleiden, soziale Beziehungen, Kommunikation, Reisen, etc. Die Routine versetzt uns in die Lage, Entscheidungen für Handlungen, die sich täglich wiederholen, außer acht zu lassen.

Nur wenn wir mit einem Problem konfrontiert werden, für das es keine Routinelösung gibt, sind wir zu einer Entscheidung gezwungen. Der Entscheidungsprozeß umfaßt die Bewertung von Alternativen, das Treffen einer Wahl und eine Handlung, der eine kognitive Dissonanz folgen kann, die einen Spannungsgrad schafft und gelöst werden muß. Routinemäßiges Handeln ist voraussagbar, während der Entscheidungsprozeß unbestimmbar ist, da sowohl die Wahl als auch die Art und Weise, in der die kognitive Dissonanz gelöst wird, von der Interaktion der sozialen

und psychologischen Faktoren abhängen werden, wie bereits im vorangehenden Text erwähnt (Abb. 3).

Es gibt noch sehr viel mehr Möglichkeiten, um gesundheitliches Verhalten zu klassifizieren und zu definieren. Aus diesem Grunde wird man auch nicht einfach sagen können, daß es das Ziel der Gesundheitserziehung sei, das gesundheitliche Verhalten zu verändern: wir werden dieses Verhalten genauer definieren müssen. Nur wenn wir dies tun, werden wir in der Lage sein, die Auswirkungen der Gesundheitserziehung zu bewerten und die Gründe für unseren Erfolg oder unser Scheitern herausfinden.

KOMMUNIKATION: EIN ZENTRALER FAKTOR IN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die genaue Definition des Gesundheitsverhaltens als ein Ziel der Gesundheitserziehung zeigt, wie vielschichtig das Problem der Verringerung gesundheitlicher Gefährdungen durch Verhaltensänderungen sein kann. Der Bevölkerung einfach zu sagen, was für sie am besten ist, in der Hoffnung, daß der Ratschlag befolgt wird, ist eine Methode, die nicht länger ausreicht. Die Vielschichtigkeit zeigt sich auch in der Analyse des Kommunikationsprozesses als einer der zentralen Faktoren in der Gesundheitserziehung.

Das mechanistische Modell: der erste Versuch, den Kommunikationsprozeß zu erklären

Untersuchungen zur Kommunikation stehen in enger Beziehung zur Entwicklung der Kommunikationstechnologie. Das erste formale Modell eines Kommunikationssystems war technischer Natur und nutzte solche Konzepte wie Sender, Coder,

ABBILDUNG 3. MODELL DES ENTSCHEIDUNGSPROZESSES

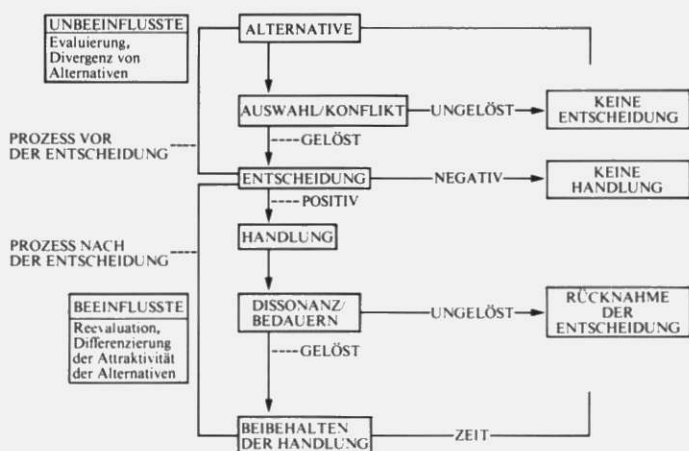
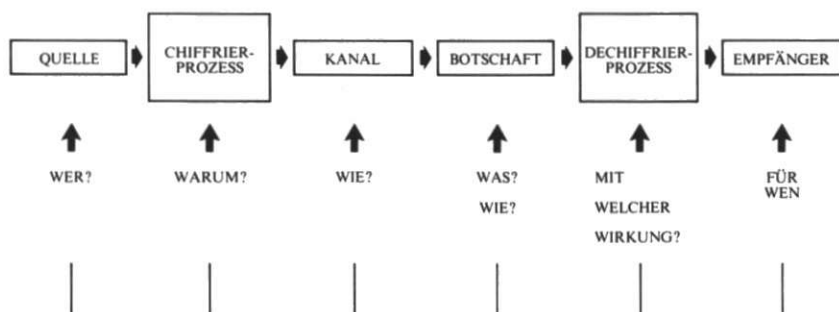


ABBILDUNG 4. MECHANISTISCHES MODELL DES KOMMUNIKATIONSSYSTEMS



Kanal, Decoder und Empfänger, die später auch von den Sozialwissenschaftlern für ihre Studienzwecke übernommen wurden.

Das mechanistische Modell (Abb. 4) sollte Fragen beantworten wie: Wer sendet die Botschaft aus, warum wurde sie gesendet, wie wurde sie gesendet, was wurde gesendet, mit welcher Wirkung und an wen wurde sie gesendet? Mit anderen Worten, das Modell bestand aus folgenden Teilen: der Quelle (wer?), dem Chiffrierprozess (warum?), dem Kanal (wie?), der Botschaft (was?), dem Dechiffrierprozess (mit welcher Wirkung?), und dem Empfänger (für wen?).

Lange Zeit hielt man dieses Modell für ausreichend, da es eine Vielzahl von Problemen berücksichtigte, die irgendwo im System auftauchen und eine Störung im Kommunikationsprozeß verursachen konnten. Dieser Ansatz führte dazu, daß wir für solche Probleme, die sich aus der sozialen Distanz zwischen Sender und Empfänger ergaben, besser sensibilisiert wurden, wie z.B. dem einer parochialen im Gegensatz zu einer mehr kosmopolitischen Orientierung des Gesundheitsverhaltens (Abb. 5). Der Gegensatz leitet sich aus der unterschiedlichen Orientierung bzw. Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen ab, charakterisiert durch Merkmalsausprägungen wie ethnische Exklusivität, Zusammengehörigkeitsgefühl, Familientradition und Autorität. Diese Unterschiede spiegeln sich wider in der Orientierung des einzelnen in bezug auf die medizinische Versorgung, und zwar als Ergebnis seines unterschiedlichen medizinischen Wissensstandes, seiner Skepsis gegenüber der medizinischen Versorgung und dem Grad seiner Abhängigkeit im Krankheitsfall.

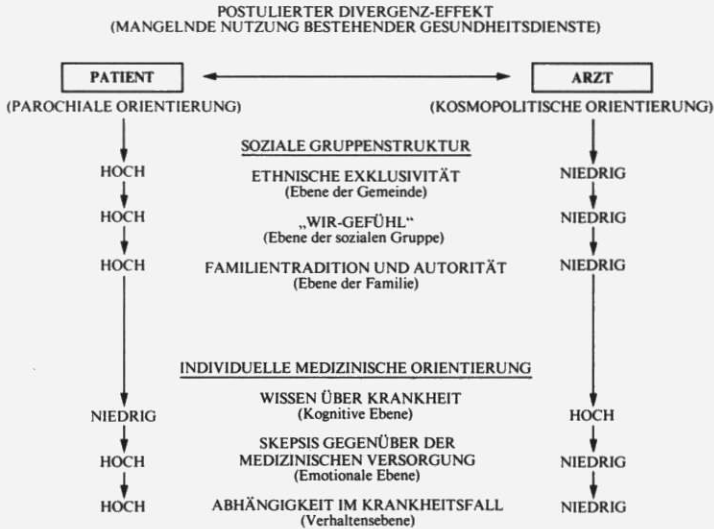
Das Modell geht davon aus, daß der Patient (parochiale Orientierung) durch ein hohes Maß an ethnischer Exklusivität, „Wir-Gefühl“, Familientradition und Achtung vor der Autorität charakterisiert werden kann, während beim Arzt (kosmopolitische Orientierung) diese Charakteristika in der Regel weniger stark ausgeprägt sind. Umgekehrt ist der Patient, im Gegensatz zum Arzt, stärker gekennzeichnet durch einen niedrigen Grad an medizinischem Wissen bzw. einem hohen Grad an Skepsis gegenüber der medizinischen Versorgung und Abhängigkeit im Krankheitsfall.

Wir sind uns auch der Bedeutung von Störungen oder irreführender Sachverhalte bei der Verminderung der Effektivität einer Kommunikation bewußt geworden. Die Botschaft, die A an B schickt, kann sich von der Botschaft unterscheiden, die B von A zu einem Thema X erhält (das A-B-X-Modell von Störung). Die Entstellung kann durch eine Störung bedingt sein, die mit folgenden Worten beschrieben werden kann:

- a) die syntaktische Störung, wie eine elektrotechnische Telefonverzerrung, eine herausgerissene Seite in einem Buch, etc. oder allgemeiner, jede strukturelle Differenz zwischen der ausgesandten und der empfangenen Botschaft;
- b) die semantische Störung oder die unterschiedliche Bedeutung, die der Empfänger der Botschaft im Vergleich zu den Absichten des Absenders gibt (eine Aussage über das Alter kann als Kompliment oder als Beleidigung interpretiert werden);
- c) die pragmatische Störung, die auf gegensätzlichen Botschaften beruht, wie gleichzeitig eintreffende Neuigkeiten über den Krieg und die Friedensbewegung, oder ganz allgemein alles das, was in einer Botschaft oder ihrem Umfeld vorkommt und nicht vom Absender verfaßt wurde und das somit die Wahrscheinlichkeit verringert, daß der Empfänger so reagiert, wie vom Absender beabsichtigt.

In dieser Hinsicht kann eine Störung als ein Negativfaktor betrachtet werden, der eine erfolgreiche Kommunikation verhindert. Andererseits kam bei der Anwendung des technischen Modells ein mitwirkender Faktor zutage, und zwar die Bedeutung der „Redundanz“ oder der Wiederholung einer Botschaft oder einzelner Teile. Wir können auch hier wieder unterscheiden zwischen:

ABBILDUNG 5. GEGENÜBERSTELLUNG DER UNTERSCHIEDLICHEN MEDIZINISCHEN ORIENTIERUNG VON PATIENT UND ARZT



- a) syntaktischer Redundanz, die durch Zeichen und Symbole gekennzeichnet ist, die in der Botschaft enthalten sind, obwohl man sie voraussagen kann und die Botschaft auch ohne sie verstanden werden kann;
- b) semantischer Redundanz, die durch die Anwendung von Synonymen entsteht; es erwies sich, daß die Botschaft um so besser verstanden wird, je vielfältiger die Ausdrücke sind, die wir für ein und dieselbe Sache benutzen;
- c) pragmatischer Redundanz, die bisher als Forschungsthema vernachlässigt wurde und die untersucht, welche Zeichen und Symbole ausgelassen werden können, ohne daß dadurch die Antwort des Empfängers verändert wird.

Zusätzlich zu diesem eher mechanischen Ansatz, beschäftigten sich verschiedene Studien auch mit den Ansichten und Bedeutungen als einem Teilaspekt des Kommunikationsprozesses. Die Fragen, ob sich der Absender entscheidet, eine Botschaft an den Empfänger zu senden, welche Art der Botschaft er senden wird, als auch die Antwort des Empfängers, wurden anhand des P-O-X-Modells untersucht (P ist der Absender, O der Empfänger und X die Botschaft). Nach diesem Modell hängt das Aussenden einer Botschaft von folgendem ab:

Ansichten P zu X (Ansichten über die strukturellen und funktionellen Merkmale der Botschaft)

Einstellung P zu X (Gefühls- und Wertvorstellungen gegenüber X)

Ansichten P zu O (wie wird der Empfänger auf die Botschaft reagieren)

Die Antwort des Empfängers auf die Botschaft wird abhängen von: den Ansichten des Empfängers über die Botschaft;

der Einstellung des Empfängers zu der Botschaft;

den Ansichten des Empfängers über den Sender der Botschaft;

der Einstellung des Empfängers gegenüber dem Sender der Botschaft.

Um herauszufinden, bis zu welchem Grade die Botschaft als solche die Effektivität eines Kommunikationsprozesses beeinflußt, haben wir spezielle Techniken entwickelt, wie die Inhaltsanalyse, die es uns ermöglicht, objektiv und systematisch spezifische Merkmale einer Botschaft zu bestimmen. In Studien, die sich der Inhaltsanalyse bedienen, wurde zum Beispiel untersucht, wie sich Faktenwissen über Krebs als Teil einer Botschaft auf die Verminderung der Angst beim Empfänger auswirkt; denn Angst wird als hemmender Faktor bei der Krebsverhütung gesehen.

Die angewandte Terminologie wurde als ein wichtiger Faktor für die Effektivität der Botschaft anerkannt, und um sie objektiver zu analysieren, haben wir einen semantischen Differentialtest der Texte entwickelt.

Auf der Suche nach neuen Modellen

Wie man sieht, waren wir bestrebt, das mechanistische Modell so weit wie möglich voranzutreiben und entwickelten spezifische Theorien für die wechselseitigen Beziehungen seiner einzelnen Teile. Mit der Ausdehnung des Forschungsbereichs auf die Kommunikation und der Verlagerung von den technischen auf die sozialen Wissenschaften, können wir sagen, daß das mechanistische Modell heute nicht mehr ausreicht, um alle Probleme, die sich aus dem Kommunikationsprozeß ergeben, zu lösen.

In Untersuchungen jüngerer Datums konzentrierte man sich auf die Sprache als eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kommunikation. Dies führte zur Weiterentwicklung der drei verschiedenen Aspekte menschlicher Kommunikation:

- a) der Syntax oder der Art und Weise, in der Zeichen (Worte) miteinander verbunden sind (durch Stellung, Ausdruck und Richtung, die die Botschaft nimmt);
- b) der Semantik oder der Untersuchung, wie die Zeichen (Worte) mit Objekten verbunden sind, einschließlich der Untersuchung der Bedeutung von Worten in unterschiedlichen kulturellen Umgebungen;
- c) der Pragmatik oder der Untersuchung, wie Menschen auf verschiedene Zeichen (Worte) reagieren und wie sie diese interpretieren.

Alle drei Aspekte sind eng miteinander verbunden und können nicht getrennt behandelt werden.

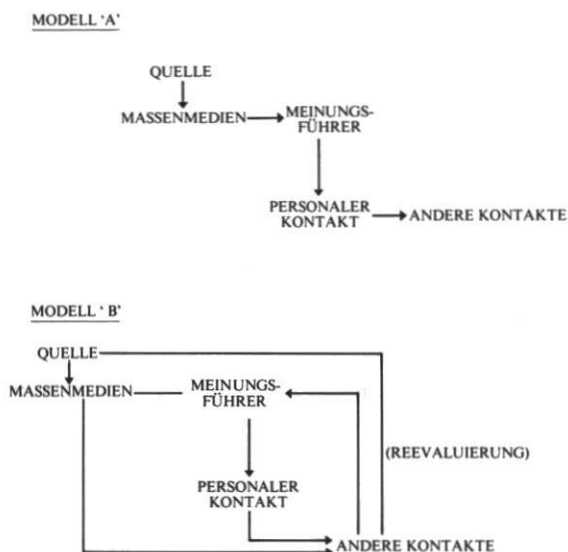
Da die Form der Sprache zu einem der zentralen Punkte von Kommunikationsstudien wurde, gewannen wir neue Einblicke in diesen Problembereich. Untersuchungen, die sich mit dem Erwerb von Sprache beschäftigten, lenkten unsere Aufmerksamkeit auf das mögliche Vorhandensein eines begrenzten Zeitraumes während der frühkindlichen Entwicklung, der optimal für den Erwerb von Sprache ist, mit den daraus resultierenden Schwierigkeiten zu lernen, wie man später im Leben spricht. In anderen Studien wurde die Differenzierung nach dem Code-Typ (ausführlich oder begrenzt) hervorgehoben, der während der Sozialisation entsprechend der sozialen Schicht und der schulischen Umgebung des Empfängers vermittelt wird. Einige Untersuchungen befaßten sich mit dem Erwerb von Sprache, indem sie versuchten, die Existenz eines universellen „Spracherwerbmusters“ nachzuweisen, das jedem menschlichen Wesen angeboren ist; dieses Muster könnte auch Ähnlichkeiten in den verschiedenen Sprachen erklären sowie den schnellen Sprachlernprozeß des Kindes, eine Tatsache, die mit behavioristischen Lerntheorien nicht ausreichend zu erklären ist. Eine interessante Beobachtung machten einige Anthropologen, die die Sprachen verschiedener primitiver Gesellschaften untersuchten. Sie fanden zum Beispiel heraus, daß die Eskimos für das Wort „Schnee“ sehr viel mehr unterschiedliche Wörter als andere Völker haben, oder daß die Hopi-Indianer in Amerika keinen Begriff objektiverer Zeit wie Sommer, Morgen und keine Tempi wie Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft, haben, eine Tatsache, die die Wissenschaftler zu der Schlußfolgerung veranlaßte, daß der Denkprozeß sehr deutlich durch die Sprache strukturiert wird.

Mit dem Aufkommen der Computer kamen neue Modelle wie das kybernetische Modell ins Gespräch, das sich durch seinen Feedback-Mechanismus auszeichnet. Gemäß diesem Modell wird Kommunikation als ein Interaktionsprozeß und nicht als unilateral verlaufende Übertragung einer Botschaft betrachtet (Abb. 6).

Erst in jüngster Zeit haben Zoologen und Tierverhaltensforscher auf diesem Gebiet Untersuchungen zur Kommunikation bei Tieren (von den Insekten bis zu den Primaten) durchgeführt, in der Hoffnung, daß dadurch die beim Menschen ablaufenden Prozesse besser verständlich würden.

Diese Entwicklung in der Kommunikationsanalyse ist weit entfernt von dem einfachen technischen Modell, das geeignet war, sagen wir, den Mechanismus eines Tele-

ABBILDUNG 6. DAS KYBERNETISCHE MODELL DES KOMMUNIKATIONSFLUSSES



fongespraches als Kommunikationsprozeß zu erklären. Größeren Einblick in die Komplexität dieses Bereiches erhalten wir, wenn wir uns das Inhaltsverzeichnis eines bekannten Handbuches zur Kommunikation * anschauen:

1. Kommunikationssysteme
2. Einige Bedeutungsprobleme in Sprachen der Naturvölker
3. Soziolinguistik
4. Non-verbale Kommunikation
5. Kanäle und ihr Publikum
6. Das Publikum
7. Kommunikation und Lernen
8. Kommunikation und Kinder: ein Entwicklungskonzept
9. Überzeugungen, Widerstände und Einstellungswandel
10. Politische Überzeugung
11. Massenmedien und zwischenmenschliche Kommunikation
12. Kommunikation in primitiven Systemen
13. Kommunikation und Entwicklung
14. Kommunikation in totalitären Gesellschaften
15. Kommunikation in kommunistischen Gesellschaften
16. Die Presse als Kommunikationssystem
17. Film als Kommunikation
18. Rundfunk
19. Technologischer Wandel und die Massenmedien

* *Handbook of Communication*, von Ithiel de Sola Pool et al. (1973). Chicago: Rand McNally College Publ. Co.

20. Kommunikation in kleinen Gruppen
21. Kommunikation zwischen Bürokratie und Öffentlichkeit
22. Konsument und Anzeigenforschung
23. Kommunikation in politischen Parteien
24. Wissenschaftliche Kommunikation
25. Öffentliche Meinung
26. Handel und Kommunikation
27. Werbung
28. Internationale öffentliche Meinung
29. Freiheit und Kommunikationskontrolle
30. Aggregatdaten
31. Untersuchungen zu den Auswirkungen der Kommunikation

Diese Aufstellung zeigt sehr deutlich, wie vielschichtig der Bereich der Kommunikation durch die Einbeziehung einer immer grösser werdenden Zahl wissenschaftlicher Disziplinen geworden ist.

Ein vom Standpunkt der Gesundheitserziehung sehr wichtiges Untersuchungsgebiet sind die vielfältigen Kommunikationsprozesse, die sich bei der Arzt-Patient-Beziehung abspielen, ein Gebiet, für das sich besonders die medizinische Soziologie interessiert. Diese Untersuchungen haben gezeigt, daß die Interaktion zwischen Arzt und Patient von der Wirksamkeit des Kommunikationsprozesses abhängt, der durch zahlreiche soziale und personale Faktoren erschwert werden kann (cf. Mantek, S. 135). Es werden auch Faktoren wie Dauer der Interaktion, Ort, Sprache, Verständnis und Erinnerung der Botschaft, etc. untersucht.

Massenmedien und personale Kommunikation: eine Neubewertung ist notwendig

In der Gesundheitserziehung wurden bisher diese verschiedenen Entwicklungen im Hinblick auf das Verständnis der wechselseitigen Beziehungen zwischen Kommunikationsprozeß und Gesundheitsverhalten nicht genügend genutzt. Wenn wir uns die verschiedenen möglichen Formen gesundheitlichen Verhaltens ins Gedächtnis rufen, einschließlich des gewohnheitsmäßigen oder entscheidungsorientierten Verhaltens sowie die verschiedenen Einflüsse, die durch soziale und personale Faktoren auf dieses Verhalten ausgeübt werden können, und wenn wir all dies mit den beiden grundlegenden Formen der Kommunikation (Massen Kommunikation und personale Kommunikation) vergleichen, kommen wir zu dem Schluß, daß das auf diesem Sektor vorhandene Wissen von der Gesundheitserziehung nicht genügend genutzt wurde.

Um Massenmedien und personale Kommunikation zu verbinden, müssen wir die Inhalte der Botschaften überprüfen (*Abb. 7*). Obwohl bisher beide Arten der Kommunikation eingesetzt wurden, konnten doch nicht immer die gewünschten Ergebnisse erzielt werden. Wir haben in den meisten Fällen die Massenkommunikation als ein Mittel zur Informationsvermittlung über ein Gesundheitsrisiko eingesetzt, und das gleiche geschah durch die personale Kommunikation.

Eine Neubewertung des Einsatzes beider Kommunikationsarten auf der Basis des vorhandenen Wissens zeigt, daß die Massenkommunikation zusätzlich zur

ABBILDUNG 7. VERBINDUNG VON PERSONALER UND MASSENKOMMUNIKATION

INHALT	KOMMUNIKATIONSARTEN	
	<i>Massen-</i> kommunikation	<i>personale</i> Kommunikation
INFORMATION:	ALLGEMEINE BEVÖLKERUNG	EINZELNE PERSONEN
NORMEN:	ERWARTUNGEN	EINSTELLUNGEN UND/ODER VERHALTEN

Wissensvermittlung höchst wirksam sein kann, indem sie der Bevölkerung die bestehenden Normen bewußtmacht oder solche Normen aufstellt. Als ein Beispiel sei hier das Problem des Rauchens während der Schwangerschaft angeführt. Eine kürzlich in Manchester durchgeführte Studie zeigte, daß Einzelgespräche des Arztes mit schwangeren Frauen nicht ausreichend sind und daß die Massenmedien eingesetzt werden müssen, um bei der breiten Bevölkerung (schwangeren Frauen, ihren Ehepartnern, Familie, Nachbarn, etc.) ein Bewußtsein für die neuen sozialen Erwartungen (Normen), die auf neuerworbenem medizinischem Wissen beruhen, zu schaffen. Ein anderes Beispiel einer in Indien durchgeführten Untersuchung um herauszufinden, warum sich Frauen an den Vaginalabstrichen zur Feststellung eines Zervixkarzinoms nicht beteiligen, zeigte, daß negative Normen die Ursache waren. Von gesunden Frauen wurde nicht erwartet, daß sie einen Arzt aufsuchen, sei es auch nur aus Gründen der Prävention, ohne daß sie dadurch als unfruchtbar stigmatisiert würden. Auch hier war es nicht ein Mangel an Bewußtsein oder Motivation, sondern ein Mangel an sozialer Anerkennung ihrer Risikosituation sowie an gesellschaftlicher Unterstützung für ihre Handlungsweise.

Wenn die Massenmedien für die Vermittlung von Informationen eingesetzt werden, wird die erfolgreichste Methode darin bestehen, die Bevölkerung über die vorhandenen Einrichtungen oder die gewünschten Handlungsweisen zu unterrichten und außerdem die negativen Verhaltensaspekte gemeinverständlich darzustellen. Allein die Feststellung „Alte Menschen sterben an Erkältungen“ reicht nicht aus: es sollte auch eine Lösung angeboten werden, die zudem genau definiert, was, wo getan werden sollte und wer es tun sollte.

Die personale Kommunikation wird andererseits den größten Erfolg haben, wenn sie dann eingesetzt wird, wenn es darum geht, eine gesundheitliche Gefährdung zu einer persönlichen Angelegenheit zu machen und die Risikorolle des einzelnen zu legitimieren. Dem Ratschlag, der sich an die Information über das Risiko des einzelnen anschließt, sollten genaue Anweisungen zur Verminderung dieses Risikos folgen. So genügt es zum Beispiel nicht, jemandem zu sagen, er solle sein Kind impfen lassen; man muß ihm auch sagen, wo und wann dies geschehen kann und welche Folgen sich daraus ergeben. Anschließend an diese Information kann ein fester Termin ausgemacht werden, so daß die betroffene Person sich zum Handeln verpflichtet fühlt.

Wenn wir akzeptieren, daß Einstellungen „internalisierte“ Normen sind, dann sollte das Ziel der personalen Kommunikation darin bestehen, Einstellungen zu

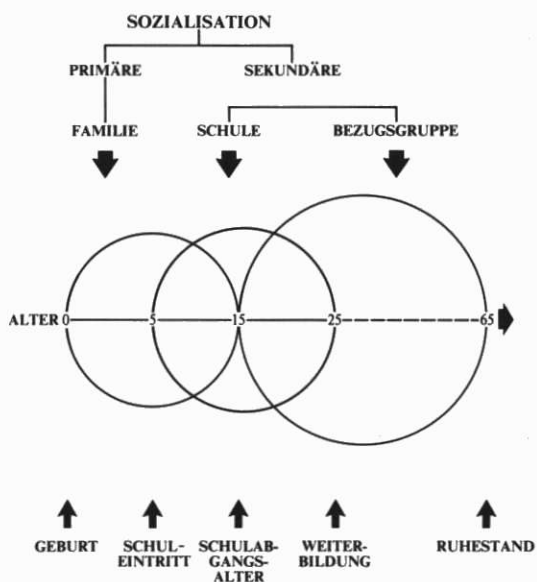
verstärken oder zu verändern. Dies kann auch direkt damit verbunden werden, abweichendes Verhalten, je nach den bestehenden Normen, in angepaßtes Verhalten zu verändern.

Der Sozialisationsprozeß

Ein sehr wichtiger Teil der personalen Kommunikation nimmt Bezug auf den Sozialisationsprozeß (Abb. 8). Während der primären Sozialisation erwirbt ein Kind die gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen verbunden mit positiven Einstellungen. Die frühesten Erfahrungen sind ein Teil der primären Sozialisation in den ersten Lebensjahren eines Kindes, und der Kommunikationsprozeß zwischen den Eltern und dem Kind wird auf personaler Ebene stattfinden, wobei sehr viel non-verbale Kommunikation eingesetzt wird und das Kind ein Modell zur Nachahmung geliefert bekommt. Die Inhalte werden altersspezifisch sein und Themen einschließen, die notwendig sind, damit das Kind in seiner neuen natürlichen und sozialen Umgebung überleben kann. Gewohnheiten, die in diesem frühen Alter erworben wurden, werden in den meisten Fällen mit den entsprechenden Einstellungen verbunden sein und Teil des kindlichen Wissens oder, mit anderen Worten, Teil seiner subjektiven Realität werden. Die Sozialisation ist ein lebenslanger Prozeß, und die Aneignung jeder neuen sozialen Rolle kann mit der Entwicklung der entsprechenden Gewohnheiten einhergehen.

Befindet sich ein menschliches Wesen (ein Kind oder ein Erwachsener) in einer Situation, in der es mit einem Problem konfrontiert wird, für das es keine fertige Lösung

ABBILDUNG 8. DER SOZIALISATIONSPROZESS



gibt, so muß es eine Entscheidung treffen. Diese Entscheidung wird davon abhängen, in welchem Maße Anzahl und Attraktivität bestehender Alternativen bekannt sind; man kann davon ausgehen, daß eine zweckmäßige Entscheidung getroffen wird mit dem Ziel, den Gewinn zu maximieren oder den mit dem Problem verbundenen Verlust zu minimieren. Die Kenntnis von Alternativen ist gewöhnlich das Resultat eines Kommunikationsprozesses, durch den der einzelne lernt, was verfügbar ist, welches die möglichen Gewinne oder Verluste sind und welche Konsequenzen eine bestimmte Entscheidung haben kann. In diesem Zusammenhang kann sich der Kommunikationsprozeß sowohl auf Methoden der Massenkommunikation als auch der personalen Kommunikation stützen, und die Inhalte werden in der Regel die jüngsten Erkenntnisse der medizinischen Forschung widerspiegeln und sich mit einer bestimmten Gesundheitsgefährdung beschäftigen.

In einer Gesellschaft leben, heißt mit anderen Menschen in dieser sozialen Umgebung in eine wechselseitige Beziehung treten. Diese Beziehung ist nur möglich und kann nur ein reibungsloses Funktionieren der Gesellschaft gewährleisten, wenn sie sich entsprechend bestimmter vorhandener und anerkannter Regeln entwickelt. Mit anderen Worten, die Partner in einer Beziehung müssen innerhalb der sozialen Struktur den jeweiligen Status des anderen anerkennen, und sie müssen mit den Normen oder sozialen Erwartungen vertraut sein, die die für den jeweiligen Status angemessene Rolle in dieser Beziehung definieren. Das Lernen im Zusammenhang mit Normen, die Rollen definieren, die mit einem bestimmten Status verbunden sind, hängt wiederum vom Kommunikationsprozeß ab, der in dieser Hinsicht zwei Aufgaben hat, d.h. die Schaffung sozialer Normen in einer Gesellschaft zu beeinflussen (Massenkommunikation) und diese Normen dem einzelnen zu vermitteln (personale Kommunikation).

DIE NOTWENDIGKEIT DER PROFESSIONALISIERUNG IN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG

Der Wandel der Ziele der Gesundheitserziehung von der Informationsvermittlung zur Verhaltensbeeinflussung, die Neubewertung der Ziele der personalen Kommunikation, die Notwendigkeit verhaltensorientierter als auch präventiver Maßnahmen und die Integration der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem, das auf medizinischen Normen basiert — all dies lenkte unsere Aufmerksamkeit auf die Probleme der Professionalisierung.

Die Professionalisierung und ihre Folgen

Bevor wir dieses Problem, so wie es sich in der Gesundheitserziehung darstellt, eingehender diskutieren, sollten wir sicherstellen, daß wir über ein und dieselbe Sache reden. Die Berufe entwickelten sich als direkte Folge der Arbeitsteilung, die dahin führte, daß zahlreiche Dienstleistungen nicht mehr innerhalb der Familie, sondern von Außenstehenden verrichtet werden mußten. Zu solchen Dienstleistungen gehörten die Bereiche Medizin, Erziehung, Gesetzesvollzug, kirchliche Amtshandlungen, etc. Wichtigstes Ziel bei der Entwicklung eines Berufes war es, die Klienten vor Mißbrauch durch solche außenstehende Personen zu schützen.

Allmählich entwickelten die Berufe, wie es so oft geschieht, ein Eigenleben, mit zunehmendem Schwergewicht auf den Rechten anstatt auf den Pflichten der Ausübenden. In jüngster Zeit scheint aber der Höhepunkt der Professionalisierung überschritten zu sein, und wir hören immer häufiger Kritik im Zusammenhang mit den Berufen, ihrer Exklusivität und ihrer Monopolstellung. Diese Kritik ist bis zu einem gewissen Grade dann berechtigt, wenn die Berufsorganisation wie eine gewerkschaftliche Organisation handelt und nicht mehr in erster Linie die Interessen anderer, sondern die ihrer eigenen Anhänger vertritt. Ein gewisses Maß an Verwirrung ist indessen bei den Kritikern festzustellen, die einen Beruf mit der Bürokratie, innerhalb welcher dieser Beruf sich abspielt, gleichsetzen. Die Bürokratisierung eines Berufes reduziert Unabhängigkeit, Selbstvertrauen und persönliche Verantwortung der Verantwortlichen, die den Regeln, der Hierarchie der Machtstruktur und den Zielen dieser Bürokratie Folge leisten müssen. Zur gleichen Zeit kann man eine Entwicklung beobachten in Richtung auf mehr Selbstvertrauen, auf Gesprächsgruppen und andere Formen alternativer Systeme, deren Ziel es ist, das bestehende medizinische System abzulösen oder zu unterstützen, je nach Radikalität und politischer Orientierung.

Aus all diesen Gründen ist es vielleicht nicht der richtige Augenblick, Maßnahmen im Hinblick auf eine Professionalisierung der Gesundheitserziehung zu treffen — zumindest könnte mancher so denken. Zum besseren Verständnis des ganzen Problems wird es nützlich sein, uns die Charakteristika eines Berufsbildes ins Gedächtnis zu rufen. Es gibt zahlreiche Definitionen, von denen die meisten indessen einige Gemeinsamkeiten aufweisen:

- a) ein Beruf stellt der Bevölkerung eine Dienstleistung zur Verfügung, die sich auf wissenschaftlich bestätigte, spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten stützt;
- b) er wird den Berufsangehörigen durch eine akademische Ausbildung vermittelt, da Universitäten die Stätten sind, an denen neues und theoretisch fundiertes Wissen hervorgebracht und weitergegeben wird;
- c) nach Abschluß dieser Ausbildung unterziehen sich die Kandidaten wissenschaftlichen Prüfungen und erwerben einen Grad im Rahmen eines feierlichen Zeremoniells;
- d) dieser Grad verleiht dem Absolventen eine besondere und genau definierte Autorität gegenüber seinem/ihrer Klienten;
- e) um ein anerkanntes Mitglied eines Berufes zu werden, muß sich der Absolvent einer Berufsorganisation anschließen, die ein Verzeichnis ihrer Mitglieder führt;
- f) in den Richtlinien dieser Berufsorganisation sind die Bedingungen für die Aus- und Weiterbildung sowie für den Berufseintritt definiert, die von den Erziehungseinrichtungen eingehalten werden müssen, wenn sie ihren Anspruch auf das Recht zur Ausbildung dieser Experten nicht verlieren wollen;
- g) in den Richtlinien sind außerdem die Beziehungen zwischen dem Berufsangehörigen und dem Klienten im Rahmen eines Sittenkodex definiert; außerdem sind die Sanktionen für diejenigen definiert, die von diesem Kodex abweichen.

Es gibt jene, die die gesamte Professionalisierung ablehnen möchten, obwohl manche sicherlich nur Einwände gegenüber bestimmten Punkten haben.

Die Entscheidung wird unvermeidbar

Wenn wir uns der Komplexität von Gesundheitsverhalten erst einmal bewußt geworden sind und dementsprechend die Aufgaben der Gesundheitserziehung für jeden der zahlreichen Aspekte der Aneignung von Gesundheitsverhalten definieren, so sollten wir uns vergegenwärtigen, daß die Anforderungen an die Verantwortlichen, die diese Aufgabe erfüllen, viel größer sind als in der Vergangenheit angenommen wurde. Als das wesentliche Ziel darin bestand, Wissen zu vermitteln, hatten die Gesundheitserzieher nur Experten in diesem Bereich zu sein. Ihr Erfolg wurde gemessen, indem man in ihrer Bevölkerungsgruppe das Erinnerungsvermögen oder den Wissensstand zu einem Thema untersuchte, da dies das „erzieherische“ Ziel einer derartigen gesundheitserzieherischen Tätigkeit darstellte.

Die neuen Ansätze, die auf der Differenzierung der verschiedenen gesundheitserzieherischen Aufgaben beruhen, wollen nicht nur dadurch wirksam sein, daß sie eine gesundheitliche Gefährdung und deren Verhütung bewußtmachen, sondern sie wollen auch das Verhalten der Bevölkerung beeinflussen. Solange die Gesundheitserziehung sich darauf beschränkt, die verschiedenen Wahlmöglichkeiten in einem Entscheidungsprozeß zu beeinflussen, ist die Verantwortung für das Ergebnis nicht entscheidend, da die meisten Entscheidungen rückgängig gemacht werden können und der mögliche Schaden vermieden oder vermindert werden kann. Sobald die Gesundheitserziehung aber den Bereich betritt, wo sie Gewohnheiten oder gesellschaftliche Normen beeinflußt, hat die Verantwortung ein ganz anderes Gewicht. Eine Gewohnheit oder eine gesellschaftliche Norm aufzuheben oder zu verändern, erweist sich häufig als unmöglich oder zumindest als ein sehr langer Prozeß.

Die neuen Ansätze in der Gesundheitserziehung brachten neue Verantwortlichkeiten für die zu erfüllenden Tätigkeiten mit sich. Es ist nicht länger nur die Wissensvermittlung, für deren Ergebnisse der Gesundheitserzieher verantwortlich ist, sondern auch die Verhaltensbeeinflussung als solche, mit der die Gesundheitserziehung jetzt befaßt ist und die die Verantwortung auf die Schultern der Gesundheitserzieher legt. Aufgrund dieser Verlagerung der Verantwortlichkeiten versucht man nun, den Beruf des Gesundheitserziehers zu schaffen. Dies wird zur Folge haben, daß der Gesundheitserzieher für seine Tätigkeit, für deren Verwaltung und für die Ergebnisse die volle Verantwortung übernehmen muß.

Die Professionalisierung der Gesundheitserziehung kann nicht länger umgangen werden. Die Frage ist: „Wie kann man sie erreichen?“ Es gibt zwei Wege: man schafft einen neuen Beruf des Gesundheitserziehers (vergleichbar den Sozialarbeitern, Krankenschwestern, etc.), oder man integriert die Gesundheitserziehung in andere bereits anerkannte Berufe. Die Entscheidung, der man nicht länger aus dem Wege gehen kann, wird von den politischen und gesundheitlichen Systemen in jedem Land abhängen.

Unabhängig davon, ob wir Fachleute für Gesundheitserziehung haben oder nicht, ob wir von einem Berufsbild ausgehen oder nicht, eines steht fest: das ganze Wissen im Hinblick auf „Gesundheitserziehung“ muß einmütig gebilligt, definiert und wissenschaftlich gerechtfertigt sein. Ist dies erst einmal erreicht, können wir entscheiden, ob wir einen neuen Beruf wollen, oder ob wir anderen Berufen eine Spezialisierung und Fortbildung in Gesundheitserziehung anbieten wollen und so

die gesundheitserzieherischen Aktivitäten professionalisieren. Wir haben bisher gesehen, daß es nicht immer möglich ist, das bestehende Wissen aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen auf die Gesundheitserziehung zu übertragen. Neue Theorien — kombiniert, modifiziert oder weiterentwickelt — werden erforderlich sein. Erst dann können wir auch nur daran denken, die Gesundheitserziehung zu professionalisieren.

Die Ergebnisse einer Raucherentwöhnungskampagne in den Niederlanden

von Dr. Jan G. Peters
Katholische Universität, Nijmegen

Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die Forschungsergebnisse, die im Zusammenhang mit der kombinierten Anwendung von personaler und Massenkommunikation bei Programmen gegen das Rauchen erzielt wurden.

Die Studie wurde an der Katholischen Universität Nijmegen auf Veranlassung des niederländischen Gesundheitsministeriums von der Abteilung, die mit der Erforschung soziologischer Aspekte der Massenkommunikation befaßt ist, durchgeführt. Gegenstand der Untersuchung war der Einfluß einer Fernsehserie mit dem Titel „Rauchen? Hier ist ein Weg es aufzugeben!“, die in den Niederlanden zwischen dem 24. und 31. August 1976 in sechs Folgen ausgestrahlt worden war.

Das Programm

Der Inhalt des Programms basierte auf einem Fünf-Tage-Plan, der bei Gruppentreffen angewendet wird, die die niederländische Stiftung Leben und Gesundheit* im ganzen Land veranstaltet, um Menschen bei ihren Bemühungen, mit dem Rauchen aufzuhören, zu unterstützen. Die NCRV, eine christliche Rundfunkgesellschaft in den Niederlanden, setzte den Fünf-Tage-Plan in sechs Fernsehsendungen von je 15minütiger Dauer um.

Die Produzenten der Sendung hatten zwei Ziele:

1. den Rauchern, die mit dem Rauchen wirklich aufhören wollten, zu helfen;
2. Zuschauern, die die Sendung zufällig gesehen hatten, die Gelegenheit zu geben, mit dem Rauchen aufzuhören.

* Life and Health Foundation, eine Schwesterorganisation der International Temperance Association (Internationale Temperenzlervereinigung) von der eigentlich der Fünf-Tage-Plan entworfen wurde.

Anschrift: Katholische Universität, Adelbertuslaan 46, Nijmegen, Niederlande.

Die Hersteller der Sendung versuchten, zur Erreichung dieses Zieles eine — wie sie es nannten — „klinische Atmosphäre“ zu schaffen, d.h. sie versuchten, den Zuschauern, die isoliert bei sich zu Hause saßen, das Gefühl zu vermitteln, sie gehörten zu der Gruppe, die auf dem Fernsehschirm zu sehen war. Sie sollten auf diese Weise eine Art Solidarität mit den Gruppenmitgliedern empfinden, die auch versuchten, das Rauchen aufzugeben. Für die Untersucher der Sendung war es wichtig festzustellen, in welchem Ausmaß dieser Ansatz das soziale Umfeld zur Unterstützung gesundheitlicher Maßnahmen aktivieren würde.

Die Interessenten, die am Programm teilnehmen wollten, mußten sich vor Beginn des Kurses anmelden und fünf Gulden zahlen. Dann hatten sie Anspruch auf alle Informationen, die das Programm betrafen und konnten den Inhalt nach Beendigung des Kurses noch einmal durchgehen. Es meldeten sich etwa 35.000 Raucher zu dem Kurs an.

Wie schon erwähnt, wurde der Fünf-Tage-Plan in eine Folge von sechs Sendungen umgestaltet. Die erste wurde an einem Montag ausgestrahlt und die letzte eine Woche darauf. In dieser Woche gab es am Donnerstag und Sonntag keine Fernsehübertragungen. Statt dessen gab es am Donnerstag eine zweistündige Rundfunksendung über verschiedene Aspekte des Kurses und über die Probleme, denen sich Menschen gegenübersehen, die versuchen, ihre Rauchgewohnheiten aufzugeben. Am Sonntag gab es überhaupt keine Sendung über das Rauchen.

Die Medien und ihre ambivalente Rolle

Eines der hervorstechendsten Merkmale des Programms war das beeindruckende Ausmaß an Publizität, die es durch die Massenmedien fand. Von der Ankündigung des Kurses bis hin zur letzten Fernsehsendung erschienen regelmäßig in Zeitungen und Zeitschriften Artikel, und der NCRV kündigte den bevorstehenden Kurs sowohl über Radio wie über Fernsehen an.

Somit ist es kein Wunder, daß 61% aller Niederländer über 18 Jahre von dem Projekt wußten und daß 85% diese Information den Massenmedien entnommen hatten.

Diese große Publizität erklärt zum einen, warum sich so viele Raucher für den Kurs angemeldet hatten, und zum anderen die Tatsache, daß etwa zwei Millionen Menschen die erste Sendung anschauten. An jenem Abend entschieden sich etwa 400.000 Personen, ihre Rauchgewohnheiten aufzugeben.

Die positive Publizität, die mit der Ankündigung des Projektes verbunden war, war zum großen Teil der guten Zusammenarbeit von seiten der Presse zu danken. Später spielten die Zeitungen allerdings eine ambivalente Rolle, denn ihre Kommentare über das Programm selbst waren weit davon entfernt, immer konstruktiv zu sein. Obwohl es einige positive Artikel gab, eingeschlossen die Berichte von Journalisten, die persönlich am Kurs teilgenommen und das Rauchen aufgegeben hatten, gab es von seiten der Fernsehkritiker einige ziemlich negative und abfällige Artikel zum Inhalt der Sendungen.

So war z.B. die christliche Art des Kommentators Zielscheibe für witzelnde Bemerkungen. Durch Reaktionen dieser Art gab die Presse den Zuschauern das Gefühl, die Sendung nicht zu ernst nehmen zu müssen und lieferte ihnen vielerlei Fluchtargumente, damit sie das Rauchen beibehalten konnten.

Die Nachbetreuung

Um den Ex-Rauchern bei der Bewältigung der mit der Entwöhnung verbundenen Probleme Hilfe zu geben, forderten die Produzenten der Sendung — auf Ersuchen der Stiftung Leben und Gesundheit — die Teilnehmer auf, sich mit ihnen in Verbindung zu setzen, damit sie über ihre Probleme sprechen könnten: Die für diesen Zweck eigens installierten zehn Telefonleitungen wurden während der Woche häufig in Anspruch genommen.

Abgesehen von dieser telefonischen Nachbetreuung erhielten die Produzenten und Untersucher der Sendung zahlreiche Briefe von Personen, die um Rat oder Hilfe baten. Allerdings war langfristig keine unterstützende Nachbetreuung geplant worden.

Die „Didam-Gruppe“: eine neue Erfahrung

Auf Initiative der Angestellten eines örtlichen Gesundheitszentrums entschloß sich eine Gruppe von Personen aus Didam — einer niederländischen Kleinstadt mit 14.000 Einwohnern — das Rauchen gemeinsam aufzugeben und sich zu diesem Zweck jeden Abend im Gesundheitszentrum zu treffen. Ein Artikel in der Lokalzeitung, Plakate im Gesundheitszentrum und Gespräche mit den Patienten des Zentrums hatten eine überwältigende Teilnehmerzahl am ersten Abend zur Folge: die Hälfte der Teilnahmewilligen mußte aus Platzmangel wieder nach Hause gehen. Etwa 70 Personen hörten an diesem Abend gemeinsam auf zu rauchen.

Jedes Treffen dauerte etwa zwei Stunden. Zunächst hörten die Teilnehmer kurze Vorträge über die verschiedenen mit der Raucherentwöhnung zusammenhängenden Probleme, und dann diskutierten sie ihre eigenen Probleme und ihre Bemühungen, das Rauchen aufzugeben. Am Schluß des Treffens schauten sie die Fernsehsendung des Abends an und sprachen kurz darüber.

Die einleitenden Vorträge wurden von Fachleuten gehalten: ein Diätspezialist sprach über das Gewichtsproblem, das durch die Einstellung des Rauchens als mögliche Nebenwirkung auftauchen kann; ein Pharmazeut behandelte die Wirkung von Teer und Nikotin auf den menschlichen Organismus, und ein Arzt — ein Nichtraucher — legte seine Erfahrungen darüber dar, wie es ihm gelang, Nichtraucher zu bleiben.

Die Evaluierung

Die Evaluierung dieses Programms diente der Beantwortung einer grundlegenden Frage: Welche Methoden soll man anwenden, um Menschen so zu beeinflussen, daß sie ein bestimmtes Verhalten annehmen oder besondere Gewohnheiten aufgeben?

Das Gesundheitsministerium war nicht in erster Linie am Ergebnis des Programms interessiert, sondern hatte eher wissen wollen, in welcher Weise das Fernsehen bei der Gesundheitserziehung genutzt werden kann.

Das Forscherteam hatte seinerseits zwei weitere Ziele:

1. einmal die Wirkung zu messen;
2. zum anderen zu bestimmen, ob es gelungen war, eine „klinische Atmosphäre“ herzustellen.

Die Untersuchung war als Langzeitstudie angelegt, da es dadurch möglich wurde, den Einfluß des Zeitfaktors zu bestimmen.

Entsprechend wurden Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten vorgenommen:

1. Vor Beginn des Kurses wurde zusammen mit einer Dokumentation über den Kurs selbst ein kurzer Fragebogen verschickt, der vor Beginn der Sendung zurückgeschickt werden mußte.
2. Zwei Monate nach Beendigung des Kurses wurde ein zweiter Fragebogen verschickt.
3. Neun Monate nach dem Kurs fand ein ausführliches mündliches Interview statt.

Die Stichprobe

Um eine repräsentative Stichprobe der 35.000 Teilnehmer zu bekommen, erhielt jeder fünfte einen Fragebogen. Ursprünglich hatten wir eine Gruppe von 25.000 Teilnehmern, d.h. eine Stichprobe von 5.000 Beantwortern erwartet, eine Zahl, die wir als ausreichend für eine adäquate Analyse hielten, wobei wir die durch den Charakter der Langzeitstudie bedingten Ausfälle bereits berücksichtigt hatten.

Die Antwortrate des ersten Fragebogens war allerdings relativ niedrig: 27%. Das lag zum großen Teil an administrativen und technischen Versandproblemen: 40% konnten ihren Fragebogen nicht zurückschicken — aufgrund der schlichten Tatsache, daß sie ihn nie erhalten hatten! Durch eine Kontrollstichprobe aus der Gruppe der Nicht-Beantworter konnte nachgewiesen werden, daß die Beantwortung dennoch für die Gesamtgruppe repräsentativ war.

Die Rate der Beantwortungen des zweiten Fragebogens war viel größer: 72%; und die Teilnahme am Interview lag mit 87% sogar noch höher.

Die Didam-Gruppe

Da wir erst nach Beendigung des Kurses von dem Experiment in Didam gehört hatten, kam diese Gruppe erst zum zweiten Meßzeitpunkt in die Studie, d.h. zwei Monate nach der letzten Fernsehendung. Dies erklärt, warum wir über die Einstellungen dieser Gruppe vor dem Kurs keine validen Daten haben.

Die Initiatoren des Experiments legten dar, daß sie sich die Mühe gemacht hatten, den Mitgliedern der Didam-Gruppe die vorgesehene Behandlung nahezubringen, wobei sie die Punkte betonten, die zur Erreichung des Rauchverzichts von Bedeutung waren und die sie den örtlichen Verhältnissen anpaßten. Die vorgesehene „Behandlung“ war zum Beispiel weniger streng als sie im Kurs vorgesehen war.

Die Projektergebnisse

Wenn wir die Stichprobe, die aus den 35.000 Teilnehmern — der „Fernsehgruppe“ — entnommen wurde, mit der der Didam-Gruppe vergleichen, sehen wir, daß die letztere etwas erfolgreicher war: 88% der Teilnehmer hörten wirklich auf zu rauchen, verglichen mit 80% in der „Fernsehgruppe“. Nach neun Monaten waren 24% der Didam-Gruppe und 22% der Fernsehgruppe noch Nichtraucher. Berücksichtigen wir die Gesamtzahl der Teilnehmer, die tatsächlich mit dem Rauchen aufhörten (dabei liegt die Rate der Didam-Gruppe höher), so war das Ergebnis beider Methoden

	<i>Hörten nicht auf zu rauchen</i>	<i>Begannen wieder zu rauchen nach:</i>					<i>Rauchen noch nicht wieder</i>	
		<i>1-7 Tagen</i>	<i>8-30 Tagen</i>	<i>1-2 Monaten</i>	<i>3-4 Monaten</i>	<i>5-9 Monaten</i>		
Didam	12%	10%	18%	13%	18%	5%	24%	100%
TV	20%	16%	17%	10%	10%	5%	22%	100%

dasselbe: 27% aller Teilnehmer, die das Rauchen aufgegeben hatten, waren nach neun Monaten immer noch Nichtraucher.

Die zeitliche Verzögerung bei der Ausfallquote, d.h. die Zeit, während der die Teilnehmer Nichtraucher blieben, ist interessant, weil aus ihr hervorgeht, daß die Fernsehgruppe die höchste Rückfallquote direkt nach Beendigung des Programms hatte, während die Didam-Gruppe einen stärker fluktuierenden Verlauf zeigte, mit einer höheren Ausfallquote zu einem späteren Zeitpunkt.

Obwohl die nach neun Monaten erzielten Ergebnisse bei beiden Methoden gleich sind, ist es offensichtlich, daß der Erfolg der Didam-Gruppe länger andauerte.

Die Suche nach Übereinstimmung

Mit anderen über ein Problem zu sprechen, ist ein Aspekt der Suche nach Übereinstimmung durch personale Kommunikation. Unglücklicherweise zeigten unsere Untersuchungsergebnisse, daß das Reden über das Rauchen in keinerlei Beziehung zum erreichten Erfolg stand. Dennoch gibt es zwischen beiden Gruppen Unterschiede, so gering sie auch sein mögen. Die Fernsehgruppe redete mehr mit Menschen in der näheren Umgebung, wie z.B. mit der Familie (83-81%), mit Freunden (72-64%) und Kollegen (62-43%), während die Didam-Gruppe mehr mit Leuten in den Geschäften (17-10%) und in öffentlichen Gebäuden (25-11%) sprach.

Ein zweiter Aspekt der personalen Kommunikation betrifft den Prozeß, in diesem Falle die Art und Weise, in der die Ratschläge fürs Nichtrauchen erteilt wurden und wie sich diese in der Didam-Gruppe im Vergleich zur Fernsehgruppe unterschied. Wie schon erwähnt, erläuterten die Mitarbeiter des Gesundheitszentrums in Didam die ziemlich dogmatischen Fernseh-Ratschläge, und obwohl sich die Gruppe weniger strikt an das Programm hielt als die Fernsehgruppe, waren die Ergebnisse identisch. So tranken z.B. 78% der Fernsehgruppe gegenüber 17% der Didam-Gruppe 6-8 Gläser Wasser am Tag; 56% gegenüber 27% tranken keinen Kaffee oder Tee, während 68% gegenüber 37% in der ersten Woche keinen Alkohol tranken.

Ein drittes Kriterium sind die Ansichten der Teilnehmer zur Gestaltung eines weiteren Entwöhnungsprogramms: 64% der Didam-Gruppe gaben an, daß sie sich gern auf dem Wege der Begegnung mehr informieren möchten, während dies nur 12% über das Fernsehen anstrebten, dagegen gaben 41% der Fernsehgruppe an, daß sie ein weiteres Fernsehprogramm begrüßen würden, gegenüber 23%, die persönliche Begegnungen wünschten.

Wenn wir uns nun der Massenkommunikation zuwenden, dann können wir feststellen, daß es eine Suche nach Übereinstimmung im Hinblick auf die Information durch die unterschiedlichen Medien wie Radio, Fernsehen und Presse gibt. Beim vorliegenden Projekt konnte zwischen dieser Suche und den Auswirkungen des

Kurses keine Korrelation festgestellt werden. Nur bei der Didam-Gruppe zeigte sich eine positive Beziehung zwischen dem erzielten Erfolg und dem Verfolgen von Raucherentwöhnungsprogrammen im Rundfunk. Ein zweiter Aspekt betrifft die Art der Artikel, die die Teilnehmer lesen wollen: je erfolgreicher sie sind, desto eher wählen sie Artikel, in denen das Rauchen negativ beurteilt wird. Auf diese Art verbessern jene, die das Rauchen aufgegeben haben, ihren Konsens mit den Medien. Ein letzter Punkt, der untersucht wurde, waren die Ansichten der Teilnehmer zur erwarteten Wirksamkeit eines weiteren Programms zum Thema Rauchen und Raucherentwöhnung. Das Ausmaß des erreichten Erfolges war ein Maßstab für den Grad an Unterstützung, den sich die Teilnehmer von einem neuen Programm erhofften. Theoretisch ist ein derartiger Zusammenhang vorherzusehen, da ein weiteres Programm dazu beitragen würde, den Konsens jener, die mit dem Rauchen aufhörten, zu verbessern.

Verhalf die „klinische Atmosphäre“ zum Erfolg?

Die Daten zeigten, daß die Didam-Gruppe viel stärker eine klinische Atmosphäre empfunden hatte als die eher isolierten Zuschauer zu Hause. Das ist nicht überraschend, da die Didam-Gruppe in einem gemeinsamen Raum versammelt war: 50% ihrer Mitglieder sahen (a) das Geschehen auf dem Bildschirm als sehr positiv an und empfanden (b) ein Gefühl der Solidarität mit jenen auf dem Fernsehschirm, die das Rauchen aufgegeben hatten, verglichen mit 20% bzw. 18% in der Fernsehgruppe.

Zusammenfassung

Wir haben uns bemüht, einen umfassenden Überblick über eine kürzlich in den Niederlanden durchgeführte Raucherentwöhnungskampagne zu geben. Wir untersuchten verschiedene Aspekte der personalen wie der Massenkommunikation und versuchten, die Unterschiede zwischen der Fernsehgruppe und der Didam-Gruppe herauszuarbeiten, sozusagen als Prototypen dieser beiden Kommunikationsarten. Die Forschungsergebnisse lassen die folgenden Schlußfolgerungen zu:

1. Ein Experiment in der Art, wie es von der Didam-Gruppe geplant war, d.h. Fernsehen in der Gruppe mit zusätzlicher Information und Diskussion, hätte in Zusammenarbeit mit dem Produzenten der Sendungen vorbereitet und organisiert werden sollen.
2. Hätte es für die Didam-Gruppe Möglichkeiten zur Nachbetreuung gegeben, wären die Endergebnisse vermutlich besser gewesen als jene der Fernsehgruppe, die dieselbe Behandlung erhielt.
3. Die Unterstützung des sozialen Umfeldes hatte offensichtlich eine hinauschiebende Wirkung auf die Ausfallquote.

Die schweren Fehler und Mängel, die festgestellt wurden, waren folgende:

1. Es gab keinerlei tatsächliche Nachbetreuung.
2. Bei der Planung der Fernsehsendungen waren Faktoren für die Evaluationsforschung nicht ausdrücklich berücksichtigt.
3. Weder der Produzent der Sendung noch das Forscherteam hatten mit der Möglichkeit eines Bumerang-Effektes bei der nicht angesprochenen Gruppe

gerechnet, d.h. bei den Rauchern, die das Programm zufällig gesehen hatten, ohne ausreichend zum Nichtraucher motiviert zu sein wie es, wie wir annahmen, die Personen waren, die sich für den Kurs angemeldet hatten.

Die Studie befindet sich noch im Stadium der Auswertung; ein abschließender Bericht wird zu einem späteren Zeitpunkt erscheinen.

KAPITEL V

**Synthese
des Seminars**

Synthese der Gruppenarbeit und der Plenumsitzungen

von **Annette Kaplun**

Herausgeberin des *Internationalen Journals
für Gesundheitserziehung*, Genf

I. EINLEITENDE BEMERKUNGEN

Auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung haben sich in den letzten Jahrzehnten rasche Entwicklungen sowie einige grundlegende Veränderungen vollzogen. Der Grund hierfür liegt in der wachsenden Bedeutung der Gesundheitserziehung als eines der Mittel zur Linderung und Verhütung von Krankheiten. Die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung rückte so immer stärker in den Vordergrund und führte zu einer Neubewertung der vorhandenen Methoden und erbrachten Leistungen.

Aus dieser Neubewertung ergab sich u.a. die Notwendigkeit, das Wissen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung auf den neuesten Stand zu bringen, und zwar unter Einbeziehung der jüngsten Entwicklungen in den Sozialwissenschaften. Daraus erklärt sich auch die Betonung systematischer Methoden und die Einbeziehung aller relevanten Faktoren, die das Verhalten des Menschen in bezug auf seine Gesundheit beeinflussen können.

Offensichtlich sind diese neuen Zielsetzungen auch nicht ohne Auswirkungen auf die angewandten Methoden geblieben. Da eine der grundlegenden Methoden der Gesundheitserziehung auf Kommunikationstheorien basiert, war es sehr naheliegend, daß die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beschloß, dieses Thema in den Mittelpunkt ihres IV. Internationalen Seminars für Gesundheitserziehung „Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung“ zu stellen. Dieses Seminar, das in enger Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der WGO in Heidelberg veranstaltet wurde, gab ca. 80 Teilnehmern aus 23 Ländern aus den unterschiedlichsten Berufssparten eine Woche lang Gelegenheit zum Erfahrung- und Meinungsaustausch u.a. auch unter dem Aspekt der allgemeinen Zielsetzung, die Möglichkeiten und Grenzen der Massenkommunikation und der personalen Kommunikation nachzuweisen, zwei wichtige Methoden, mit denen heutzutage in allen europäischen Ländern Gesundheitserziehung betrieben wird.

Anschrift: 3 rue Viollier, 1207 Genève, Suisse.

Eine erste Diskussion dieser wichtigen Themen fand 1969 in Hamburg im Rahmen des von der Bundeszentrale veranstalteten I. Internationalen Seminars für Gesundheitserziehung statt. Das Heidelberger Seminar bot eine willkommene Gelegenheit, diesen komplexen Bereich eingehender zu untersuchen.

Wozu Gesundheitserziehung?

„Gesundheit muß als sozialer Wert neu gesehen werden“. Diese Erklärung machte Frau Antje Huber, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, bei der Eröffnungsveranstaltung des Seminars.

Was ist aber Gesundheit?

Vor 30 Jahren definierte die WGO Gesundheit als einen „Zustand völligen Wohlbefindens“. Diese Definition befreite den Gesundheitsbegriff von seinem rein somatischen Inhalt und betonte sowohl seine geistig-seelische als auch soziale Komponente. In der Bundesrepublik Deutschland wird indessen von einigen Fachleuten die Meinung vertreten, daß dieses Ziel fragwürdig geworden sei. Völliges Wohlbefinden kann, wie sie meinen, nicht unbegrenzt aufrechterhalten werden: das Ziel ist zu hoch gesteckt. Außerdem ist für gesundheitlich schwache oder behinderte Menschen die Qualität der Gesundheit, die sie zu erreichen hoffen, notgedrungen eine andere, selbst in den reichen Ländern, wo ihnen die moderne Technologie sowie angemessene Hilfe zur Verfügung stehen. Ein weiteres Problem zeigt sich in der Dritten Welt, wo der Lebensstandard in manchen Regionen so niedrig ist, daß es völlig unrealistisch ist, von „völligem Wohlbefinden“ zu sprechen. Wir brauchen ein Gesundheitskonzept, das die funktionellen Aspekte der Gesundheit unterstreicht und uns mit einem erreichbaren Ziel konfrontiert. Wir brauchen konkretere Methoden.

Gesundheit als „sozialer Wert“...

Gesundheit als „erreichbares Ziel“ für jeden einzelnen...

Was kann die Gesundheitserziehung in dieser Hinsicht tun?

Mit Blick auf das erste Ziel: Die Gesundheitserziehung sollte dazu beitragen, die Erkrankungsziffern zu senken; die Lebenserwartung zu erhöhen; die frühzeitige Invalidität aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes zu senken. Mit Blick auf das zweite Ziel sollte die Gesundheitserziehung dem einzelnen Menschen helfen, seine maximale Leistungsfähigkeit zu erreichen.

Wo liegen nun die Hindernisse, die sich diesen Versuchen entgegenstellen und wo andererseits die positiven Faktoren, die die Gesundheitserziehung fördern?

Einige Faktoren, die die Gesundheitserziehung behindern

Die wichtigsten Faktoren, die sich dem Fortschritt der Gesundheitserziehung am stärksten widersetzen, sind folgende:

- Die Tatsache, daß sich gesundheitserzieherische Aktivitäten in der Vergangenheit auf die „Praxis“ konzentrierten: Programme wurden ohne ein klar definiertes theoretisches Konzept durchgeführt, oft mit falsch definierten Zielen und ohne jegliche spezifizierte Methodik.

- Die mangelnde Erfolgskontrolle für die meisten der gesundheitserzieherischen Aktivitäten: In den meisten Fällen war die Evaluation nicht vorgesehen, weil sie als zu teuer oder zu kompliziert betrachtet wurde, und selbst dort, wo ein Versuch gemacht wurde, können die Ergebnisse oft nicht als zuverlässig angesehen werden.
- Die Unfähigkeit, Leistungen auf dem Gebiet der Prävention und der Heilung zahlreicher Erkrankungen direkt mit gesundheitserzieherischen Aktivitäten in Verbindung zu bringen: Es gab einen allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung, eine vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und einen stärkeren Rückgang der Infektionskrankheiten; man verzeichnete weiterhin eine Abnahme der Raucher unter Ärzten, bei höheren und leitenden Berufsständen — und doch kann keine dieser Leistungen als direkte Folge gesundheitserzieherischer Aktionen nachgewiesen werden.
- Das Fehlen eines empirischen Nachweises in bezug auf die Verbindung zwischen Wissen, Einstellungen, Verhalten und Vorbeugung: Mit anderen Worten, das Wissen um ein Risiko und die Möglichkeit, es zu verhindern, führen nicht zwangsläufig zu einer Verhaltensänderung; eine Veränderung der Einstellungen mündet nicht zwangsläufig in eine Veränderung des Verhaltens; selbst wenn Verhaltensveränderungen auftreten, ist das Risiko einer bestimmten Erkrankung nicht unbedingt vermindert oder ausgeschaltet.
- Die Tendenz, sich in der Gesundheitserziehung medizinischer kurativer und präventiver Modelle zu bedienen, mit dem Ergebnis, daß:
 - a) wir uns auf die wichtigsten tödlich verlaufenden Krankheiten, wie Krebs und Herz- Kreislauferkrankungen konzentrieren und dies unter Vernachlässigung von „leichteren“ Erkrankungen; doch gerade diese verursachen starke körperliche Beschwerden und Zerrüttung des sozialen Lebens. So sterben z.B. in Großbritannien zwar jährlich 30.000 Personen an Krebs, doch leiden dagegen 10 Mio. unter Rheumatismus;
 - b) wir die Differenz vergessen, die in bezug auf die für eine Intervention erforderliche Zeit, zwischen der Vorbeugung einer Krankheit und der Vorbeugung eines *Verhaltens*, das zur Krankheit führt, besteht.
- Die Vernachlässigung des Konzeptes der „Risiko“-Rolle: Während das Konzept einer „Kranken“-Rolle seinen festen Platz gefunden hat und bei den Untersuchungen über das Krankheitsverhalten angewandt wird, wurde das Konzept einer „Risiko“-Rolle vernachlässigt; die wesentlichsten Unterschiede zwischen den beiden Konzepten liegen in der Verantwortlichkeit des Individuums: Eine Krankenrolle bedeutet, daß der Kranke nicht verantwortlich ist und somit abhängig vom medizinischen Versorgungssystem wird; eine Risiko-Rolle bedeutet das Vorhandensein eines Risikos, für das der Patient selbst die Verantwortung trägt; dies hat wesentliche Konsequenzen für die Gesundheitserziehung, besonders da Ärzte dazu neigen, Risiko-Personen als Patienten zu betrachten und ihnen gleichsam eine Krankenrolle zuweisen, die das Individuum von der Verantwortung befreit, gerade so, als handele es sich um eine tatsächliche Krankheit.
- Die Rechte des Individuums verglichen mit den Rechten der Gemeinschaft:

Ein weiteres Hemmnis bezieht sich auf die Werte, die Ideologien, die Politik eines jeden Landes: „Hat die Gemeinschaft das Recht, in das Verhalten einer Person zu deren eigenem Nutzen oder zum Nutzen der Gemeinschaft einzugreifen?“ In vielen Fällen beschränkt sich die Gesundheitserziehung auf Informationsvermittlung, nur um die Rechte des Individuums nicht zu berühren.

- Das Fehlen von Sanktionen, die bei gesundheitlichem Fehlverhalten angewandt werden:

Wenn Gesundheit für jedes Individuum als ein Recht betrachtet werden soll, sollte es dann nicht, wie andere Rechte, besondere Pflichten mit sich bringen, die in konkreten verhaltensbezogenen Forderungen ihren Ausdruck finden und Hand in Hand gehen mit Belohnungen oder Bestrafungen, wenn die Normen verletzt werden?

- Unsere eigenen Vorurteile:

Schließlich liegt ein wesentliches Hindernis der Gesundheitserziehung in unseren eigenen Vorurteilen; und da der Umfang dessen, was wir nicht wissen, schneller zunimmt als unsere Fähigkeit zu lernen, scheint das Ausmaß unserer Vorurteile in ähnlicher Weise zuzunehmen.

Die Liste der Hindernisse ist lang und könnte Planer und Ausführende entmutigen. Doch davon sind wir weit entfernt, denn Hindernisse können eine Herausforderung zum Handeln sein. Wir sollten Barrieren dankbar begrüßen als Möglichkeit, schöpferisch zu sein, neue, bessere Wege zu gehen, wirksamere Methoden zur Erreichung unserer Ziele zu suchen.

Einige Faktoren, die den Erziehungsprozeß fördern

Die Teilnehmer wiesen wesentliche Faktoren nach, die den Erziehungsprozeß fördern und somit ein Gegengewicht zu den Hindernissen darstellen.

- Als erstes gibt es eine Bewegung, die die Medizin entmythologisiert, das Selbstbewußtsein fördert und das Schwergewicht von hoher medizinischer Technologie auf eine gemeindenahere Medizin zu verlagern versucht. Diese neuen Einstellungen haben das Interesse an der Präventivmedizin wieder neu aufleben lassen und führten zur Integrierung der Gesundheitserziehung in das Gesundheitssystem in zahlreichen Ländern.
- Zweitens haben wir heute Zugang zu einer Wissensfülle aufgrund der Ergebnisse aus den Sozialwissenschaften, die von großer Bedeutung für die Gesundheitserziehung sind. Die Untersuchung von Normen und Rollenverhalten ist hierfür ein typisches Beispiel. Versuche wurden unternommen, um herauszufinden, warum sich manche Menschen an Normen anpassen, andere wiederum nicht, und zwar indem man den bindenden Charakter einer Norm untersuchte. Man tat dies, indem man die Historizität von Normen betrachtete, den Legitimationsprozeß und die Sanktionen sowie die soziale Bestätigung einer Norm in einer sozialen Gruppe. Zusätzlich zu dem Versuch, individuelle Unterschiede beim Anpassen an eine Norm zu erklären, versuchte man, Unterschiede in den Methoden zu entdecken, durch die sich spezifische soziale Gruppen an eine Norm anpassen. Diese Untersuchungen lieferten wichtige Einsichten in das Gesundheitsverhalten.

- Drittens verfügen wir auch, dank rascher Fortschritte auf dem Gebiet der Kommunikationstechnologie, über äußerst wertvolle Ergebnisse, was die Rolle und den Einfluß der verschiedenen Medien betrifft, den Kommunikationsprozeß als solchen als auch die Beziehung zwischen diesem Prozeß und gesundheitsorientiertem Verhalten.

Das erste Modell eines Kommunikationssystems leitete sich aus der Technik ab und bestand aus Komponenten wie Sender, Coder, Kanal, Decoder und Empfänger. Mit der Ausweitung der Forschung auf dem Kommunikationssektor kam es jedoch zu einer stärkeren Betonung der Sozialwissenschaften, und heute kann das technische Modell nicht länger als geeignet angesehen werden, um alle mit dem Kommunikationsprozeß entstandenen Probleme zu erklären. Jüngste Untersuchungen konzentrierten sich auf die Sprache — ihre verbalen und nonverbalen Elemente — als eine der Voraussetzungen für erfolgreiche Kommunikation. Dies führte zur Weiterentwicklung der Forschung in den verschiedenen Bereichen menschlicher Kommunikation.

- Viertens profitieren wir heute auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung von den über mehrere Jahrzehnte gesammelten Erfahrungen. Zahlreiche wichtige Grundsätze wurden aufgestellt, wie z.B. jene, die kürzlich von einer in Dresden, DDR, vom Regionalbüro für Europa der WGO einberufenen Arbeitsgruppe definiert wurden. Diese insgesamt sechs Grundsätze gehen davon aus, daß die Gemeinschaft als Ganzes für die Gesundheitserziehung verantwortlich ist und den Bezug zu den wichtigsten sozialen Aufgaben herstellen muß; sie unterstreichen die Wichtigkeit methodischer Planung und Organisation der gesundheits-erzieherischen Aktivitäten; die Notwendigkeit einer soliden wissenschaftlichen Basis; die Notwendigkeit, die aktive Mitwirkung der Bevölkerung beim Gesundheitsschutz sowie ihr persönliches Verantwortungsgefühl für ihre Gesundheit zu fördern; die besondere Rolle von sanitären und medizinischen Dienstleistungen in der Gesundheitserziehung und schließlich die Wichtigkeit, differenzierte Wege entsprechend den Zielgruppen einzuschlagen.
- Schließlich, und dies ist in der Tat der wichtigste Faktor, unterstreichen alle mit der Gesundheitserziehung beschäftigten Personen die Notwendigkeit einer theoretischen Basis für ihre Arbeit. Als Reaktion auf diese Notwendigkeit erlebten wir eine rasche Entwicklung der Forschungsprogramme und die allgemeine Anerkennung der Forschung innerhalb der Gesundheitserziehung.

* * *

Eben diese Suche nach soliden Grundsätzen und theoretischen Modellen, die Ausgangspunkt für Aktionsprogramme sein können, veranlaßte die BZgA in Köln zur Durchführung internationaler Seminare. Jedes der vorangegangenen Seminare war ein wichtiger Beitrag zum Fortschritt der Gesundheitserziehung. Welches wird nun der Beitrag des IV. Seminars sein?

Während dieser Seminarwoche gab es: theoretische Exposés zur Massenkommunikation und personalen Kommunikation; Berichte über Feldprojekte und Gelegenheiten für persönlichen Erfahrungsaustausch.

Wir werden nun die Ergebnisse untersuchen und in drei großen Abschnitten zusammenfassen:

- Erstens, die Schlüsselfragen, die die Hauptredner in ihren Äußerungen zum Ausdruck brachten und die Berichte über Forschungsergebnisse, die in den Vollversammlungen vorgelegt oder dem Sekretariat zur Verfügung gestellt wurden: die einzelnen Projekte wurden in der Bundesrepublik Deutschland, in der CSSR, in Frankreich, in Jugoslawien, in den Niederlanden und in den USA durchgeführt.
- Zweitens, die nach Meinung der Teilnehmer wichtigen Punkte, auf die man sich zur Überwindung von Hindernissen und zur Förderung positiver Faktoren konzentrieren sollte.
- Und schließlich die Auswirkungen auf die Gesundheitserziehung in bezug auf:
 - a) die Professionalisierung;
 - b) die Kommunikation als solche und
 - c) künftige Projekte

II. WAS ERFAHREN WIR AUS DEN THEORETISCHEN DARSTELLUNGEN UND PROJEKTBERICHTEN

Die Bevölkerung hat oft naive Vorstellungen über die Massenmedien und überschätzt ihren Einfluß: So ist z.B. die „Transmissionsriemen-Theorie“ wissenschaftlich nicht haltbar. Andere dagegen lehnen die Massenkommunikation nach dem Grundsatz ab, daß Verhalten nicht beeinflussbar ist.

Es besteht natürlich kein Zweifel, daß die Massenkommunikation ihre Grenzen hat und einige Nachteile mit sich bringt: Das Feedback wird verzögert; ein großes, notgedrungen ungenau definiertes Publikum wird angesprochen; die Kommunikation findet nur in eine Richtung statt. Nun hat die Erfahrung aber gezeigt, daß Kommunikation durch Massenmedien sehr wirkungsvoll sein kann, und zwar indem sie:

- Wissen vermittelt und ein steigendes Problembewußtsein schafft;
- soziale Normen verändert und neue Maßstäbe setzt;
- Verhaltensmodelle liefert.

Prüfen wir nun, in welchem Ausmaß diese Behauptungen durch die Resultate der verschiedenen Projekte bestätigt werden konnten.

Bundesrepublik Deutschland: Der Einsatz von Massenmedien in einer Kampagne zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten

Diese im Herbst 1975 begonnene und langfristig angelegte Kampagne basierte auf dem konzeptionellen Grundgedanken, daß körperlich Behinderte, Intelligenzgeschädigte und psychisch Kranke „Menschen wie wir“ sind und daß negative Einstellungen in der Allgemeinbevölkerung gegenüber diesen Minderheiten abgebaut werden können durch die positive Herausstellung der jeweiligen Lern-, Leistungs- und sozialen Integrationsfähigkeit.

Vor Beginn der Kampagne konsultierte man eine Gruppe von Fachleuten über die

wirkungsvollsten Methoden zum Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung; außerdem wurde eine psychologische Studie durchgeführt, die drei Themenkreise umfaßte. Aus diesen Studien ging hervor, daß:

- das Wissen bei der Bevölkerung im Hinblick auf die verschiedenen Arten der Behinderung begrenzt ist; es besteht bei der Bevölkerung jedoch wenig Interesse, mehr zu lernen;
- die Bevölkerung ist jedoch sehr daran interessiert, über die richtige Art und Weise des Umgangs mit Behinderten und psychisch Kranken informiert zu werden;
- es besteht eine Art Rangfolge der Diskriminierung Behinderter: Personen mit später erworbenen körperlichen Behinderungen treffen die geringsten Vorurteile;
- der Abbau von Vorurteilen in der Allgemeinbevölkerung kann nicht durch die Vermittlung von mehr Wissen allein geschehen; der einzelne muß das Gefühl haben, daß er sich geänderten sozialen Normen anpaßt; hier liegt auch die wichtige Aufgabe, die Bürgeraktionen bei der Verhaltensbeeinflussung spielen können; der einzelne muß sich auch im Umgang mit Behinderten und psychisch Kranken sicher fühlen.

Diese Resultate waren eine Ausgangsbasis für die Entwicklung einer Kommunikationsstrategie und für die Wahl der Ziele. Für die zentrale Botschaft der Kampagne benutzte man das Symbol eines Puzzlesteines mit der Aussage: „Jeder ist ein Teil des Ganzen“. Eine Serie von Fernsehspots wurde entwickelt sowie zwei Broschüren, in denen acht authentische Fälle geschildert und Beispiele für den Umgang mit Behinderten und psychisch Kranken gegeben werden. Ein Film, eine Wanderausstellung, Plakate, Autoaufkleber etc. wurden ebenfalls vorbereitet. Die Kampagne wollte nicht an Mitleid oder Angst appellieren, sondern Verständnis und soziales Verantwortungsbewußtsein wecken.

Wie sahen die Ergebnisse aus? Die nach der Kampagne durchgeführte Untersuchung zeigte, daß 70% der befragten Personen immer noch der Meinung sind, daß die Behinderten von den meisten Menschen gefühlsmäßig abgelehnt werden, während 75% glauben, daß die Bevölkerung im Umgang mit ihnen unsicher ist; was das Interesse betrifft, so nahmen die behinderten Personen in einer Liste mit 32 Punkten den 31. Platz ein; schließlich waren 5-17% der befragten Personen mit dem Symbol oder den Broschüren der Kampagne vertraut.

Schließlich kann man sagen, daß es aufgrund der Kampagne möglich war, den ersten Teil eines zweistufigen Modells der Informationsverbreitung zu realisieren, d.h. man erreichte die sowieso schon interessierten Gruppen. Diese Gruppen rekrutierten sich aus Meinungsbildnern, die als Relais für die Informationsverbreitung dienen und die Wege für sozialen Wandel ebnen können. Haben sich die sozialen Werte und Normen erst einmal geändert, wird sich das Individuum anpassen.

Einige Vorschläge für die Zukunft

Während der anschließenden Diskussion der Seminarteilnehmer wurden eine Reihe positiver und negativer Punkte herausgestellt, u.a. auch die Notwendigkeit, bei künftigen Kampagnen die Behinderten selbst mit einzubeziehen.

Ein interessantes Diskussionsergebnis war der Vorschlag einer Gruppe, einen regionalen Wettbewerb unter dem Thema: „Die behindertenfreundlichste Gemeinde“ in Verbindung mit dem Jahr der Behinderten der Vereinten Nationen im Jahre 1981 zu veranstalten. Dies sollte die Einbeziehung von Gemeinderäten zur Folge haben als auch von nationalen Gesundheitseinrichtungen und anderen Verwaltungsorganen auf höchster Ebene, von freiwilligen Körperschaften etc. und sollte dazu anregen, bei der Lösung von Problemen durch Mitwirkung der Bevölkerung, einschließlich der Behinderten, fantasievolle und neue Wege zu gehen. Zu den 22 Vorschlägen, die die Gruppe im Hinblick auf ein konkretes Vorgehen machte, gehörten die Organisation von Freizeitaktivitäten, die sowohl behinderte als auch gesunde Menschen einschließen, die Erweiterung des Behindertenbegriffes (Brillenträger etc.), die Förderung legislativer Aktionen etc.

Was zeigen uns nun die aus der Kampagne der BZgA gewonnenen Ergebnisse? Bestätigen sie die Meinung der Fachleute, daß nämlich die Massenmedien bewußtseinsbildend wirken können und die Grundlagen für gesundheitsbewußtes Verhalten legen können, andererseits aber nicht in der Lage sind, Verhalten tatsächlich zu verändern?

Dieser Standpunkt scheint teilweise im Widerspruch mit Ergebnissen einer Untersuchung in Frankreich zu stehen, die letztes Jahr im Anschluß an eine nationale Antiraucher-Kampagne durchgeführt wurde.

Frankreich: Eine landesweite Informationskampagne gegen den Nikotinmißbrauch zeigt die Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung

Der ständig steigende Tabakkonsum veranlaßte das französische Gesundheitsministerium, eine langfristige Aktion gegen diesen Risikofaktor einzuleiten. Der erste Versuchsabschnitt umfaßte drei Phasen: (1) die Phase der Sensibilisierung der Bevölkerung; (2) die vom französischen Parlament am 09. Juli 1976 beschlossene Annahme eines Gesetzes zur Einschränkung der Tabakwerbung; (3) und eine vom französischen Komitee für Gesundheitserziehung organisierte Informationskampagne vom 01. Oktober bis zum 30. November 1976. Bei dieser Kampagne, die über ein Budget von 2,5 Mio. FF (500.000 \$) verfügte, wurden die wichtigsten Massenkommunikationsmittel eingesetzt: Fernsehen (9 Anzeigen, Dauer 20 Sekunden, 87x auf zwei Programmen gesendet); Radio (18 Anzeigen, Dauer 20 Sekunden, 330x auf fünf Stationen gesendet); ein Plakat in einer Auflage von 200.000 Exemplaren und ein Falblatt in einer Auflage von 2 Mio. Exemplaren.

Um den Einfluß der Kampagne zu beurteilen, wurden zahlreiche Umfragen mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

88% der erwachsenen Bevölkerung kannten die Kampagne, davon 90% durch das Fernsehen, 69% durch das Radio, 55% durch die Plakate, 53% durch die Zeitung und 37% durch das Falblatt. Von den Jugendlichen kannten 75% die Kampagne, davon 90% durch das Fernsehen, 60% durch die Plakate, 55% durch das Radio, 48% durch die Zeitung und 27% durch das Falblatt.

Von den schwangeren Frauen, die neben den Jugendlichen eine wichtige Zielgruppe darstellten, hatten 91% einer repräsentativen Auswahl aus 13 Entbindungsanstalten von der Kampagne gehört.

Aus den Umfragen kann geschlossen werden, daß die Ziele der Kampagne größtenteils erreicht wurden; dies konnte durch folgende Zahlen bestätigt werden (die Zahlen in Kursivschrift beziehen sich auf die Umfrage nach der Kampagne):

- Rauchen als gesundheitliche Gefährdung (die Risikoschwelle wurde bei weniger als einem Päckchen angesetzt): Erwachsene, 51% bis 56%; Jugendliche, 33% bis 40%; schwangere Frauen, 35% bis 41%;
- Gefahren des Rauchens für Nichtraucher: 48% bis 52%;
- die Beziehungen Raucher — Nichtraucher und die Sorge, letztere zu belästigen: 60% bis 64%;
- das Image des Rauchers als schwache Person: Erwachsene, 54% bis 60%; Jugendliche, 52% bis 62%;
- der Tabakverbrauch: erwachsene Raucher, 44% bis 41%; jugendliche Raucher, 30% bis 29%.

Schließlich ist der Zigarettenumsatz während des letzten Quartals 1976 verglichen mit dem Vorjahr um 4,2% zurückgegangen. Eine andere Umfrage, durchgeführt bei 2000 Jugendlichen, lieferte weitere interessante Daten, besonders im Hinblick auf den Einfluß des Fernsehens: 65% der Buben und 57% der Mädchen registrierten einen oder mehrere spezifische Aspekte der TV-Kampagne, während nur 22% die Kampagne von Radiosendungen kannten; die Plakatwerbung wurde von 73% der befragten Personen wahrgenommen, doch über die Hälfte von ihnen sahen sie im Fernsehen. Die Umfrage zeigte, daß sich die Jugendlichen wesentliche Faktoren der Kampagne eingeprägt hatten.

Diese verhältnismäßig positiven Erfahrungen konnten in Frankreich gemacht werden. Wie sieht es nun in einigen anderen Ländern aus?

Niederlande: Aufgrund einer Fernsehserie stellen 7700 Personen das Rauchen ein

Die Tatsache, daß Verhalten durch Massenkommunikation beeinflußt werden kann, scheint durch die in den Niederlanden gemachten Erfahrungen bestätigt, wo der bekannte 5-Tage-Antiraucher-Plan im Fernsehen in Form von sechs Kursen gebracht wurde. Personen, die teilnehmen wollten, wurden gebeten, sich anzumelden und fünf Gulden zu bezahlen; ihnen wurde daraufhin das gesamte erforderliche Informationsmaterial zugesandt, so daß sie die wesentlichen Inhalte nach Programmabschluß noch vertiefen konnten. Ungefähr 35000 Personen meldeten sich an, davon stellten 80% das Rauchen sofort ein; neun Monate später konnten sich noch 22% zur Gruppe der Nichtraucher zählen.

Ein besonders interessanter Punkt ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß diese Erfolgsquoten praktisch mit jenen übereinstimmten, die in einer kleinen Gemeinde, die die TV-Serien im Rahmen einer Gruppe verfolgte, erzielt wurden, d.h. die Gruppenmitglieder organisierten ein zweistündiges Treffen in Verbindung mit jeder TV-Sitzung, luden Fachleute zwecks zusätzlicher Information ein und erörterten ihre Probleme vor dem Fernsehkursus.

Es sollte hier nicht unerwähnt bleiben, daß das Fernsehen sehr autoritäre Methoden anwandte: den Zuschauern wurde gesagt, was sie zu tun hätten, wann und wie etwas

zu tun sei. Offensichtlich wurde dieses Vorgehen sehr geschätzt; man fühlte sich sicherer.

USA: Ein sorgfältig strukturiertes Medienprogramm zeigt die Auswirkungen auf das Verhalten

Das Stanford-Three-Communities-Programm in den USA weist ebenfalls den Einfluß der Massenmedien auf das Verhalten nach. Das Projekt, von dem einer der Teilnehmer berichtete, beschäftigt sich mit dem Rückgang des Herzinfarkttrisikos durch einen allgemeinen Überzeugungsprozeß; es wurde in drei verschiedenen Städten mit jeweils 15000 Einwohnern durchgeführt. Eine Stadt diente als Kontrolle, eine andere war Gegenstand einer sorgfältig koordinierten Medienkampagne, und in der dritten Stadt wurde diese Medienkampagne zusätzlich durch persönliche Kommunikation unterstützt.

Die Studie brachte einige interessante Tendenzen ans Tageslicht. Das Risiko koronarer Erkrankungen war nicht nur in der Gemeinde mit intensivem Informationsprogramm um ungefähr 18% zurückgegangen, sondern auch in der Gemeinde, die nur der Medienkampagne ausgesetzt war. Die Untersuchung zeigt, daß Verhaltensweisen wie Rauchen, Aufnahme von gesättigten Fettsäuren, die gesamte Kalorienzufuhr sowie Bewegung durch ein sorgfältig strukturiertes Medienprogramm, das nicht nur Ziele setzt, sondern auch zeigt, wie man diese erreicht, durchaus verändert werden können.

Im ersten Halbjahr 1977 wurde in der Bundesrepublik Deutschland vom Zweiten Deutschen Fernsehen (ZDF) im Rahmen seiner Reihe „Gesundheitsmagazin“ eine Kampagne durchgeführt, die Zuschauer mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zu vernünftigem Essen anhalten sollte.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln, für die das Institut für Therapieforschung (IFT) in München 1974 eine verhaltenstherapeutische Brieftherapie entwickelt hatte, beauftragte dieses Institut mit der Durchführung einer wissenschaftlichen Untersuchung in Verbindung mit der Kampagne. Die beiden wichtigsten Ziele waren:

- ein Vergleich der Effektivität der verschiedenen Medien — in diesem Fall der Brieftherapie, einer TV-Serie und der Verbindung beider — im Hinblick auf die Beeinflussung von Eßverhalten und Übergewicht;
- eine Reduzierung der Kosten des Brieftherapie-Kurses, ohne damit dessen Effektivität zu reduzieren.

Die Untersuchung wurde mit einer Stichprobe von 1437 Teilnehmern durchgeführt, die je nach Zielsetzung in vier Gruppen unterteilt wurden.

Aus der Interpretation der Ergebnisse geht hervor, daß

- die Kontrollgruppe und die Fernsehgruppe sich kaum in irgendeiner Hinsicht unterschieden, die erzielten Veränderungen waren nicht signifikant;
- die Brieftherapie, mit oder ohne Unterstützung durch das Fernsehen, signifikant bessere Ergebnisse aufwies als die beiden ersten Gruppen und
- die Brieftherapie und der kombinierte Brief- und Fernsehkurs sich nur geringfügig oder überhaupt nicht in ihren Ergebnissen unterschieden.

Außerdem zeigte die Untersuchung, daß es möglich war, die Kosten des Briefkurses zu reduzieren, ohne seine Effektivität zu mindern.

CSSR: Ein Versuch der Gesundheitserziehung über das Fernsehen

Ein weniger positiver Bericht kam aus dem Institut für Gesundheitserziehung in Bratislava über den Einfluß von zehn halbstündigen Fernsehfilmen, die die Förderung von gesundheitsorientiertem Basiswissen sowie von gesundheitsbewußtem Verhalten zum Ziele hatten. Die Filme wurden Fabrikarbeitern in sieben Städten über einen Zeitraum von fünf Monaten gezeigt. Eine Kontrollgruppe wurde aufgefordert, die Filme nicht anzuschauen. Vor, während und nach dem Erziehungsprogramm wurden Befragungen durchgeführt.

Ein Kriterium für die Bewertung war der Zuwachs an Wissen, der anhand von sieben Mehrfachfragen gemessen wurde: Im Durchschnitt lag er bei weniger als 0,5%. Die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe waren nicht signifikant. Die befragten Personen wurden auch aufgefordert, die Filme zu beurteilen: Hier gab es eine enge Wechselbeziehung zwischen dem Verstehen der Information und dem negativen oder positiven Urteil der Zuschauer. Interessant ist die Feststellung, daß die subjektiven Beurteilungen über das Maß der neugewonnenen Informationen nicht mit dem objektiven Wissen übereinstimmten. Schließlich wurden die befragten Personen aufgefordert, von elf möglichen Informationsquellen diejenigen anzugeben, denen sie den Vorzug geben würden: Der Arzt und die Schule standen an erster bzw. zweiter Stelle, noch vor dem Fernsehen; Zeitschriften lagen an siebenter, Radiosendungen an zehnter Stelle.

Einige Grundsätze für den Einsatz der Massenkommunikation

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, daran zu erinnern, daß die Effektivität von Massenkommunikationsstrategien in direktem Bezug steht mit:

1. der sorgfältigen Auswahl *allgemeiner Ziele* — d.h. der Notwendigkeit, persönliche Einstellungen zu verändern, Vorurteile abzubauen, Lebensweisen zu fördern, die den Ausbruch einer Krankheit verhindern — und *spezifischer Ziele*, einschließlich bestimmter legislativer Änderungen, der Beseitigung von Barrieren, die der Erreichung der Ziele im Wege stehen, der Definition zielgruppen-spezifischen Verhaltens sowie der Inhalte der Botschaften etc. und
2. der Berücksichtigung *grundlegender Voraussetzungen*, wie: die individuelle Anpassung von Inhalt und Form; der Einsatz von Botschaften, die einfache Verhaltensanweisungen geben; die Identifikation von Zielgruppen; die Integrierung verbaler und nonverbaler Sprache; die Benutzung leicht verständlicher Sprache; die Anwendung von Schlüsselreizen; der Einsatz glaubwürdiger Quellen; die Informationsvermittlung, die sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte des Problems behandelt; die Verbindung von Massenkommunikation und personaler Kommunikation.

Jugoslawien: Die personale Kommunikation in ihrer besten Form

Wir wollen uns nun einem Bericht zuwenden, der ein Projekt betrifft, das allein auf dem Einsatz der personalen Kommunikation beruht. Es handelt sich um gesundheitserzieherische Aktivitäten in einer ländlichen Gegend von Jugoslawien, wo die Interaktion von Gesundheitserziehern und Adressaten während der Durchführung eines umfassenden Programmes beurteilt wurde.

Die Beurteilung erfolgte auf der Grundlage mehrerer sorgfältig ausgewählter Verhaltenskomponenten, wie z.B. die Zahl der Besuche werdender Mütter im Beratungszentrum während der ersten drei Schwangerschaftsmonate; die Anzahl der durchgeführten Papanicolaou-Abstriche; die Zahl der Frauen, die über selbst durchzuführende Brustuntersuchungen informiert wurden; die Anzahl der Wasserproben, die spontan zur Analyse gebracht wurden; die Kosten-Nutzen-Analyse; Einstellungsänderungen der Gesundheitserzieher im Hinblick auf vorbeugende Maßnahmen und Gesundheitserziehung als Teil ihrer täglichen Arbeit. Alle Ergebnisse waren positiv.

In diesem besonderen Fall war die Gemeindegeweswester das eingesetzte „Medium“ zur Gesundheitserziehung, und ihr einziges Werkzeug war die personale Kommunikation. Der während des Seminars vorgeführte Film zeigte sehr deutlich einige wichtige Punkte in bezug auf die personale Kommunikation und die besonderen Eigenschaften einer Gemeindegeweswester:

„Sie ist optimistisch... immer bereit zu lächeln... sie ist ein echter Freund der Familie... sie hat das Vertrauen der Bevölkerung... sie ist geachtet... sie kennt jeden und jeder kennt sie... sie kann zuhören und Ratschläge geben...“

Einige wichtige Grundsätze für die Anwendung der personalen Kommunikation

Diese Erfahrung veranlaßt uns, über einige wichtige Grundsätze für den Einsatz der personalen Kommunikation nachzudenken; so sollten Gesundheitserzieher:

- mit ihren Patienten einen ständigen Gedankenaustausch herstellen; ist dies nicht der Fall, „ist der Gesundheitserzieher nicht besser oder sogar schlechter als das Fernsehen“, wie festgestellt wurde;
- sich der Bedeutung des Eindrucks bewußt sein, den sie beim ersten Kontakt mit einer Person hinterlassen;
- lernen, die Personen, denen sie gegenüberstehen, zu beobachten und aus dieser Beobachtung nützliche Informationen für ihre Arbeit gewinnen;
- sich stets klar sein, daß gleiche Worte bei unterschiedlichen Personen unterschiedliche Bedeutungen haben;
- die eigene als auch die Körpersprache ihrer Gesprächspartner beachten: nonverbales Verhalten ist oft aufschlußreicher als Worte.

In diesem Zusammenhang hatten die Teilnehmer Gelegenheit, einige erste persönliche Erfahrungen während der Arbeitsgruppensitzungen zu machen, die der perso-

nenalen Kommunikation gewidmet waren, Erfahrungen besonders im Hinblick auf die Subjektivität unserer Interpretationen, die Mechanismen der Projektion, die ins Spiel kommen, den raschen Rückgriff auf Stereotype und die Gefahr der zu schnellen Beurteilung einer Situation. Obwohl diese Art der praktischen Erfahrung anfänglich einige negative Reaktionen hervorrief, waren sich schließlich alle Gruppen darin einig, daß diese Erfahrung ein nützliches Training war, das durchaus seinen Platz in einem internationalen Seminar haben kann.

Wie alle Formen der Kommunikation hat auch die personale Kommunikation ihre Vor- und Nachteile. Zu den Nachteilen zählt die Tatsache, daß der Einsatz zahlreicher spezifischer Sprachen, ein professioneller Status sowie eine berufliche Ausbildung erforderlich sind. In Gruppensituationen können Ängste verstärkt werden, und es besteht außerdem das Problem der Gruppenhomogenität. Die Nachteile der personalen Kommunikation werden indessen dadurch ausgeglichen, daß sie einen direkten Kontakt zwischen den einzelnen Personen herstellt und ein unmittelbares Feedback erleichtert, daß sie weiterhin die Basis für wertvolle, obgleich kostspielige Informationsvermittlung liefert, das persönliche Engagement der Betroffenen ermöglicht sowie in Gruppensituationen sozialen Druck und Identifikation mit der Gruppe bewirkt.

Der Einfluß von Normen auf das Verhalten

Doch kommen wir kurz auf den jugoslawischen Projektbericht zurück, der eine aufschlußreiche Seite enthält:

„Die Ergebnisse über die Wechselbeziehungen zwischen Wissen, Einstellungen und Verhalten in Verbindung mit Gesundheit waren uns nicht unbekannt. Wir gingen bei unserem Projekt von dem Standpunkt aus, daß vorhandenes oder nicht vorhandenes Interesse an neuen gesundheitsorientierten Aktivitäten durch herausfordernde Situationen, durch angenehme Erfahrungen und Zufriedenheit mit neuen Gesundheitseinrichtungen entwickelt werden kann. Ziel ist die Veränderung von *Normen* und nicht nur von Einstellungen und Verhalten. Befindet sich das Beratungszentrum in der Nachbarschaft und ist der Arzt auf die Initiative eines interessierten Personenkreises gekommen, unterstützt von zwanglosen, von den Gemeindegewestern angeregten und organisierten Gruppen, dann ist es sehr wahrscheinlich, daß die Mehrzahl der Frauen zur Kontrolluntersuchung kommen werden. Erweist sich die Beziehung zwischen Arzt, Hebamme und Frauen als sinnvoll, dann werden die späteren Zusammenkünfte noch mehr Ansporn sein. Folglich werden eines Tages die regelmäßigen Besucher im Beratungszentrum die allgemeine Norm und akzeptierte Praxis sein, unabhängig davon ob der Besuch der Einstellungsänderung voranging oder umgekehrt, oder ob die notwendigen Informationen und das Wissen vor, während oder nach dem Besuch im Beratungszentrum erworben wurden“.

Dies zeigt deutlich, daß vermieden werden muß, Gesundheit als abstrakten Wert zu betrachten; sie sollte statt dessen Bedeutung erlangen im Hinblick auf die Durchsetzung von Normen und ihren konkreten Niederschlag in spezifischen Verhaltensvorschriften finden. Die Bevölkerung wird dann drei Gruppen umfassen: jene, die sich an Normen anpassen, jene, die von ihnen abweichen und jene, die ihnen

ausweichen. Für die Fälle, in denen normabweichendes Verhalten vorliegt, könnten Sanktionen vorgesehen werden, wie z.B. höhere Lebensversicherungsprämien für Personen, deren Verhalten gesundheitsgefährdend ist.

III. DIE ANSICHTEN DER TEILNEHMER

Insgesamt wurden von den Arbeitsgruppen 15 Berichte in den Plenumsitzungen vorgelegt. Nachfolgend wird eine Zusammenfassung der in den Gruppen zum Ausdruck gebrachten Meinungen gegeben im Hinblick auf Massenkommunikation, personale Kommunikation und der Möglichkeit der Verbindung beider Kommunikationsformen.

Massenkommunikation

- Massenkommunikationskampagnen sind notwendig, und es scheint nicht gerechtfertigt, das Prinzip ihrer Anwendung in der Gesundheitserziehung in Frage zu stellen, obwohl die angewandten Methoden revidiert werden können.
- Die Häufigkeit derartiger Kampagnen sollte kritisch untersucht werden, um zu vermeiden, daß die Bevölkerung überdrüssig oder unsensibel gegenüber bestimmten Problemen wird oder gar ein Bumerangeffekt ausgelöst wird.
- Einige Nachteile der Massenmedien: (a) die Vielzahl von Reizen, die diese Kommunikationsform mit sich bringt, zwingt den einzelnen, einen Filtermechanismus zu seinem eigenen Schutz zu entwickeln; (b) Massenmedien können Angst (z.B. vor Krebs) oder Unsicherheit bewirken, wenn widersprüchliche Botschaften übermittelt werden; (c) die Tatsache, das Massenmedien an viele „andere“ appellieren, kann eine Art von „Das-geht-mich-nichts-an“-Haltung bewirken.
- Erfolgreiche Massenkampagnen basieren auf drei Grundsätzen:
 1. einer klaren Definition der Ziele, die auf zuverlässigen Forschungsergebnissen basieren, einschließlich öffentlicher Meinungsumfragen;
 2. der Koordinierung der Tätigkeiten aller beteiligten Gruppen;
 3. der permanenten Evaluation und dem Feedback.
- Im Hinblick auf die Evaluation von Massenkampagnen muß dreierlei berücksichtigt werden:
 1. die der Kampagne zugrundeliegenden Entscheidungen, die folgendes einschließen: (a) die Schaffung eines theoretischen Modells als Grundlage der anzuwendenden Strategie, da hieraus eindeutige Auswirkungen auf die zu untersuchenden Parameter resultieren (ein Modell, das davon ausgeht, daß eine Einstellungsänderung zu einer Verhaltensveränderung führt, muß anders bewertet werden als ein Modell, welches den umgekehrten Prozeß bewirken will); (b) eine detaillierte Beschreibung des Problemkomplexes und die Rolle der Gesundheitserziehung bei der Lösung dieser Probleme; (c) die spezifischen Verantwortlichkeiten der Organisatoren; (d) die politischen Auswirkungen der Evaluation; und (e) die für die Evaluation verfügbaren Mittel;

2. die genaue Definition der Ziele der Kampagne, der kurzfristigen und definitiven Ziele, der Ziele der Evaluation (Prozeß oder Resultat) einschließlich der Zielgruppen, der zu berücksichtigenden Variablen und der Möglichkeiten, genaue Daten im Hinblick auf die Ziele zu erhalten;

3. die Durchführung der Evaluation und die Auswahl meßbarer Ziele unter Vermeidung der Gefahr, nur leicht meßbare auszuwählen; besonders im Hinblick auf die Ergebnisbewertung ist es vorteilhaft, wenn die Evaluation von einer nicht direkt beteiligten Person durchgeführt wird.

- Eines der Ziele der Massenkommunikation ist die Veränderung von Einstellungen und Verhalten, dort wo es notwendig ist. Um dies zu erreichen, müssen sich die Zielgruppen angesprochen und zur aktiven Mitwirkung angeregt fühlen. Diese Mitwirkung, die kaum möglich ist bei Einschaltung des Fernsehens, ist realisierbar, wenn die Information über Multiplikatoren oder personale Kommunikation vermittelt wird. Der Einsatz von Multiplikatoren wie Elternverbänden und anderen kommunalen Gruppen ist in der Tat ein Schlüsselfaktor für den Erfolg der Gesundheitserziehung.
- Eine Hauptaufgabe der Massenkommunikation besteht darin, den einzelnen zu motivieren und in ihm die Bereitschaft zur personalen Kommunikation zu wecken.
- Die Wahl der optischen Mittel (Plakate, Prospektillustrationen, etc.) muß sehr umsichtig erfolgen, und Vorurteile sowie bereits akzeptierte Symbole, die innerhalb eines vorgegebenen kulturellen Rahmens Gefühle der Empathie fördern oder hemmen können, müssen berücksichtigt werden.

Personale Kommunikation

- Wahrnehmen, besonders im Kontext der sozialen Interaktion, heißt urteilen. Verbales und nonverbales Verhalten sind nur ein Element der Wahrnehmung; viele andere Faktoren, die unsere Wahrnehmung bewußt oder unbewußt stark beeinflussen, spielen eine Rolle.
- Personale Kommunikation bedeutet Wahrnehmung auf drei Ebenen: Beobachtung, Interpretation, Beurteilung.
Die Interpretation wird durch Persönlichkeit, Erfahrung, Erwartungen, Vorurteile und Stimmungen beeinflusst; das Urteil wird neben den obigen Faktoren durch Identifikation beeinflusst.
- Körpersprache, Mimik, Gestik, Stimme, Aussehen — all das ist von großer Bedeutung im Kommunikationsprozeß. Bewußt oder unbewußt spiegeln unser Gesicht und unsere Bewegungen Haltungen des Willkommens, der Gleichgültigkeit, der Ablehnung.
- Nonverbale Signale beziehen sich nicht nur auf die Körpersprache, sondern sie beeinflussen auch bestimmte Situationen und können zu subjektiven Interpretationen führen.
- Fachleute arbeiten häufig mit unzureichenden Informationen; Interpretationen auf der Basis partieller Informationen sind jedoch sehr gefährlich.
- Die Interpretation kann durch Training verbessert werden, ebenfalls das

Verständnis für die Körpersprache und für unser eigenes Verhalten. Personale Kommunikation kann erlernt werden.

- Gesundheitserzieher und Sozialarbeiter sollten in Verhaltenstechniken eingeführt werden, wie es bereits in bestimmten Industriegebieten geschehen ist. Eine derartige Ausbildung könnte helfen, die menschlichen Beziehungen zu verbessern, obwohl sie nicht in der Lage wäre, eine großzügige, warmherzige Sensibilität gegenüber den Mitmenschen zu ersetzen.
- Das Gesundheitspersonal sollte während der beruflichen Ausbildung lernen, sich mit anderen zu identifizieren.

Die Verbindung von Massenkommunikation und personaler Kommunikation

- Um die Verbindung von Massenkommunikation und personaler Kommunikation herzustellen und nachzuweisen, welche Form in welcher Situation geeigneter ist, sind eingehende Untersuchungen notwendig, und zwar im Hinblick auf:
 - Programme, die nur einen Risikofaktor berücksichtigen und
 - Programme, die mehrere Risikofaktoren berücksichtigen.

Die Frage der Verbindung von Massenkommunikation und personaler Kommunikation in der Gesundheitserziehung wurde von den Arbeitsgruppen in Zusammenhang mit dem Abbau von Risikoverhalten untersucht. Drei Programmentwürfe wurden entwickelt, ein Entwurf in Verbindung mit Rauchen bei schwangeren Frauen, ein zweiter in bezug auf sexuell übertragbare Erkrankungen und ein dritter im Hinblick auf Bewegung, Ernährung und Rauchen. Sie zeigten die Notwendigkeit,

- soziale Unterstützung vorzusehen und Mechanismen zu entwickeln, die den persönlichen Einsatz für eine Verhaltensveränderung verstärken, mit anderen Worten, die ein „Umweltbewußtsein“ fördern;
- meinungsbildende Persönlichkeiten zu finden und Systeme personaler Kommunikation im Umfeld der Zielgruppen zu entwickeln;
- eine flexible Methode zu benutzen, wenn die zu verändernde Norm nur eine kleine Gruppe betrifft;
- Umweltfaktoren zu beeinflussen und einen Druck von seiten der Öffentlichkeit auf die Veränderung von Gesetzen und Normen zu bewirken;
- eine flexible Planung im Hinblick auf die Weiterentwicklung im Forschungsreich vorzusehen;
- die Belange der Zielgruppen und ihre aktive Einbeziehung und Mitwirkung bei der Planung zu berücksichtigen;
- den für den Gesundheitsbereich Verantwortlichen klarzumachen, wie wichtig es ist, über genügend Zeit zu verfügen, um zu planen, Informationen zusammenzutragen über Kenntnisse, Einstellungen, Motivationen, über Kommunikationskanäle, die von den Zielgruppen am häufigsten benutzt werden, über Orte, an denen man die Zielgruppen am besten erreicht, über die negativen und positiven Faktoren, die die Abwicklung des Programmes beeinflussen können.

Man war übereinstimmend der Meinung, daß die Verbindung von Massenkommunikation und personaler Kommunikation, besonders wenn Gruppen angesprochen werden sollen, wünschenswert ist. Es fehlt uns jedoch an Erfahrungen, wie man diese Methoden am effektivsten verbindet; wir brauchen mehr *theoretische* Kenntnisse über das Verhältnis dieser beiden Kommunikationsformen zueinander.

IV. KONSEQUENZEN FÜR DIE GESUNDHEITSERZIEHUNG

Im Hinblick auf die Professionalisierung

Die Ziele der Gesundheitserziehung, die sich von der bloßen Informationsvermittlung bis hin zur Verhaltensbeeinflussung verändert haben, die Neubewertung der Ziele der personalen Kommunikation, die Notwendigkeit verhaltensorientierter als auch präventiver Behandlungsmethoden und die Einbeziehung der Gesundheitserziehung in das gesundheitliche Versorgungssystem, das auf medizinischen Grundsätzen beruht, haben insgesamt die Aufmerksamkeit auf das unumgängliche Problem der Professionalisierung in der Gesundheitserziehung gelenkt.

Den Teilnehmern wurde die Frage vorgelegt, wie diese Professionalisierung zu erreichen sei. Es gibt in der Tat zwei Wege: einmal kann ein neuer Beruf des Gesundheitserziehers geschaffen werden (vergleichbar den Sozialarbeitern, Krankenschwestern etc.); der andere Weg besteht darin, die Gesundheitserziehung in andere bereits anerkannte Berufe einzubeziehen. Beide Möglichkeiten wurden ins Auge gefaßt.

Eine Gruppe war der Meinung, daß die Gesundheitserziehung im Augenblick nicht professionalisiert werden sollte, da die für eine derartige Fachausbildung erforderlichen Voraussetzungen in vielerlei Hinsicht nicht gegeben sind. Um die notwendige berufliche Ausbildung in der Gesundheitserziehung zu erreichen, müßte man Angehörigen bereits bestehender Berufe das zusätzliche Wissen vermitteln. Nach Meinung einer anderen Gruppe wären einige wenige, fachlich ausgebildete Gesundheitserzieher notwendig, um Programme zu planen und auszuwerten, um zu unterrichten und Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitserziehung durchzuführen. Fünf bis zehn Fachleute würden z.B. für Länder wie Belgien oder die Schweiz ausreichend sein.

Diese Gruppe entwickelte den Entwurf eines Lehrplans, der alle wichtigen Bereiche der Gesundheitserziehung umfaßte, und zwar: die Gemeinde, die Arbeit in und mit der Gemeinde, wichtige Gesundheitsfragen, Kommunikationstechniken, Planung, Durchführung und Bewertung gesundheitserzieherischer Aktivitäten und die praktische Gesundheitserziehung. Dieser Lehrplan könnte als Rahmenplan für verschiedene Ausbildungsebenen dienen: (1) für Ausbilder, (2) für Angestellte im Gesundheitserziehungssektor oder (3) für Angehörige anderer Berufe, die für die Probleme sensibilisiert werden sollen, wie z.B. Angestellte im Nahrungsmittelsektor, im Hotelgewerbe, im Sport- und Werbebereich sowie Journalisten, Verwaltungsangestellte und führende Persönlichkeiten mit Entscheidungsbefugnissen.

Betont wurde ebenfalls die Notwendigkeit, für Anerkennung dieser speziellen Ausbildung zu sorgen sowie für Möglichkeiten beruflichen Aufstiegs für jene, die eine Laufbahn in der Gesundheitserziehung einschlagen möchten.

Unabhängig davon, ob wir nun über Fachleute in der Gesundheitserziehung verfügen oder nicht, ob wir für oder gegen eine Professionalisierung sind, muß das unter dem Begriff der Gesundheitserziehung zusammengefaßte Wissen genau definiert, anerkannt und wissenschaftlich untermauert werden.

Im Hinblick auf die Kommunikation

1. Der Kommunikationsprozeß erfordert besonders im Bereich der Gesundheitserziehung genauere Untersuchungen, wie das Beispiel der sich widersprechenden Ergebnisse in bezug auf den Einfluß der Massenmedien deutlich zeigt.
2. Der Informationsaustausch über Untersuchungs- und Forschungsergebnisse im Bereich der Gesundheitserziehung und angrenzender Disziplinen muß schneller und nachdrücklicher erfolgen. Dies kann auf zwei Wegen geschehen, d.h. über das geschriebene und über das gesprochene Wort. Der Einsatz des ersteren erfordert die Entwicklung von Publikationsmedien, beim zweiten Weg müssen Gelegenheiten für den unmittelbaren Meinungsaustausch geschaffen werden.

Das Regionalbüro für Europa der WGO leistet bereits einen wesentlichen Beitrag durch die Einberufung von Arbeitsgruppen, bei denen jedes Jahr 12 bis 15 Experten aus dem Bereich der Gesundheitserziehung und angrenzender Gebiete zusammenkommen. Durch die breite Streuung der Berichte dieser Arbeitsgruppen werden die Ergebnisse wichtigen Institutionen und Einzelpersonen in ganz Europa zugänglich gemacht.

Das Europabüro der IUGE versucht ebenfalls durch seine technischen Komitees und die Verteilung des *Internationalen Journals für Gesundheitserziehung* seinen Beitrag zu leisten.

Es muß und kann indessen hier sehr viel mehr getan werden, sobald geeignete Mechanismen gefunden sind, um das Interesse und den aktiven Wunsch zur Kooperation zu wecken.

Im Hinblick auf die Zukunft

Bei der Schlußsitzung nahmen die Teilnehmer eine Reihe von Empfehlungen für Schlüsselprobleme an, die nach ihrer Meinung bei künftigen Planungen berücksichtigt werden sollten; und zwar handelt es sich um folgende Punkte:

- Die Verbindung von Massenkommunikation und personaler bzw. Gruppenkommunikation ist wünschbar und machbar, jedoch sind fundiertere Studien notwendig, um die wirkungsvollste Methode der Verbindung dieser beiden Prozesse zu finden;
- Untersuchungen über die Ursachen von gesundheitsschädigendem Verhalten sind erforderlich;
- die Kräfte, die gesundheitserzieherischen Aktivitäten entgegenwirken könnten, sollten sorgfältig vor Beginn eines Programmes untersucht werden;
- die Gesundheitserziehung sollte sich nicht auf die Kommunikation beschränken, sondern sich auch mit Gesetzgebung und Sozialplanung befassen;
- die Gesundheitserziehung sollte zu einer Bewußtmachung der allgemeinen Lebensbedingungen beitragen und mehr Hilfe zur Selbsthilfe geben;

- bei der Planung und Durchführung gesundheitserzieherischer Aktivitäten sollten Zielgruppen stärker einbezogen werden;
- die Gesundheitserziehung sollte nicht als gelegentliche Beschäftigung betrachtet werden, sondern in umfassende Gesundheits- und Sozialprogramme integriert werden.

V. SCHLUSSFOLGERUNG

Wir haben einige der wesentlichen Fragen, die auf dem IV. Internationalen Seminar für Gesundheitserziehung erörtert wurden, vorgestellt. Das Seminar gab zahlreiche Anregungen, und die Teilnehmer dankten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation für die Einladung der zahlreichen Experten, denen Gelegenheit geboten war, ihre Erfahrungen auszutauschen und die Voraussetzungen für künftige Fortschritte in der Gesundheitserziehung zu schaffen.

KAPITEL VI

Teilnehmerliste

TEILNEHMERLISTE

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

*8, Scherfigsvej
DK-2100 Kopenhagen*

Prof. Dr. WOLFGANG FRITSCHÉ
Arbeitskräfteplanung und -management
im Gesundheitswesen

Dr. ANTHONIE L. WOUDEBERG
Gesundheitserziehung und
Sozialwissenschaften

Internationale Union für Gesundheitserziehung

ANNETTE KAPLUN
3, rue Viollier
CH-1207 Genf

Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ)

Dr. GERHARD ASTOR
Stuttgarter Str. 10
D-6235 Eschborn 1

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

*Postfach 20 04 90
D-5300 Bonn 2*

Bundesminister ANTJE HUBER
Prof. Dr. MANFRED FRANKE

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

*Ostmerheimer Str. 200
D-5000 Köln 91 (Merheim)*

ROSMARIE ERBEN
Referentin für Auslandsbeziehungen

MANFRED LEHMANN
Referent für Lehrgänge

Dr. MARIJKE MANTEK
Referentin für Raucherfragen

WOLFGANG MEYER
Referent für Behinderte und psychisch Kranke

HANS SCHNOCKS
Stellvertretender Direktor

Prof. WERNER WILKENING
Direktor

Belgien

Dr. EDGAR COTTON
Ecole de Santé Publique de l'Université
Libre de Bruxelles
100, rue Belliard
B-1040 Bruxelles

Dr. CHARLOTTE MINNE-RINGOET
Ministère de la Santé Publique et de la Famille
Inspection d'Hygiène
Cité Administrative de l'Etat
Quartier Vésale, 4^e étage
20, Rue Montagne de l'Oratoire
B-1010 Bruxelles

Dr. EMILE MINTJENS
Ministère de la Santé Publique
162, Boulevard Em. Jacqmain
B-1000 Bruxelles W.T.C. 1

Dr. GILBERTE REGINSTER-HANEUSE
Université de Liège
Institut d'Hygiène
16, Place Delcour
B-4020 Liège

Bulgarien

Dr. MANOL MANOLOV
Institut d'Education Sanitaire
19, rue Denkoglu
BG-Sofia

Bundesrepublik Deutschland

PETER BÄRENZ
Universität Essen,
Fachbereich 2, Funktionsbereich
Verkehrserziehung
Universitätsstr. 11
D-4300 Essen 1

Prof. JOSEF BAUDREXEL
Landeszentrale für Gesundheitsbildung
in Bayern
Lackerbauerstr. 23
D-8000 München 50

Prof. Dr. REINHOLD BERGLER
Direktor des Psychologischen Instituts
Universität Bonn
An der Schloßkirche
D-5300 Bonn

GERHARD BÜHRINGER
IFT-Therapieforschung GmbH
Parzivalstr. 25
D-8000 München 40

MARIO CAMPIGLIO
Raballattistr. 8
D-6830 Schwetzingen

Dr. HANS CHRISTIAN HERING
Ministerium für Arbeit, Gesundheit
und Sozialordnung Baden-Württemberg
Rotebühlplatz 30
D-7000 Stuttgart 1

Dr. PAUL HÜLSMANN
Sozialministerium des Landes
Schleswig-Holstein
Brunswiker Str. 16-22
D-2300 Kiel

HANS A. HÜSGEN
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales Nordrhein-Westfalen
Horionplatz 1
D-4000 Düsseldorf

BURCKHARD JUNGE
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
des Bundesgesundheitsamtes
Thielallee 88-92
D-1000 Berlin 33

HANS-DIETER KJANSKI
Bundesversicherungsanstalt für
Angestellte (BfA)
Referat 1001
Postfach
D-1000 Berlin 88

Dr. ANNEMARIE LINKER
Gesundheitsbehörde der
Freien und Hansestadt Hamburg
Tesdorfstr. 8
D-2000 Hamburg 13

Dr. MARIA PINDING
Bundesgesundheitsamt
Thielallee 88-92
D-1000 Berlin 33

Dr. LOTHAR QUACK
Universität Heidelberg
Hauptstr. 47-51
D-6900 Heidelberg

PETER SABO
Landeszentrale für Gesundheitserziehung
in Rheinland-Pfalz
Karmeliterplatz 3
D-6500 Mainz

Dr. MARIA SCHABACKER
Internationales Institut für wissenschaftliche
Zusammenarbeit e.V.
Schloß Reisenburg
D-8871 Reisenburg/Donau

Dr. CHRISTEL SCHULTZE-RHONHOF
Landeszentrale für Gesundheitsförderung
Baden-Württemberg e.V.
Königstraße 2
D-7000 Stuttgart 70 (Degerloch)

Prof. LOTHAR STAECK
Pädagogische Hochschule Berlin
Didaktik der Biologie
Malteserstr. 74-100
D-1000 Berlin

HELGA STEPKEN
Kohlhof
D-6900 Heidelberg

Dr. WILTRUDE STROBEL
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Sozialordnung des Saarlandes
Hindenburgstr. 23
D-6600 Saarbrücken

Deutsche Demokratische Republik (DDR)

Dr. GÜNTER SCHRAMM
Deutsches Hygiene-Museum in der DDR
Institut für Gesundheitserziehung
Lingnerplatz 1
DDR-8012 Dresden

Finnland

Dr. KAJ KOSKELA
North Karelia Project
University of Kuopio
P.O. Box 138
SF-70101 Kuopio 10

Prof. HANNU V. VUORI
University of Kuopio
P.O. Box 138
SF-70101 Kuopio 10

Frankreich

Dr. ANGÈLE CORNET
Ministère de la Santé
Direction générale de la Santé
30, rue d'Estrées
F-75700 Paris

JEAN SAVY
Chefredakteur, Santé de l'Homme
Comité Français d'Education pour la Santé
9, rue Newton
F-75116 Paris

Irland

PETER GRANT
Health Education Bureau
52, Upper Mount Street
Dublin 2

JERRY O'DWYER
Department of Health
Custom House
Dublin 1

Israel

Dr TUVIO LEHRER
Director of Health Education
Ministry of Health
Jerusalem

Italien

Prof. MARIA ANTONIA MODOLO
Istituto d'Igiene
Universita degli Studi di Perugia
Via del Giochetto
I-06100 Perugia

Jugoslawien

Dr. SOFIJA DJURIC
Institut für Gesundheitserziehung
24, Skerlićeva Str.
YU-1100 Belgrad

Dr. GAVRILO MUDRINSKI
Abteilung für Gesundheitserziehung
Institut für Volksgesundheit
Jovana Serbanovića 10/A
YU-12000 Pozarevac

Dr. DUSAN REPOVS
Institut für Volksgesundheit der Sozialistischen
Republik Slowenien
P.O. Box 260
YU-61001 Ljubljana

Luxemburg

Dr. EMILE DUHR
Ministère de la Santé Publique
2, rue Auguste Lumière
L-Luxemburg

Dr. DANIELLE HANSEN-KÖNIG
Direction de la Santé Publique
1, rue Auguste Lumière
L-Luxemburg

Niederlande

Dr. EVERT DEKKER
Kommissie Nationaal Plan G.V.O.
Geb. Damsight
Nieuwe Havenstraat 6
NL-Voorburg

WILLY F.M. de HAES
Gemeentelijke Geneeskundige en
Gezondheidsdienst
P.O. Box 70.032
NL-3000 LP Rotterdam

Drs. WILHELM HENDRIKX
Nationaal Centrum voor Kruiswerk
Postbus 3200
Van-Vollenhovenlaan 659-663
NL-Utrecht

JAN G. PETERS
Katholieke Universiteit Nijmegen
Adelbertuslaan 4-6
NL-Nijmegen

Dr. WILMA ROUWENHORST
Nationale Kruisvereniging
Stadionlaan 39
NL-Utrecht

Norwegen

OTTAR T. CHRISTIANSEN
Gesundheitsdienste Norwegens
Box 8128 Dep.
N-Oslo 1

Österreich

Dr. KARL SCHINDL
Österr. Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Gärtnergasse 2/12
A-1030 Wien

Polen

Dr. LUCYNA KLOCYNSKA
Nationales Hygiene-Institut
Abteilung für Gesundheitserziehung
Chocimska 24
PL-00-791 Warschau

Dr. ZOFIA LIEDTKE
Nationales Hygiene-Institut
Abteilung für Gesundheitserziehung
Chocimska 24
PL-00-791 Warschau

Dr. LECH NOWAK
Sanitäts-Epidemiologische Station
Ul. Sieroca 10
PL-00-771 Poznań

Portugal

Dr. MARIA MANUELA SANTOS-PARDAL
Direcção Geral de Saúde
Alameda Afonso Henriques, 45-7º
P-Lissabon 1

Schweden

INGRID LINDVALL
Staatliches Gesundheits- und Sozialamt
Social Styrelsen
S-106 30 Stockholm

Schweiz

Dr. GEORG BRETSCHER
Schweizerische Stiftung für
Gesundheitserziehung
Nelkenstr. 15
CH-8006 Zürich

Dr. FELIX GUTZWILLER
Kantonsspital Basel
Nationales Forschungsprogramm 1
CH-4031 Basel

Dr. JEAN F. MARTIN
Service de santé publique
du Canton de Vaud
Rue Cité-Devant 11
CH-1001 Lausanne

Dr. ROGER-LUC MOUNOUD
Service de santé de la jeunesse
Rue Ernest-Bloch 54
CH-1207 Genf

Dr. ROLF MÜHLEMANN
Schularzt Basel Stadt
St. Alban-Vorstadt 19
CH-4052 Basel

Tschechoslowakei (CSSR)

Dr. ALENA STAIFOVA
Ustav Zdravotni Výchovy
Sokolská 54
CS-Prag 2

Türkei

HUSEYIN TEKIN SEVIL
School of Public Health
Schule für öffentliches Gesundheitswesen
c/o Ministerium für Gesundheit und Sozialwesen
P.K. 235 Yenisehir
TR-Ankara

Ungarn

Dr. JANOS METNEKI
Néphadsereg U.6
H-1055 Budapest

Prof. Dr. LAJOS SZEKELY
Pädagogisches Fortbildungsinstitut
Erkel Utja 26
H-1046 Budapest

Vereinigtes Königreich

JEAN M. BAINBRIDGE
Department of Health and Social Security
Alexander Fleming House
Elephant & Castle
GB-London SE1 6BY

Dr. LEO BARIC
Department of Community Medicine
Stopford Building
Oxford Road
GB-Manchester M13 9PT

Dr. DAVID PLAYER
Scottish Health Education Unit
21, Lansdowne Crescent
GB-Edinburgh EH12 5EH

JANE THOMAS
The Health Education Council
78, New Oxford Street
GB-London WC1A 1AH

Arbeitsgruppen

Vorsitzende

Prof. Dr. L. SZÉKELY
Prof. H. VUORI
Dr. W. ROUWENHORST
Dr. E. COTTON
Dr. Ch. SCHULTZE-RHONHOF
Dr. J. MÉTNEKI
Dr. E. DEKKER
Dr. A.P. WOUTENBERG
H. SCHNOCKS
Dr. M. MANOLOV

Moderatoren

H. STEPKEN
P. BÄRENZ
W. HENDERIKX

G. BÜHRINGER
Dr. G. ASTOR
M. CAMPIGLIO
Dr. L. QUACK

Berichterstatter

Dr. H.-CH. HERING
Dr. F. GUTZWILLER
W. de HAES
Dr. J. MARTIN
Dr. L. QUACK
M. SCHABACKER
J. THOMAS
Dr D. REPOVS
H.-A. HÜSGEN
A. SAVY

Imprimé en Suisse
Studer S.A. Genève