

PARADIGMEN UND PERSPEKTIVEN EUROPÄISCHER GESUNDHEITSERZIEHUNG

Eine Inhaltsanalyse der Berichtbände
"Gesundheitserziehung in Europa", 1973, 1977, 1980

herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln, und von der Internationalen Union für
Gesundheitserziehung, Genf

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 10045
(1.6.1)

Im Auftrag und mit Mitteln der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung, Köln

von:
Robert Wimmer

Projektbetreuung:
Rosemarie Erben

Abstract

"PARADIGMEN UND PERSPEKTIVEN EUROPÄISCHER GESUNDHEITSERZIEHUNG"

Eine Inhaltsanalyse der Berichtbände "Gesundheitserziehung in Europa", 1973, 1977, 1980, hg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, und von der Internationalen Union für Gesundheitserziehung (IUGE), Genf.

Erstellt im Auftrag und mit Mitteln der BZgA, Köln.

Von: Robert Wimmer

Projektbetreuung: Rosmarie Erben

Herbst 1982

BZgA

Die Analyse erstreckt sich auf einen Veröffentlichungszeitraum von über 10 Jahren, wobei außer den oben angegebenen Berichtbänden verschiedene Materialien der BZgA und der WHO, einschlägige Artikel aus Fachzeitschriften, besonders dem "Internationalen Journal für Gesundheitserziehung", sowie weitere Fachliteratur herangezogen wurden.

Beginnend mit der Betrachtung der unterschiedlichen Organisationsgrade und -strukturen des Gesundheitserziehungswesens werden vier herausabstrahierte Grundmodelle vorgestellt, die die jeweils gegebenen Möglichkeiten und Grenzen nationaler Gesundheitserziehungspolitik deutlich machen.

Es schließt sich eine Kategorisierung der empirisch ermittelbaren gegenwärtigen Hauptzielsetzungen der GE in Europa an: - Bekämpfung von bestimmten Krankheiten, - Erreichen von bestimmten Bevölkerungsgruppen, - Gesundheitsförderung, - Regulierung von Umweltproblemen.

Der Gliederungspunkt 'Strategische Orientierung auf Primärprävention auf frühen Sozialisationsstufen' befaßt sich kritisch mit theoretischen und sozialpolitischen Hintergründen eines wichtigen Abschnittes in der Abfolge gesundheitserzieherischer Programmatiken.

Als zentrales Ergebnis der Untersuchung kann die Darstellung von vier sich ablösenden Paradigmen der Gesundheitserziehung angesehen werden, die als theoretische Leitfäden unterschiedliche Etappen der Gesamtentwicklung bestimmen. Es sind dies 1. der Aufklärungs-Ansatz, 2. der probabilistische Ansatz, 3. der Ansatz an den Lebenszusammenhängen, 4. der Betroffenen-Ansatz.

Die Arbeit schließt mit einem Entwurf von Entwicklungsperspektiven, die sich im wesentlichen auf den Ausbau und die Verbreitung von auf das 3. und 4. der hier vorgestellten Paradigmen gestützten Programmen beziehen, sowie mit einer Reihe von Vorschlägen, die die inhaltliche Gestaltung der 4. Ausgabe von "Gesundheitserziehung in Europa" betreffen.

Inhalt.

	Seite
0. Einleitung	3
1. Zum Organisationsgrad und zur Organisationsstruktur der Gesundheitserziehung in den einzelnen Ländern	7
2. Vier Richtungen praktischer Zielbestimmung in der europäischen Gesundheitserziehung	21
3. Strategische Orientierung auf Primärprävention auf frühen Sozialisationsstufen	25
4. Die Paradigmenwechsel	40
4.1 Der Aufklärungs-Ansatz	41
4.2 Der probabilistische Ansatz	43
4.3 Der Ansatz an den Lebenszusammenhängen	52
4.4 Der Betroffenen-Ansatz	56
5. Entwicklungsperspektiven und weitere Fragestellungen	68
Literaturverzeichnis	73

0. Einleitung

Das Thema Gesundheitserziehung ist während der letzten 10 bis 15 Jahre immer weiter ins Zentrum des Interesses von mit gesundheits- und sozialpolitischen Fragenstellungen befaßten öffentlichen und privaten Institutionen gerückt. Die Gründe hierfür sind vielfältiger Art. Unter ihnen fällt zum einen die rapide Kostensteigerung im Bereich der kurativen Medizin ins Gewicht, der man durch möglichst frühe Intervention, wenn möglich durch effektive Primärprävention entgegensteuern will. Zum anderen wird mit Zunehmen der Erkenntnisse über die Wechselwirkungen von wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung und dem sich wandelnden Krankheitspanorama immer stärker deutlich, daß nicht, wie lange Zeit angenommen wurde, wachsender Zivilisationsstand notwendig mit gesünderem Leben und steigender Lebenserwartung verknüpft sein muß. Vielmehr entstehen mit den sich verändernden Lebensweisen neue gesundheitliche Probleme, die qualitativ neue Strategien und Konzepte erfordern.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in Zusammenarbeit mit der Internationalen Union für Gesundheitserziehung 1972 damit begonnen, Berichte über den Stand der Gesundheitserziehung in den Ländern der europäischen Region zusammenzutragen und in bis jetzt drei Sammelbänden mit dem Titel "Gesundheitserziehung in Europa" zu veröffentlichen.

- Der erste erschien 1972/73 mit Berichten aus 18 Ländern sowie einer Tätigkeitsbeschreibung der IUGE (zusammen 150 Seiten);
- die zweite überarbeitete und ergänzte Fassung folgte 1977 mit Berichten aus 29 Ländern sowie einem Beitrag der IUGE (zusammen 242 Seiten);

- Die dritte aktualisierte Fassung erschien 1980 mit Beiträgen aus 30 Ländern, ebenfalls um einen Artikel über die Arbeit der IUGE vermehrt (zusammen 335 Seiten).

Die dort gegebenen Situationsbeschreibungen und entworfenen Perspektiven zu sichten, zu analysieren und zusammenzufassen ist Aufgabe dieser Studie. Das Ziel ist, Vorschläge zur inhaltlichen Gestaltung der 4. Ausgabe von "Gesundheitserziehung in Europa" zu entwickeln (vgl. S. 70 ff).

Dabei stellen sich verschiedene methodische Schwierigkeiten. Die erste besteht darin, daß es sich bei der überwiegenden Zahl der Texte um Schilderungen von Verhältnissen und Auflistungen von Fakten handelt, die sich aufgrund ihrer nur lokalen Bezogenheit eines Vergleiches untereinander weitgehend entziehen. Selbst dort, wo der Ansatz gemacht wird, Gegebenheiten in systematischen Zusammenhängen abzubilden, werden, verständlicherweise, solche Kampagnen und Interventionen ausgewählt, die erkennbare Erfolge nach sich zogen. Hinweise auf gescheiterte Versuche oder Fehlentwicklungen sind äußerst selten, woraus sich der sicherlich falsche Eindruck ergibt, es gäbe keine wirklich tiefgreifenden Probleme auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung.

Aus diesen Gründen gestaltet sich eine Inhaltsanalyse im herkömmlichen Sinne nicht einfach. Um hier Abhilfe zu schaffen, werden andere Quellen herangezogen, die sich stärker auf prinzipielle Fragen der Gesundheitspolitik, der sozialen Entwicklung und der Probleme und Chancen lenkenden Eingreifens in die hier interessierenden Prozesse beziehen. Es sind dies vor allem:

- einschlägige Artikel aus dem 'Internationalen Journal für Gesundheitserziehung' (Jahrgänge zwischen 1972/1 und 1981/4),

- diverse Materialien der WHO,
- Berichte von Internationalen Seminaren der BZgA, sowie weitere
- auf das Thema bezogene Fachliteratur.

Auf der so erweiterten Ausgangsbasis wird der Versuch unternommen, die tatsächlich relevanten Dimensionen analytisch zu erfassen, von denen eine zuverlässige Beurteilung des Materials und, darauf aufbauend, das Finden von Ansätzen zu Entwicklungsvoraussagen abhängen. Dabei ist es notwendig die Vielzahl der in den Berichten angeschnittenen Aspekten auf jene zu reduzieren, die in einem größeren Beobachtungsrahmen als bestimmend angesehen werden können. Andere sind entsprechend zu vernachlässigen.

Als wesentlich erweist sich dabei u.a. die Frage nach dem Grad und nach der Struktur des faktischen Organisiertseins der Gesundheitserziehung in den jeweiligen Ländern. Der Erfolg der Arbeit hängt eben sehr stark davon ab, ob die gesetzten Ziele innerhalb der gegebenen Organisationsstruktur überhaupt erreichbar sind, oder ob das vorhandene gesundheitserzieherische Instrumentarium zur Setzung anderer Ziele nötig ist.

Der hinter den Kulissen immer aktuellen Frage nach den Strategien der Gesundheitserziehung ist in den Berichten weitgehend aus dem Weg gegangen worden. Zur Erläuterung einiger bedeutsamer Positionen in dieser Debatte wird deshalb auf Materialien von internationalen Seminaren der WHO und BZgA zurückgegriffen.

Das wahrscheinlich wichtigste Ergebnis der vorgeneommenen Analyse besteht in der Darstellung der sich ablösenden

Paradigmen der Gesundheitserziehung, die implizit alle Programme, Kampagnen und sonstige Verfahrensschritte bestimmen, die gleichwohl kaum je deutlich erfaßt und beschrieben werden, da die empirische Gleichzeitigkeit und das gegenseitige sich Überdecken von unterschiedlichen Entwicklungstendenzen ihr Erkennen gewöhnlich erschweren.

Die Strukturmerkmale des Gesundheitserziehungswesens, wie sie aus seiner Praxis und seiner Theorie herausgearbeitet werden, geben den Orientierungsrahmen ab für mögliche weitere empirische Fragestellungen, wie sie am Ende der Studie aufgeführt sind.

Anmerkung zur Zitierweise:

die den drei Bänden "Gesundheitserziehung in Europa", auf die sich diese Studie in der Hauptsache bezieht, entnommenen Textstellen sowie Verweise darauf sind der Übersichtlichkeit halber ausschließlich mit Kurzbelegen versehen, wobei I für die Ausgabe von 1973, II für die von 1977, III für die von 1980 steht.

1. Zum Organisationsgrad und zur Organisationsstruktur
der Gesundheitserziehung in den einzelnen Ländern

Betrachtet man den formalen Aufbau der Gesundheitserziehung in den einzelnen europäischen Ländern, die private und/oder staatliche Organisation und Koordination, so lassen sich erhebliche Differenzen ausmachen. Diese finden einen Teil ihres Ursprungs im unterschiedlichen Entwicklungsgrad der medizinischen Versorgung in den verschiedenen Gebieten, aber auch im unterschiedlichen politischen Selbstverständnis der einzelnen Staaten.

Allgemeiner Konsens scheint darüber zu herrschen, daß eine zentrale Koordination aller in einem Lande existierender gesundheitserzieherischer Aktivitäten unbedingt anzustreben ist um einerseits zu gewährleisten, daß sämtliche Bevölkerungsgruppen in der ihnen jeweils adäquaten Weise erreicht werden, und um andererseits die häufig auftretenden Überschneidungen und Verdoppelungen der Bemühungen von Behörden und/oder privaten Organisationen zu vermeiden.

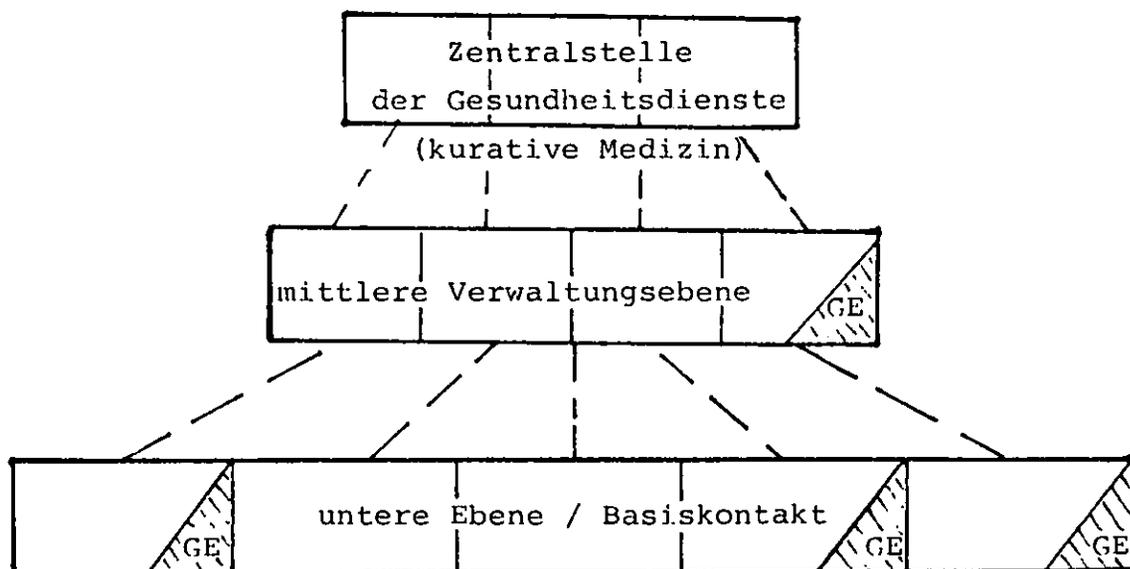
Mit anderen Worten, zentrale Leitung oder wenigstens Koordination soll Flächendeckung und rationalen Einsatz aller beteiligten Kräfte ermöglichen.

Unter diesem verwaltungstechnischen Gesichtspunkt betrachtet, lassen sich in der europäischen Region zumindest vier verschiedene Organisationstypen ausmachen. Diese unterschiedlichen Typen sind selbst Resultat unterschiedlicher sozialer, ökonomischer und politischer Gegebenheiten in den einzelnen Ländern, sie bilden aber ihrerseits selbst auch unterschiedliche Voraussetzungen für gegenwärtiges Handeln und vor allem für mögliche zukünftige Veränderungen, wie anhand der folgenden Einzeldarstellungen deutlich werden wird.

Der Typ 1 läßt sich wie folgt charakterisieren:

die Gesundheitserziehung bildet einen an die (meist unter staatlicher Oberaufsicht stehende) allgemeine Gesundheitsversorgung angekoppelten unselbständigen Sektor. Sie erfolgt im wesentlichen durch medizinisches Personal anlässlich von Krankenbehandlungen, Krankenhausaufenthalten oder auch im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen.

Organisationstyp 1



Die Gesundheitserziehung bildet eine zusätzliche Dienstleistung der kurativen Gesundheitsdienste, die in der Regel durch medizinisches Personal erbracht wird.

Diese allgemeine Charakteristik trifft z.B. auf die Verhältnisse in Albanien zu, wo eine unmittelbar dem Gesundheitsministerium unterstellte zentrale Leitungsstelle für Gesundheitserziehung existiert, die Materialien zur gesundheitlichen Aufklärung herstellt und an die Institutionen der Gesundheitsversorgung auf lokaler Ebene weitergibt. Hier sind es vor allem Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen, die in direktem Kontakt zur Bevölkerung stehen und Ratschläge und Hilfestellungen geben. Obwohl hierdurch

ein relativ zuverlässiger Basiskontakt hergestellt ist, bietet dieses Modell nur sehr begrenzten Raum für prophylaktische Aktivitäten im Sinne einer echten Primärprävention. Der Bürger muß erst zum Patienten geworden sein, um in der Person des Arztes einen Berater zu suchen und zu finden. Im Beispiel Albanien bilden eine Ausnahme hiervon die Kurse für Schwangere und Mütter, Personen also, die zwar im eigentlichen Sinne nicht krank sind, sich aber gemessen an den Kriterien der Schulmedizin in einer Art Semi-Krankenrolle befinden, die sie veranlaßt, die medizinischen Versorgungsinstitutionen aufzusuchen. (vgl. PULO 1980, in: III, S. 1 ff)

Auf einen kurzen Nenner gebracht lautet der Haupteinwand gegen diese Form der Gesundheitserziehung: das Einsetzen pädagogischer Maßnahmen setzt das Vorliegen von Krankheitssymptomen voraus, - damit ist die Idee der Prophylaxe bereits unterlaufen.

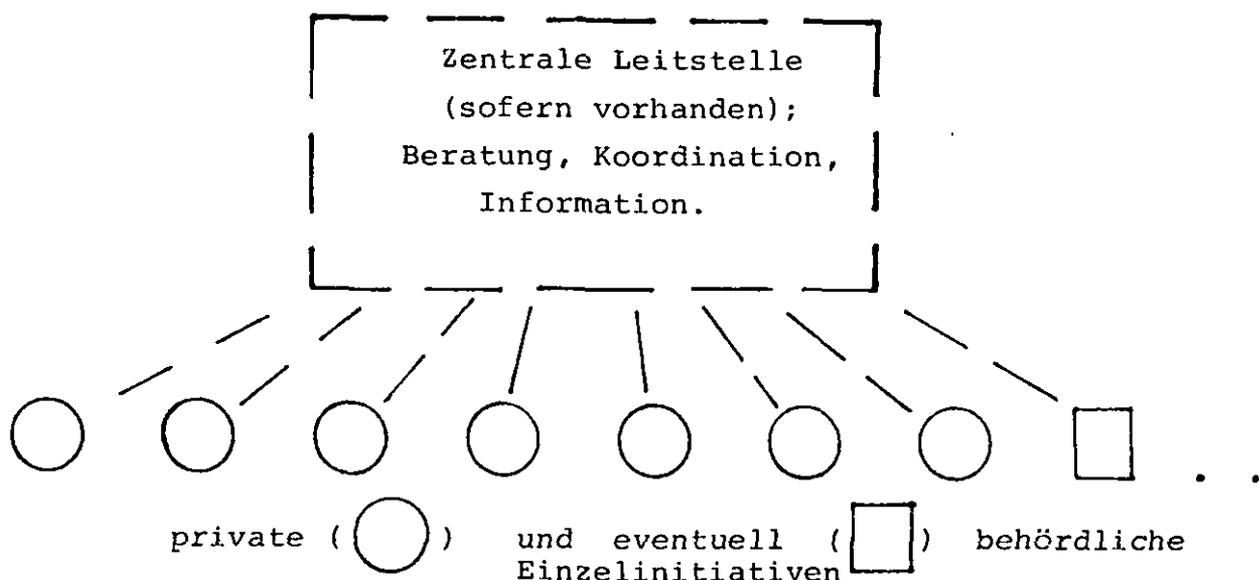
Der Organisationstyp 2 repräsentiert in etwa dieses Schema:

Gesundheitserziehung wird in erster Linie von privaten Vereinen, Ligen u.ä. betrieben, die mit jeweils selbst gewählten Zielen, Inhalten und Methoden aktiv werden. Gelegentlich betreiben auch einzelne staatliche Stellen oder halbstaatliche Institutionen auf diese Weise Gesundheitserziehung zu für sie interessanten Themen. Charakteristisch ist hierbei, daß die Aktivitäten der einzelnen Gruppen nicht oder kaum koordiniert sind, wodurch Überschneidungen ebenso häufig sind wie Fehlstellen, daß also gewisse Probleme keine Berücksichtigung finden, weil sich ihrer, aus welchen konkreten Gründen auch immer, niemand annimmt.

Beim Existieren genügend zahlreicher privater Initiativen bietet es sich staatlicherseits an, eine zentrale Koordinationsstelle einzurichten (und eventuell auch bemerkbare

Fehlstellen durch eigenes Tätigwerden zu schließen). Obwohl dies in den betroffenen Ländern immer wieder gefordert und angestrebt wird, scheint eine Umsetzung oft nur mit Mühe erreichbar zu sein.

Organisationstyp 2



So gibt es beispielsweise in Belgien erst seit 1979 ein vom Generalsekretär des Ministeriums für Volksgesundheit ins Leben gerufenes nationales Gesundheitskomitee, das für die Gesamtplanung der gesundheitserzieherischen Aktivitäten verantwortlich ist. Was die Planung und Durchführung von Projekten anbelangt, so ist dies privaten Initiativen überlassen, die vom Staat finanziell unterstützt werden. (Ausnahmen bilden das Verkehrsministerium, welches sich um Erziehung zu richtigem Verhalten im Straßenverkehr bemüht, sowie das Presse- und Informationsamt des Gesundheitsministeriums, das Druckschriften, Ausstellungen und Fernsehprogramme zur Gesundheitserziehung erstellt.) (VAN PARIJS 1977, in: II, S. 1 ff, ders. 1980 in: III, S. 5 ff)

In Dänemark tragen ca. 50 verschiedene private Institutionen den Hauptanteil der nationalen Gesundheitserziehung. Daneben sind verschiedene staatliche Stellen ebenfalls mit Aufgaben der Gesundheitserziehung befaßt, - so das Landwirtschafts-, das Wohnungsbau- und das Innenministerium, das Ministerium für soziale Angelegenheiten und auf lokaler Ebene die örtlichen Regierungsbehörden.

Ein eigenes Gesundheitsministerium, dem wahrscheinlich am ehestens zentrale Koordinationsaufgaben zufallen würden, existiert in Dänemark nicht. Bis zu einem gewissen Grad werden Funktionen wie Projektberatung, Koordination, Erstellung von Materialien, Unterhaltung internationaler Kontakte bezüglich Gesundheitserziehung vom Dänischen Komitee für gesundheitliche Aufklärung übernommen, einer 1964 gegründeten Kooperation zwischen der dänischen Ärztesvereinigung und den dänischen Krankenversicherungsunternehmen (TOFT-NIELSEN 1973, in: I, S. 76 ff)

Seit 1973 gehört zu den Aufgaben des Komitees auch die Organisation und Durchführung von Informationskampagnen (TOFT-NIELSEN 1977, in: II, S. 47)

In Norwegen bietet sich ein ähnliches Bild. Mehrere halb-autonome staatliche Behörden sowie ca. 50 private Organisationen betreiben hier Gesundheitserziehung. Bis 1979 geschah dies ohne zentrale Absprache (VELLAR 1977, in: II, S. 136). Dann kam es zur Gründung des Norwegischen Koordinationsamtes für Gesundheitserziehung, das seitdem die Kontaktstelle zwischen den verschiedenen staatlichen, halb-staatlichen und den 14 wichtigsten freiwilligen Organisationen bildet. Zu den Hauptaufgaben dieser Stelle gehört neben der Koordination die Evaluation gesundheitserzieherischer Kamapagnen. (VELLAR 1980, in: III, S. 177 f)

Der föderalistische Aufbau der Schweiz scheint dort die Verhältnisse noch um einiges mehr zu komplizieren. Zunächst einmal gilt es, die jeweiligen Bemühungen der Vielzahl von privaten Organisationen zu beachten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die Kantone weitgehend autonom ihre Geschicke leiten, die politische Willensbildung auf dieser Ebene also respektiert werden muß. Hierdurch sind natürlich die Möglichkeiten zur Durchführung landesweiter Strategien behindert. (CANZIANI 1973, in: I, S. 103 ff, ders. 1977, in: II, S. 184 ff) Es existiert auch hier kein nationales Gesundheitsministerium. Dessen potentielle Aufgaben werden von den Kantonalverwaltungen wahrgenommen, jedoch bemüht sich die Konferenz der kantonalen Direktoren für Gesundheitserziehung koordinierend und fördernd tätig zu sein. Nur zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs gibt es seit 1978 ein zentrales Büro für Koordination und Information im Bereich Drogen (MARTIN/JEANNERET 1980, in: III, S. 249)

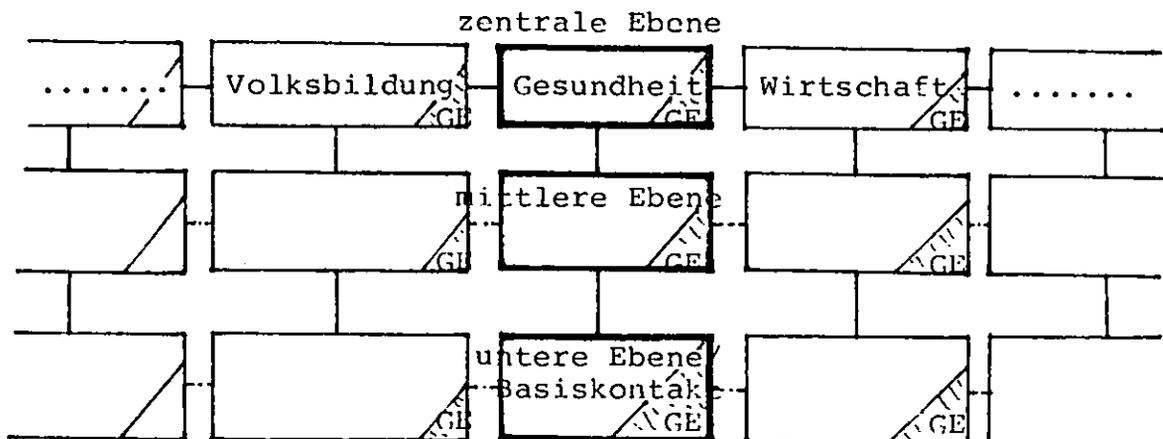
Aus einer dem Subsidiaritätsprinzip verpflichteten föderalistischen Staatsauffassung heraus mag eine Verfahrensweise, die dem hier beschriebenen Organisationstyp 2 entspricht, als den Verhältnissen einzig angemessen erscheinen: Probleme gesundheitlicher Art treten auf, Bürger organisieren sich, um andere vor diesen Gefahren zu warnen, der Staat verhält sich gewährend und gelegentlich unterstützend, falls die privaten Initiativen darum ersuchen. (vgl. VAN PARIJS 1980, in: III, S. 11) Eine klare und demokratische Kompetenzverteilung, so scheint es jedenfalls auf den ersten Blick. In der Praxis verursacht diese Abstinenzhaltung der Regierungsstellen allerdings eine Reihe von Nachteilen. So führt der Verzicht auf Kontrolle und Leitung leicht dazu, ineffektive oder sich überschneidende Aktivitäten zu perpetuieren, was politisch und ökonomisch gesehen die Verschwendung von Ressourcen bedeutet. Zum an-

deren wird durch eine Strategie, die sich strikt an den Vorgaben privater Vereinigungen und lokaler Organisationen orientiert, ohne diese in einem übergeordneten politischen Konzept aufzuheben, der Reflexions- und Handlungsrahmen dieser kleineren Sozialsysteme nie überschritten, was bedeutet, daß die Potenzen der Gemeinschaft als ganzer ungenutzt bleiben. Konzertierte staatliche Aktionen, etwa zwischen dem Gesundheits-, dem Erziehungs- und dem Wirtschaftsbereich kommen unter diesen Voraussetzungen kaum zustande. Eine Gesundheitserziehung, die sich konsequent auf den Aktionsradius der privaten Initiative beschränkt, wird kaum wirkliche strukturelle Veränderungen bewirken können.

Diese Art von Problemen scheinen in einem anderen Modell von vornherein ausgeschaltet, das hier als Typ 3 vorgestellt werden soll:

es handelt sich hierbei um Systeme, bei denen der Staat a priori die Verantwortung für die Gesundheit seiner Bürger übernimmt und entsprechend eine zentral geleitete und nach Möglichkeit flächendeckende Gesundheitserziehung durchführt. Ein solches Vorgehen ist für die zentralistisch regierten Länder Osteuropas typisch, aber durchaus nicht nur dort anzutreffen, wie im folgenden deutlich werden wird.

Organisationstyp 3



Der Bereich Gesundheitserziehung kann auf leitender, z.B. ministerieller Ebene bereits mit Vertretern, etwa des Bildungsressorts abgesprochen werden.

Folgende Beispiele sollen wiederum der Verdeutlichung dienen. Die Verfassung der DDR garantiert jedem Bürger ein Recht auf Gesundheit, was impliziert, daß jeder einzelne verpflichtet ist, seinen Teil zur Erhaltung und zur Förderung seiner Gesundheit und der anderer beizutragen. Um dieses zu ermöglichen bedarf es der gesundheitlichen Aufklärung bzw. der Gesundheitserziehung. Die Hauptverantwortung für diesen Bereich liegt im Ministerium für Gesundheitswesen, dem seit 1960 das Nationale Komitee für Gesundheitserziehung untersteht, das eine einheitliche Führungs- und Leitungstätigkeit ausübt. Der Einfluß des Komitees erstreckt sich auf alle gesundheitserzieherisch relevante staatliche und übrige Institutionen (wie Rotes Kreuz, Freier Deutscher Gewerkschaftsbund u.a.), reicht auch in Bereiche hinein, die nicht in der Hauptsache mit gesundheitlichen Themen befaßt sind, wie z.B. den der Volksbildung. Der Endadressat der Gesundheitserziehung wird auf der Ebene der Betriebe und der örtlichen Staatsorgane erreicht, z.B. über die Schulen. (LUDWIG 1973, in: I, S. 127, LUDWIG/LÄMMEL/SCHMIDT 1977, in: II, S. 49, dies. 1980, in: III, S. 69)

Der Grundsatz hierbei lautet, daß die Gesundheitserziehung in der DDR 'von der prinzipiellen Übereinstimmung der Bedürfnisse des einzelnen Bürgers mit den Interessen der ganzen Gesellschaft nach Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden getragen' wird (LUDWIG et al 1977, a.a.O. S. 50). In diesem Sinne begreift sich der Staat explizit als der Bewahrer und Förderer der Einzelinteressen und verfolgt diese konsequent im Betreiben einer zentralistischen Gesundheitsfürsorge und Gesundheitserziehung.

Eine immer wieder auftauchende Schwierigkeit dieser Organisationsweise liegt darin, die auf zentraler Ebene gefaßten Beschlüsse und entworfenen Programme tatsächlich an der Basis wirksam werden zu lassen. Auf der anderen Seite ist es nicht immer einfach, die sich an der Basis stellenden Probleme in adäquater Weise in der übergeordneten Planung zu berücksichtigen.

Dieser Schwierigkeiten eingedenk liegt in Jugoslawien seit der Neuorientierung des Gesundheitswesens 1969 der Hauptteil der Verantwortung für die Gesundheitserziehung auf kommunaler Ebene bei den Gesundheitsfürsorgern, auf deren spezielle Rolle noch an anderer Stelle eingegangen werden wird (vgl. Gliederungspunkt 4.4). (TOMIC 1973, in: I, S. 92, ders. 1977, in: II, S. 116, ders. 1980, in: III, S. 151)

Auch in Polen wird die Gesundheitserziehung in der Hauptsache von Regierungsstellen betrieben. Man ist sich auch hier der oben skizzierten Schwierigkeit der Verbindung von zentraler Planung und Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten und Erfordernisse eines jeden Bezirkes sehr wohl bewußt, wie die Ausführungen der Berichterstatterin zeigen. (LIEDTKE 1977, in: II, S. 152, dies. 1980, in: III, S. 212)

In anderen sozialistischen Ländern sind die Verhältnisse ähnlich. In der Tschechoslowakei führt das Gesundheitsministerium die Oberaufsicht, während die Gesundheitserziehungsinstitute in Prag und Bratislava die methodischen Grundlagen erarbeiten. (TAUFROVA 1973, in: I, S. 143, dies. 1977, in: II, S. 198, dies. 1980, in: III, S. 277)

In der UdSSR ist ebenfalls das Gesundheitsministerium als oberste Behörde für die Gesundheitserziehung verantwortlich. Ihr Einfluß reicht über die Unions- und Sowjetrepubliken bis auf die lokale Ebene zu den Verwaltungen der

'Häuser' (Zentren für Gesundheitserziehung). Aus der Lektüre der vorliegenden Berichte ergibt sich der Eindruck, daß ein Ausgriff der Gesundheitserziehung auf anderen Sektoren, wie z.B. den ökonomischen viel leichter stattfinden kann als etwa auf der Grundlage eines föderalistischen oder streng subsidiären Organisationsschemas. (SOKOLOV 1973, in: I, S. 44, LORANSKY 1977, in: II, S. 215, ders. 1980, in: III, S. 297)

In Ungarn verfügt die Gesundheitserziehung über ein eigenes, gut ausgebautes Verwaltungsnetz, welches dem Minister für das Gesundheitswesen untersteht. Kernstück ist das Zentralinstitut für Gesundheitserziehung gewesen, welches 1977 in das Nationale Institut für Gesundheitserziehung (NIGE) umgewandelt wurde, womit ein Kompetenzzuwachs einherging. (KATAY 1973, in: I, S. 133, GONDA 1977, in: II, S. 222, ders. 1980, in: III, S. 308)

Aber nicht nur in sozialistischen Ländern liegt die Hauptverantwortung für die Gesundheitserziehung in staatlichen Händen.

In Österreich war die Sektion Volksgesundheit im Bundesministerium für soziale Verwaltung die zentrale Stelle, bis 1972 das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz gegründet wurde und zu dem das Bundesinstitut für Gesundheitswesen gehört, welches besonders mit der Erstellung von Studien zur Gesundheitsvorsorge befaßt ist. (SCHINDL 1977, in: II, S. 147 ff)

In der Türkei war lange Zeit die Gesundheitserziehung faktisch an die Gesundheitsdienste gekoppelt (was dem Typ 1 der hier entworfenen Organisationsmuster entspricht). Inzwischen hat sich aber auch dort die Gesundheitserziehung zu einem eigenständigen Bereich entwickelt und erstreckt

sich nun auch auf den Erziehungs- und Bildungssektor sowie auf die Massenmedien. Dabei arbeiten verschiedene staatliche und freie Einrichtungen zusammen: das Ministerium für Volksbildung, das Ministerium für Landwirtschaft, das Ministerium für Arbeit, das Ministerium für Verteidigung, das Büro für Religionsangelegenheiten, das nationale Komitee der UNESCO u.a. (CEÇEN 1973, in: I, S. 55)

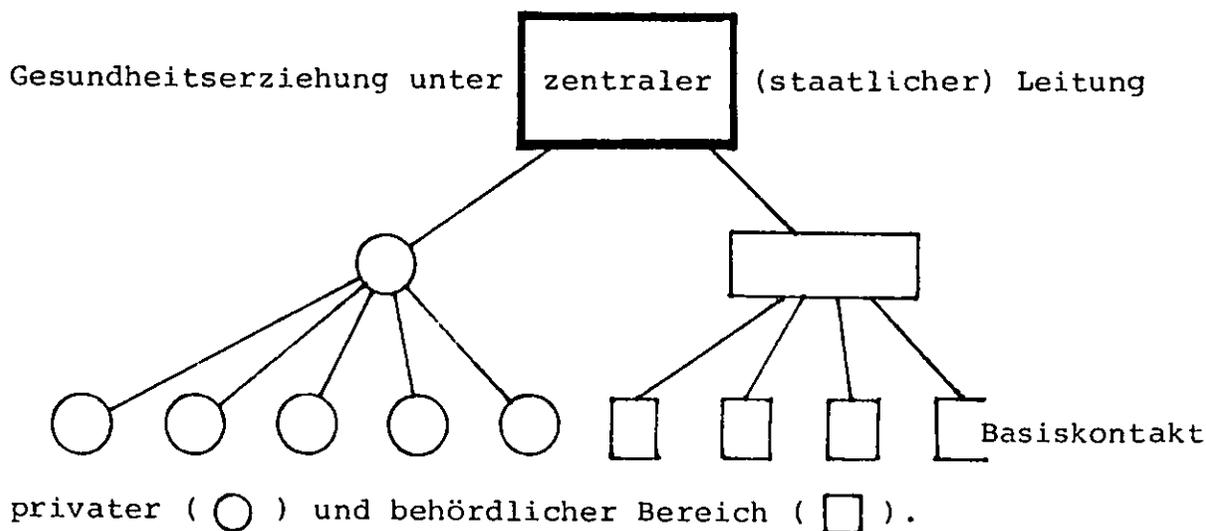
Den Berichten über England/Wales/Nordirland und Schottland ist zu entnehmen, daß sich auch hier der Staat als zentraler Planer und Organisator der Gesundheitserziehung versteht. Zwar ist das für England/Wales/Nordirland zuständige 1968 gegründete Institut für Gesundheitserziehung eine autonome Einrichtung, der Staat ist jedoch Hauptfinanzgeber. (MACKIE 1977, in: II, S. 229 ff)

In Schottland existierten für einige Zeit zwei Schwesterorganisationen nebeneinander, die Schottische Abteilung für Gesundheitserziehung und das Schottische Institut für Gesundheitserziehung. (YARROW 1973, in: I, S. 18 ff) 1980 wurden beide zur Gruppe für Gesundheitserziehung zusammengelegt, deren Einfluß in den übrigen Gesundheits- sowie in den Schulbereich hineinragt. Die Gruppe unterhält Verbindungen zu zahlreichen Berufsorganisationen. Sie besorgt auch die Themenauswahl und die Programmerstellung für nationale Kampagnen. (PLAYER 1980, in: III. S. 324 ff)

Der Organisationstyp 4 unterscheidet sich von dem oben erläuterten dadurch, daß neben staatlichen auch private Institutionen Gesundheitserziehung betreiben und darin von der öffentlichen Hand gefördert werden. Alle Aktivitäten werden der Möglichkeit nach von einer zentralen Stelle aus koordiniert. Der Staat ist auch hier der hauptverantwortliche Betreiber der Gesundheitserziehung. Private und öffentliche Maßnahmen bilden gewissermaßen die

zwei Säulen, auf denen die Gesundheitserziehung ruht. Gegenüber den Privaten hat der Staat Lenkungsmöglichkeiten über seine finanzielle Förderung.

Organisationstyp 4



Die Organisation der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland entspricht weitgehend diesem Modell.

Zum Geschäftsbereich des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit gehört die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die für die Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik zuständig ist. Die staatlichen Aktivitäten erfolgen nicht nur über den Behördenapparat, sondern auch über von ihm geförderte, z.T. explizit beauftragte freie Träger und Verbände, deren Zahl z.Z. mit 950 angegeben wird. (STEIN 1981, S. 4)

Behördenaktivitäten und private Initiativen stehen als sich ergänzende Faktoren nebeneinander. (vgl. FRITSCHKE 1973, in: I, S. 110 ff) Der Vorteil dieser Zweigleisigkeit besteht zunächst darin, daß die Gesundheitserziehung einerseits ständig neue Impulse aus der Alltagserfahrung

der freiwillig Beteiligten erhält, gleichzeitig durch den Einbezug der Behörden einen legislativen, organisatorischen und finanziellen Rückhalt erfährt, der die Tragweite der Einzelaktionen erhöht, es auch erlaubt, Daueraktivitäten langfristig anzulegen und abzusichern.

Soweit die Theorie. In der Praxis gibt es, auch in der Bundesrepublik Deutschland, nachhaltige Schwierigkeiten.

Begreift man die freien Träger und Initiativen tatsächlich als Partner und nicht bloß als Handlanger, so ist damit auch gesagt, daß wichtige Entscheidungen nicht einfach von oben gefällt werden können, sondern des Konsenses aller Beteiligten bedürfen. Diese Konsensfindung ist angesichts der vielen unterschiedlichen Motive, Interessen und Bedürfnisse der Beteiligten alles andere als einfach. Besonders wenn es darum geht, neue Konzepte, die Gesamtpolitik der nationalen Gesundheitserziehung betreffend, zu entwerfen und durchzuführen, macht sich das Vorhandensein der Vielzahl von Partialinteressen hemmend bemerkbar.

"Es fehlt das Verbindungsglied, das politische Willensbildung auf Bundesebene auf der einen Seite und Aktivität auf kommunaler Ebene andererseits systematisch verbindet." (STEIN 1980, S. 6) Dem versucht man durch zwischengeschaltete Koordinierungsgremien und durch Konsultationssysteme zwischen den Beteiligten entgegenzuwirken. Das bedeutet aber wiederum mehr Bürokratie, mehr zeitlichen und finanziellen Aufwand und eventuell sogar noch weniger Flexibilität in der Entscheidungsfindung.

Das Organisationsmodell 4, das eigentlich die Vorteile der Modelle 2 und 3 vereinigen sollte (Ideenreichtum und Engagement der Privatinitiativen mit dem langen Atem

des Behördenapparates), trägt in sich die Gefahr, Verwaltungsstrukturen hervorzubringen, die zu komplex sind, um noch fließend funktionieren zu können. Die Chancen für durchschlagende Neuerungen stehen damit schlecht. (a.a.O. S. 5)

Es handelt sich bei diesen Schwierigkeiten übrigens keineswegs um spezielle Probleme der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland. Beispielsweise in Spanien, wo der Aufbau der Gesundheitserziehung gleichfalls dem Organisationstyp 4 entspricht, zeigen sich ganz ähnliche Probleme. Obwohl es auch hier seit 1975 eine zentrale Behörde gibt, nämlich die Abteilung für Gesundheitserziehung beim Generaldirektorat für Gesundheitswesen, verschiedene amtliche und private Organisationen sich solidarisch an der Gesundheitserziehung beteiligen, es also weder an einer zentralen Anlaufstelle noch am behördlichen und privaten Engagement fehlt, bereitet die Koordination der Einzelaktivitäten noch immer Schwierigkeiten. (NÁJERA 1977, in: II, S. 89 ff)

2. Vier Richtungen praktischer Zielbestimmungen in der europäischen Gesundheitserziehung

Eine Auflistung der gesundheitserzieherischen Einzelaktivitäten in der europäischen Region ergibt ein buntes, breit gefächertes und insgesamt eher verwirrendes Bild von Zielbestimmungen unterschiedlichster Art.

Mit einiger Mühe lassen sich vier zahlenmäßig unterschiedlich stark vertretene Hauptgruppen ausmachen.

Zunächst sind dort jene Programme und Maßnahmen zu nennen, die sich auf die Eindämmung und Verhütung bestimmter Krankheiten beziehen. Die Skala reicht dabei von Karies über Lepra und Tuberkulose bis zur psychogenen Fettleibigkeit.

Die zweite Gruppe umfaßt jene Ansätze, die darauf abzielen, bestimmte Bevölkerungsgruppen mit Informationen und Erziehungsmaßnahmen zu erreichen, also z.B. Schwangere, Mütter mit kleinen Kindern, Kinder im schulpflichtigen Alter, Jugendliche, Familien, alte Menschen usw. Hierbei geht es weniger um die Bekämpfung von bestimmten Krankheiten, als mehr um die Beeinflussung latenter Gesundheitsgefährdungen, wie z.B. die ersten Rauchversuche von Jugendlichen, Ernährungsweisen verschiedener sozialer Gruppen u.ä. In der Berichterstattung nehmen solche und ähnliche Projekte den breitestens Raum ein.

Weit weniger Berücksichtigung findet der Bereich der Gesundheitsförderung. Hier scheinen die Aktivitäten am unsystematischsten verfolgt zu werden. Viele Länder verweisen auf eine regelmäßige und intensive Förderung des Breitensports. Andererseits finden sich auch Verweise auf Bestrebungen, ganz allgemein die Förderung harmonischer zwischenmenschlicher Beziehungen als Grundvoraussetzung gesunder Lebens-

verhältnisse anzustreben; der Mut, die Ziele so weit zu stecken, verdient Respekt.

Der vierte Bereich wird eigentlich nur am Rande erwähnt. Da aber der Verdacht begründet ist, daß dies eher auf mangelnden faktischen Einfluß der Organe der Gesundheitserziehung auf ihn als auf seine fehlende Relevanz zurückzuführen ist, sei er hier ausdrücklich erwähnt: es handelt sich um den Sektor Umweltprobleme. Sie treten in den verschiedensten Formen in den Gesichtskreis der Gesundheitserzieher: sei es als Trinkwassermangel in Südeuropa, als ungenügende Abfallbeseitigung, die zu Rattenplagen und damit verbunden zur Verbreitung von Infektionskrankheiten führt, oder als alarmierend hoher Schwefeldioxydgehalt des Ostseewassers, der Schwedens Westküste bedroht.

Obwohl die Einteilung der mannigfaltigen Aktivitäten in die vier Gruppen (bestimmte Krankheiten, definierte Bevölkerungsgruppen, Gesundheitsförderung, Umweltprobleme) erste Orientierungen und qualitative Unterscheidungen ermöglicht, werden die tieferliegenden strategischen Orientierungen der Gesundheitserziehung in den jeweiligen Ländern nur in Ausnahmefällen deutlich. Dies hängt vermutlich mit dem Anlaß der Berichterstattung zusammen: die Autoren fühlen sich offenbar (ob bewußt oder nicht) genötigt, auf jeden Fall Erfolge vorzuweisen, oder, falls solche nicht in genügender Zahl vorhanden sind, wenigstens ein breites Spektrum an Aktivitäten aufzuzeichnen. Dadurch entsteht nicht selten eine Liste von untereinander kaum zusammenhängenden Einzelprojekten, aus der oft nicht mehr erkennbar ist, welcher praktische Nutzen eigentlich erreicht worden ist oder welcher strategische Zwischenschritt in welche Richtung damit realisiert sein soll. Sehr oft verdecken positive Meldungen über Einzelaktivitäten die fehlende Kohärenz der Gesamtstrategie. Zum Beispiel: es wird fest-

gestellt, daß es eine Kampagne zur Eindämmung dieser oder jener Krankheit gibt, oder daß Material erstellt wurde, um die Gesundheitserziehung in der Schule zu unterstützen. Beides sind Details, die dem Leser deutlich machen, daß etwas geschieht, daß es einen Fortschritt gibt. Bei näherem Hinsehen allerdings tun sich Zweifel auf. Zu oft fehlt jede konzeptionelle Begründung der einzelnen Aktivitäten, zu oft fehlt jede Evaluierung oder auch jede kritische Einschätzung der praktischen Konsequenzen eines Programms; wichtig ist in der Regel nur, daß etwas stattgefunden hat, was auch immer es war, mit welchem Nutzen auch immer. Trotzdem ist dies noch nicht das Moment, was schließlich den Unmut des aufmerksamen Lesers erzeugt. Dieser stellt sich eigentlich erst dort ein, wo den Berichterstattern das Problematische am eigenen Tun überhaupt nicht mehr zum Bewußtsein kommt, wo alles was ist, plötzlich unhinterfragbar positiv ist und alles, was nicht ist, (konzeptioneller Bezug, praktische Relevanz usw.) keinerlei Empfindung eines Mangels mehr erzeugt.

Um so erleichternder, weil viel realistischer, wirken die wenigen aufrichtigen Bekenntnisse einzelner Verfasser zu Lücken, Unwägbarkeiten und Fehlern, die sie in der Organisation der Gesundheitserziehung ihres Landes wahrnehmen. Dort, wo Schwierigkeiten und Engstellen bemerkt werden und freimütig über sie berichtet wird, sind die Voraussetzungen gegeben, sie zu überwinden. Es ist m.E. eine wesentliche Forderung an zukünftige Berichterstattungen der vorliegenden Art, nicht nur die Reichweite, sondern auch die Grenzen des eigenen Vorgehens kritisch zu reflektieren und darzustellen, Erfolge und noch-nicht-Erfolge gleichermaßen zu würdigen. Damit wäre auch die Voraussetzung geschaffen, den jeweiligen Stellenwert von Einzelaktivitäten im Rahmen einer nationalen Gesamtstrategie deutlich und einschätzbar zu machen. Dies ist bis jetzt nur in einigen Fällen gegeben.

Das bedeutet für die vorliegende Untersuchung, daß zum Zwecke der folgenden Darstellung der grundlegenden strategischen Orientierungen der Gesundheitserziehungssysteme anderen Quellen herangezogen werden müssen als die ursprünglich vorgelegten Berichte. Es sind dies in der Hauptsache Texte von internationalen Seminaren über organisatorische und politische Grundorientierungen der Gesundheitserziehung sowie theoretische Abhandlungen, die z.B. im 'Internationalen Journal für Gesundheitserziehung' erschienen sind. Es ist offenbar leichter, etwa in Arbeitsgruppen oder in den Seminaren über- oder zwischenstaatlicher Organisationen, wie denen der WHO oder der IUHE (selbst-) kritische und eventuell gewagte, aber eben deshalb oft auch die gemeinsame Entwicklung vorantragende Reflexionen anzustellen als unter dem Zwang, die Leistungen der eigenen Organisation oder des eigenen Landes in einer für eine weltweite Leserschaft bestimmten Form und deshalb womöglich kompromittierend abzuhandeln.

3. Strategische Orientierung auf Primärprävention auf frühen Sozialisationsstufen

Deutlich ist innerhalb der Gesundheitserziehung die Tendenz festzustellen, "aufklärerische und erzieherische Aktivitäten so weit wie möglich vor dem Eintreten von Symptomen, vor dem Manifestwerden von Krankheit anzusetzen. Es geht also darum, Schaden abzuwenden, bevor er entstanden ist, anstatt Schaden zu mildern, nachdem er vorliegt. 'Early intervention should be a key goal.'" formuliert es B.K. TONES in einem anlässlich einer Arbeitsgruppentagung der WHO in Dresden 1977 vorgelegten Arbeitspapier (Thema der Arbeitstagung: Principles and Methods of Health Education). Er unterscheidet primäre Gesundheitserziehung als den Versuch, das Auftreten von gesundheitlichen Problemen durch frühzeitige Intervention zu verhindern von der sekundären, als deren Hauptinhalt er Frühdiagnose und Behandlung nennt, beides abgesetzt gegen die tertiäre, die einsetzen soll, wenn bereits irreversible Schäden eingetreten sind und deren Funktion darin liegt, kurative und rehabilitative Dienste voll zur Wirkung kommen zu lassen. (TONES, Summary of "A philosophy of health education in industrialized societies", Principles and Methods of Health Education, WHO (ed.) Copenhagen, 1979, S. 3 f)

In der Folgezeit findet innerhalb der Gruppe der professionellen Gesundheitserzieher eine deutliche Akzentsetzung auf die primäre Gesundheitserziehung statt. "Der neue Ansatz in der Gesundheitserziehung verdankt ein gut Teil seiner Antriebsenergie den Frustrationen derjenigen, die in langen Jahren gezwungen waren, an Symptomen herumzukurieren, statt sich mit den Ursachen von Gesundheitsbeeinträchtigungen auseinanderzusetzen. Es ist also nur konsequent, wenn sich die Gesundheitserziehung weniger und weniger mit Therapie und Rehabilitation beschäftigt und mehr und mehr der Gesundheitsförderung und der Primärprävention zuwendet."

(Werner WILKENING "Lebenszusammenhänge: zur begrifflichen Rekonstruktion der Einheit gesellschaftlicher Realität", Internationales Journal für Gesundheitserziehung, 1 (1981), S. 19)

1978 veranstalteten WHO und UNICEF gemeinsam eine internationale Konferenz zu diesem Thema, auf der diese Umorientierung in breitem Rahmen diskutiert wird. (PRIMARY HEALTH CARE, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6.-12. September 1978, WHO Geneva 1978) Die Differenzierung zwischen den einzelnen Phasen ist auch weiterhin Gegenstand der Fachdiskussion. So charakterisiert WILKENING in dem bereits zitierten Artikel die einzelnen Stufen des Übergangs von Gesundheit zu Krankheit (nur scheinbar ein Gegensatzpaar, tatsächlich zwei Pole eines bruchlosen Kontinuums), an denen jeweils Gesundheitserziehung ansetzen kann wie folgt:

- Gesundheit / Gesundheitsförderung
- von latenten Risiken
gefährdete Gesundheit / primäre Prävention
- von manifesten Risiken
gefährdete Gesundheit / sekundäre Prävention
- merkbar beeinträchtigte
Gesundheit / tertiäre Prävention
- erkennbare, nachweis-
bare Krankheit / Therapieförderung
- Invalidität / Rehabilitation

(WILKENING 1981, a.a.O. S. 15 f)

Damit wären Zielphasen einer strategisch vorgehenden Gesundheitserziehung umrissen, die Punkte jeweils unterschiedlicher Interventionen kenntlich gemacht.

Nach der Frage nach dem wann der Einflußnahme stellt sich die des wie.

Zur Zeit des Raumgreifens des primärpräventiven Ansatzes gilt unter vielen wissenschaftlich Kompetenten und politisch Verantwortlichen die Grundüberzeugung, daß gesundheitliche Gefährdungen und Komplikationen unter den sozialen Bedingungen entwickelter und sich entwickelnder Industriestaaten in der Hauptsache auf risikoreiche Lebensgewohnheiten des einzelnen rückführbar seien, jedes Bemühen um Veränderung folglich an den Gewohnheiten individueller Lebensführung anzusetzen habe. (Zur Diskussion des Risikofaktorenmodells vgl. Punkt 4.2) Auf eine kurze Formel gebracht bedeutet das: "Die Gesundheitserziehung besteht im wesentlichen in dem Versuch, den einzelnen dahin zu bringen, sein Verhalten zu verändern." (DUHR, "Die WGO und die Gesundheitserziehung: Einige spezifische politische Entscheidungen," Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung, BZgA (Hrsg.) Köln, 1979, S. 8) Die Erfahrungen mit Massenkampagnen, die das Ziel haben, analytisch isolierte Verhaltensweisen, die als gesundheitlich risikohaft angesehen werden bei der Masse der Bevölkerung zu vermindern, sind indessen fast alle wenig ermutigend. Offenbar existieren erhebliche Widerstände dagegen, einmal habitualisiertes Verhalten aufzugeben. Hiervon ausgehend entwickelt sich folgender Gedankengang: Gesundheitserziehung muß, will sie dauerhaft erfolgreich sein, biografisch dort ansetzen, wo sich gesundheitsschädigendes Verhalten noch nicht festgesetzt hat, also während der Phase der primären Sozialisation. Die Chancen für wirklich verhaltensbestim-

mende Interventionen sind hier um ein vielfaches höher als während späterer Lebensphasen, Schulalter, Adoleszenz, Elternschaft usw. Sozialisation wird dabei generell als der Prozeß verstanden, in dem formelles Wissen, Werte, Einstellungen und Gewohnheiten durch soziale Interaktion an Individuen herangetragen werden. (TONES a.a.O., 1977, S. 4)

Pragmatisch gesehen bedeutet das, daß als Hauptakteure der Gesundheitserziehung vor allen anderen die Eltern anzusehen sind. Ihnen ist es gegeben, die frühen Weichen zu einer Gesundheits- oder einer Krankheitskarriere zu stellen. Dabei steht man sofort vor dem fatalen Problem: die überwiegende Mehrheit der empirisch vorfindlichen Eltern gehört zu jener großen Gruppe von Individuen, die selber Träger von Risikoverhalten ist, die also rauchen, sich falsch ernähren, sich zu wenig bewegen etc. und die inzwischen ihre Resistenz gegen alle Aufforderungen, das einschlägige Verhalten zu verändern, hinlänglich bewiesen haben.

Um diesen Kreislauf zu unterbrechen muß sich die professionelle Gesundheitserziehung bemühen, Einfluß auf die Erwachsenen in ihrer Position als Erziehende auszuüben. Verschiedene Autoren messen in diesem Zusammenhang dem Einwirken von gesellschaftlich anerkannten Autoritätspersonen besondere Bedeutung bei. So nennt TONES den Arzt, den Lehrer, den Sozialarbeiter sowie 'opinion leader' als 'those who are perceived to have legitimate authority in certain issues.' (TONES a.a.O., S. 4) DUHR billigt besonders dem Hausarzt eine Schlüsselrolle in der Gesundheitserziehung zu. '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.' (DUHR a.a.O., S. 11) In der Verlängerung der Sozialisationsinstanz Familie ist es besonders die Schule von der erwartet wird, daß sie einen essentiellen Beitrag zur Formung gesundheitsorientierter Haltungen bei Kindern und Jugendlichen leistet. (a.a.O., S. 10 f)

Die referierten Vorstellungen zielen also darauf ab, bei Kindern im noch nicht schulpflichtigen Alter sowie bei Schülern Wissen und Verhaltensweisen installieren zu können, die in internalisierten Normen eine feste, nach Möglichkeit lebenslängliche Verankerung finden sollen. Es sollen Gesundheitskarrieren begründet werden, die Eigen- dynamik haben, die von einer eindeutigen Motivation bestimmt sind sowie in Verbindung mit einem Fundus habitua- lisierte gesundheitsförderlicher Fertigkeiten einen Gegenpol bilden zu allen späteren Versuchungen, gesundheitsabträgliche Gewohnheiten anzunehmen. In Abgrenzung zur Krankenrolle wie sie PARSONS entworfen hat, wird das positive Konzept einer Gesundenrolle entworfen, das von den praktisch tätigen Gesundheitserziehern über die So- zialisationsinstanzen als gesellschaftlicher Sollwert den Adressaten vermittelt werden kann. (FRANKE, "Erwartungen an die Gesundheitserziehung", Bereitschaft und Barrieren..., a.a.O., S. 18, BARIC, "Gehen wir von den richtigen Voraus- setzungen aus?", ebenda, S. 26 ff) ¹⁾

1) Aus soziologischer Perspektive ist hier anzumerken, daß innerhalb der Rollentheorie bzw. des symbolischen Interaktionismus' inzwischen eine Entwicklung stattfindet, die die hier noch herangezogenen statischen Modelle einfacher Rollenadaptation bzw. Rollenaddition hinter sich läßt. So geht KRAPPMANN vom Wirken einer intrinsischen Fähigkeit aus, die die sich widersprechenden Rollenerwartungen, die von außen an das Individuum herangetragen werden, mit den ebenfalls nicht eindeutigen Bedürfnissen des Individuums immer wieder abstimmt und so permanent eine 'balancierende Identität' herstellt. (vgl. KRAPPMANN, "Soziologische Dimensionen der Identität", Stuttgart 1969)

Die Erfolgserwartungen, die sich an diesen Ansatz knüpfen, sind sehr hoch, wie folgendes Zitat eines führenden britischen Theoretikers der Gesundheitserziehung zeigt: "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." (BARIC, a.a.O., S. 35) Das hierin zum Ausdruck kommende große Vertrauen in die Möglichkeiten der Erziehungsinstitutionen (im Zusammenhang des Zitats ist an die öffentlichen Einrichtungen gedacht) ist sicher ebenso diskussionswürdig, wie sich in anderen Zusammenhängen herausstellen wird, wie der implizierte Anspruch des Staates, auch radikal auf die Lebensorientierungen seiner Bürger Einfluß zu nehmen. Weiter unten, im Zusammenhang mit der Behandlung der Paradigmenwechsel, wird hierauf zurückgekommen werden.

Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, wie realistisch die Forderungen nach massiven und dauerhaft wirksamen Eingriffen in das frühe Sozialisationsgeschehen ist auf dem Hintergrund des tatsächlichen Entwicklungsstandes der Gesundheitserziehung bezogen auf a/ Elternbildung, b/ direkten erzieherischen Kontakt gesellschaftlicher Einrichtungen zu Kindern (wie etwa Säuglingsfürsorge, Krippe usw.), c/ Schule.

Wenn das Konzept der frühen Verhaltensbildung im Sinne primärer Gesundheitserziehung tatsächlich mit Nachdruck verfolgt werden soll, so stellt sich die Frage, wieweit überhaupt Institutionen und Programme existieren, die diese Politik effektiv bei der Zielgruppe durchsetzen könnten.

Aus den vorliegenden Berichten ergibt sich ein eher ernüchterndes Bild. Betrachtet man die gesundheitserzieherischen

Bemühungen, die sich auf den Themenkomplex Eltern und Kinder (meist als Mütter und Kinder angesprochen) richten, so finden sich zwar in fast allen europäischen Ländern systematische Ansätze hierzu, jedoch scheinen sie sich in der weit überwiegenden Mehrzahl auf biologische und hygienische Fragen, besonders vor und nach der Geburt sowie im Zusammenhang mit Problemen der Ernährung schwangerer Frauen, des Stillens, der Früherkennung geläufiger Kinderkrankheiten u.ä. zu beschränken. Beratungen dieser Art werden in der Regel durch medizinisches Personal wie Hebammen, Säuglingsschwestern, Frauen- und Kinderärzte verteilt.

Darüber hinaus gibt es z.B. in Belgien Kurse, in denen auf den Umgang mit Säuglingen vorbereitet wird, die sogenannten 'Elternlehrgänge'. (VAN PARIJS 1980, in: III, S. 10).

Druckschriften zu diesem Komplex sind sehr verbreitet. So erscheint etwa in Dänemark die Broschüre 'Das erste Jahr ihres Kindes'.

In der DDR wird ein Kalender herausgegeben mit Hinweisen zu gesundheitsgerechten Verhaltensweisen, der sich direkt an Kinder wendet.

In den Berichten sind zwei Hinweise enthalten, die sich auf die psychische Entwicklung beziehen. In Spanien zählt die gesundheitserzieherische Behandlung der Fragen um die emotionale Entwicklung des Kindes von der Geburt bis zum 8. Lebensjahr zu den Hauptaktivitäten der Gesundheitserziehung. (NAJERA 1980, in: III, S. 272) In der Tschechoslowakei finden psychoprophylaktische Kurse für werdende Mütter statt, um diese auf die Geburt und die erste Zeit danach vorzubereiten. (TAUFROVA 1973, in: I, S. 148) Hinweise auf Aktivitäten zur eigentlichen pädagogischen Einflußnahme auf die Eltern im Sinne der Vermittlung von gesundheitsgerechtes Verhalten stützenden Normen, wie dies in den Strategiediskussionen gefordert wird, sind höchst selten.

Ausnahmen hiervon bilden Portugal, wo im Zusammenhang mit Nichtraucherkampagnen ausdrücklich die Notwendigkeit betont wird, auf Kinder und Jugendliche einzuwirken, bevor sich gefährdende Gewohnheiten entwickelt und stabilisiert haben (CORSEPIUS 1977, in: II, S. 161), sowie Schweden, wo die Wichtigkeit frühzeitiger Beeinflussung der Entwicklung individueller Verhaltensnormen zumindest konzeptionell berücksichtigt ist. "Die Idee von der Gesundheit als Wert sollte schon im Kindesalter vermittelt werden, um zu einem natürlichen Teil unserer Vorstellungswelt zu werden." (OSTBY 1973, in: I, S. 32) In der Berichterstattung über die Entwicklung der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahre 1980 nimmt dieser Aspekt noch breiteren Raum ein. Ausgehend von der Wichtigkeit der primären Sozialisation für die Ausprägung dauerhafter Lebensorientierungen betreibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit Ende 1977 die Kampagne 'Gesundheitserziehung durch die Familie'. Angestrebt wird hierbei die Ingangsetzung von Reflexionen über eingefahrene Erziehungsweisen, die perspektivisch gesundheitsgefährdende Gewohnheiten bei den Kindern begründen können. Dabei wird als Zwischenziel die Veränderung des bedingenden Verhaltens bei den Eltern angestrebt, als Fernziel das Nichtauftreten von Risikoverhalten bei den Kindern. Die direkte Zielgruppe sind also die Bezugspersonen, wobei nicht nur die in häuslicher Gemeinschaft miteinander Lebenden mitgedacht sind, sondern auch Kindergärtner, Erzieher, Lehrer, die peer-groups, Sozialarbeiter in Jugendheimen usw. Vermittlungstechnisch basiert die Kampagne auf dem seit 1977 entwickelten Medienverbund. Dieser arbeitet in diesem Fall über drei Kanäle: über

- 'Anzeigen in der Publikumspresse und in Fachzeitschriften der Multiplikatorengruppen, die klimaschaffend wirken und die Öffentlichkeit für das Thema interessieren sollen;

- eine Broschüre für Eltern und Multiplikatoren, die auf dem Prinzip von Fallgeschichten aufbaut...
- eine inzwischen 39-teilige Filmserie 'Kopfball', die im Fernsehen gezeigt wurde und noch bis 1981 zu sehen sein wird...' (CANARIS/ERBEN 1980, in: III, S. 35 f)

Die Resonanz von seiten der Fachöffentlichkeit, der politisch Verantwortlichen und nicht zuletzt von der Zielgruppe selbst ist sehr positiv, wie berichtet wird.

Hieran wird besonders deutlich, wie der Rahmen gesundheitlicher Aufklärung im Sinne bloßer Informationsvermittlung überschritten werden kann. Es geht nicht mehr primär darum zu verbreiten, was 'das Richtige' in definierten Situationen ist, sondern darum, die Betroffenen zu ermutigen, selber zu ergründen, was für sie und ihre Familie in ihrer je spezifischen Situation 'das Richtige' und perspektivisch das Gesundere sein kann. Über die Medien ergeht hierzu ein Angebot von Modelllösungen zu verbreiteten Alltagsproblemen, aus denen der Rezipient auswählen und die ihm für seine Verhältnisse adäquat erscheinenden erproben kann. Parallel dazu wird in der letzten Zeit verstärkt die Bildung von Elternselbsthilfegruppen gefördert, in denen Familien selbsttätig mit der Unterstützung anderer in ähnlicher Situation und vor ähnlichen Alltagsproblemen stehenden nach für sie produktiven Lösungen suchen. (Teilkampagne 'Eltern helfen Eltern' seit 1978; a.a.O. S. 36)

Nach den vorliegenden Berichten scheint dies das mit Abstand weitgehendste Projekt zur Umsetzung des primärpräventiven Ansatzes in Konzepte, die frühe Sozialisation betreffend, zu sein. Doch auch hier sind die oben zitierten theoretischen Forderungen, die in ihrem Kern auf eine

verlässliche Verhaltenskontrolle über den Zugriff auf die Ausbildung je individueller Normgefüge hinauslaufen, nicht erfüllt. Die angeführte Kampagne der BZgA hat die Hinführung zur Selbsthilfe im Auge, die Initiierung von durch die Adressaten selbständig entworfenen Orientierungsprozessen. Das bedeutet aber gleichzeitig, daß zu den Ergebnissen von den Betroffenen selbst gefunden werden muß, der Staat also darauf verzichtet, konkrete Verhaltensmodelle als Richtwerte vorab in den Prozeß einzugeben.

Dieses relativ weit entwickelte Modell darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, daß im übrigen die Aktivitäten zur Gesundheitserziehung in der europäischen Region mit Zielrichtung Primäre Sozialisation sich zum weitaus größten Teil auf die Verbreitung hygienischen und benachbarten medizinischen Wissens beschränken, wobei didaktische Überlegungen nur am Rande eine Rolle zu spielen scheinen. Nach den mitgeteilten Erfahrungen ist maximal die Setzung einiger gesundheitsfördernder Basisgewohnheiten (z.B. regelmäßige Zahnpflege oder dergl.) zu erwarten. An diesem Interventionspunkt in absehbarer Zukunft nachhaltige pädagogische Einflußnahme zu erwarten, die die ganze Lebensorientierung der Adressaten tangiert, erscheint in hohem Maße unrealistisch, betrachtet man die begrenzten Möglichkeiten, die sich in der Praxis bieten.

Die dem Elternhaus zeitlich nächste Sozialisationsinstanz, von der alle Kinder erreicht werden, ist die Schule. Anders als in der Familie ist hier die direkte Einflußnahme des Staates die Regel, entsprechend müßten die Chancen zur Umsetzung gesundheitserzieherischer Ziele hier wesentlich größer sein.

Wieweit ist die Gesundheitserziehung tatsächlich in den einzelnen nationalen Schulsystemen verankert?

Als eigenständiges Unterrichtsfach findet sie sich höchst selten, wie z.B. in Finnland, wo ab 1982 an höheren Schulen ein eigenes Fach 'Gesundheitslehre' eingerichtet werden soll (KLEMOLA 1980, in: III, S. 97), oder in Portugal, wo im 9. Schuljahr Gesundheitserziehung als eins von dreizehn Wahlfächern angeboten wird, übrigens mit großem Erfolg (CORSEPIUS 1977, in: II, S. 163) In anderen Ländern ist die Gesundheitserziehung, sofern sie überhaupt berücksichtigt wird, als Unterrichtsprinzip in den Volksbildungsinstitutionen vertreten, was bedeutet, daß gesundheitsrelevante Kenntnisse und Verhaltensweisen im Rahmen anderer Fächer, wie Biologie, Hauswirtschaftslehre, Staatsbürgerkunde oder Sport vermittelt werden. In einigen Ländern entwickeln öffentliche oder private Träger Unterrichtsmaterialien zum Thema, geben diese heraus und verteilen sie an Schulen. In der Bundesrepublik Deutschland ist man dabei, Curricula zu entwickeln, die es ermöglichen sollen, einzelne gesundheitserzieherisch relevante Komplexe als Blöcke in den übrigen Unterricht einzubauen. Zu ihnen gehören Einheiten zum Drogenproblem (5. - 8. Schuljahr), ein Curriculum 'Alkohol, Rauchen, Selbstmedikation, Werbung und Gesundheit' (1. - 4. Schuljahr sowie ein weiteres für das 5. - 10. Schuljahr) und ein Unterrichtsprojekt 'Alkohol' (5. und 6. Klasse der Sekundarstufe I). Die zentrale Erarbeitung detaillierter Unterrichtsentwürfe hat den Vorteil, relativ spezifisches Wissen an die Schüler vermitteln zu können, ohne aufwendige Lehrerschulung betreiben zu müssen. (SCHNOCKS 1977, in: II, S. 31 f) Von diesem Gedanken ist auch das Vorgehen der schulischen Gesundheitserziehung in Irland geleitet, wo ebenfalls Unterrichtsmaterialien für Lehrer und Schüler zentral erstellt werden, die so angelegt sind, daß sie ohne größere Einarbeitung des Lehrpersonals angewandt werden können. In Österreich verfährt man durch die Herausgabe von in loser Folge erscheinenden

Informationsbriefen für Lehrer mit dem Titel 'Lehrerinformation-Gesundheitserziehung' ähnlich. (SCHINDL 1977, in: II, S. 148)

Dieses Modell macht die Einrichtung gesonderter Studienrichtungen, wie etwa die eines Fachlehrers für Gesundheitserziehung, wie sie andernorts diskutiert werden, überflüssig. (CARR 1977, in: II, S. 93 ff)

Länder, in denen nach Wegen der Integration der Gesundheitserziehung in die Lehrerbildung gesucht wird, klagen nicht selten über die enormen Schwierigkeiten, die ein solches Vorhaben aufwirft. Beispielsweise gibt es in Italien trotz erklärter politischer Absichten, Lehrer stärker als bisher in die Gesundheitserziehung einzubeziehen, nur drei Lehrerbildungsinstitute, die Ausbildungsmöglichkeiten in dieser Richtung bieten. (MODOLO 1980, in: III, S. 137)

In England/Nordirland dagegen ist die Gesundheitserziehung in die Lehrerbildung integriert. (WOODMAN 1973, in: I, S. 6) Hier ist man ebenfalls darangegangen, Lehrpläne und Materialien auszuarbeiten und versuchsweise anzuwenden. Darüber hinaus befaßt man sich mit der Erforschung von Motivationslagen und den Spezifika von Lernprozessen bei Personen im Alter zwischen 8 und 16 Jahren. (MACKIE 1977, in: II, S. 235) Letzteres ist ein eher seltenes Beispiel für ausgedehntere pädagogische und administrative Bemühungen um die Gesundheitserziehung in der Schule.

Nicht unerwähnt bleiben sollen auch die verbreiteten Versuche, die schulische Gesundheitserziehung an medizinischen Einrichtungen, wie etwa schulärztliche Dienste anzukoppeln.

In Italien geht man diesen Weg seit langem, was allerdings dort zu dem Problem geführt hat, daß die Lehrer sich weitgehend von diesen Aufgaben zurückgezogen haben. (MODOLO 1973, in: I, S. 96) In Portugal versucht man, medizinisches Personal nicht nur bei der Erteilung gesundheitsbezogenen Unterrichts einzusetzen, sondern auch für die Lehrerfortbildung zu gewinnen. (CORSEPIUS 1977, in: II, S. 163)

Betrachtet man die Gesamtaktivitäten im Bereich schulischer Gesundheitserziehung im europäischen Raum, so scheint trotz aller Versuche einen eigenständigen Bildungsinhalt zu schaffen, die Weitergabe gesundheitsrelevanten Wissens von einer überwältigenden Vielzahl von Zufällen abhängig zu sein, die nur höchst lückenhafte Gesamtergebnisse zulassen dürften. Was das Verlangen nach den über die Wissensvermittlung hinausgehenden Gewohnheitsbildungen und Internalisierungen gesundheitsbezogener Wertvorstellungen angeht, so ist hier ähnliches festzustellen wie bei der obigen Betrachtung der Beeinflussung des familialen Erziehungsalltages: der Organisationsstand der schulischen Gesundheitserziehung in der europäischen Region gibt keinen Anlaß zu der Hoffnung, in kalkulierbarer zeitlicher Entfernung die angestrebten substantiellen Einflußmöglichkeiten zu schaffen.

Dadurch, daß die Reichweite der für eine überdauernde Wertorientierung wichtigsten Sozialisationsinstanzen, nämlich Familie und Schule, bezogen auf gesundheitspolitisch erwünschte Grundhaltungen als eher gering eingeschätzt werden muß, erweisen sich auch die Forderungen der Theoretiker nach dem frühzeitigen Aufbau umfassender intrinsischer Motivationen zur Führung eines Lebens, das auf dem Prinzip Gesundheit aufbaut, als im Ansatz aussichtslos.

Aber es ist nicht nur das Fehlen der organisatorischen Basis, was dem lenkenden pädagogischen Eingreifen auf den frühen Sozialisationsstufen keine großen Chancen läßt. Das Konzept trägt, so wie es während der Seminare von Dresden und Heidelberg 1977, aus deren Berichten oben zitiert wurde, vertreten worden ist, einen schwerwiegenden Grund für sein eigenes Scheitern in sich selbst. Dieser liegt in der Tatsache, daß die prinzipiellen Möglichkeiten der Organisation von Lernprozessen durch die zur Verfügung stehenden öffentlichen Institutionen weit überschätzt werden, der orientierungsgebende Charakter der übrigen Mitwelt dagegen stark unterschätzt wird. Auch wenn es wahr ist, daß z.B. in der Schule für das Leben gelernt wird, so ist es doch auch ebenso richtig davon auszugehen, daß besonders durch das Leben selbst gelernt wird. Kinder sind nicht nur der geplanten und gezielten pädagogischen Beeinflussungen durch Eltern und Lehrer unterworfen, sondern mindestens ebenso sehr den sich anbietenden und zum Teil sich aufdrängenden Verhaltensmodellen die andere Erwachsene oder Gleichaltrige bieten, oder die ihnen durch die Massenmedien nahegebracht werden. Die so vermittelten impliziten Lebensorientierungen unterliegen in der Regel nicht dem Anspruch, gesundheitsgerecht, menschenfreundlich, zukunftsbetont oder in sonst irgendeiner Weise moralisch ausgerichtet zu sein. Die pädagogisch reflektierten Erziehungsmaßnahmen haben immer mit den sich naturwüchsig herausbildenden Beeinflussung durch die Mitwelt zu konkurrieren. Wenn sich erstere gegen letztere behaupten sollen, so kann es nicht darum gehen, in einen gedachten leeren Raum hinein pädagogisch wirken zu wollen, sondern es kommt zentral darauf an, die übrige Lebenswirklichkeit in ihren die Entwicklung des einzelnen, besonders von Kindern, bestimmenden Momenten zu erfassen, die empirischen Lebenszusammenhänge, in denen die konkreten Individuen stehen, begrifflich zu rekonstruieren. (vgl. WILKENING 1981, a.a.O.)

Hiermit ist bereits eine qualitative Wende in der theoretischen Orientierung gesundheitserzieherischer Praxis angedeutet, die auf die Überwindung der Dominanz normativer Strategien hinausläuft.

An dieser Stelle empfiehlt es sich, einige generelle Betrachtungen über die Charakteristika der auch in der Gesundheits-
erziehung auftretenden periodischen Wandlungen der allgemein
koinzidierten theoretischen Grundüberzeugungen anzustellen.
Dabei soll der historische und logische Rahmen deutlich werden,
in dem sich die Gesundheitserziehung in zumindest den
letzten zwei Jahrzehnten in der europäischen Region bewegt
hat. Hieran anknüpfend wird es wesentlich einfacher sein,
charakteristische Wendungen in der Entwicklung auszumachen.
Entsprechende Projekte, Kampagnen etc. lassen sich sodann
beispielhaft zur Verdeutlichung der jeweils dominanten Orientierungen heranzuziehen.

4. Die Paradigmenwechsel

Thomas S. KUHN hat in die Wissenschaftstheorie für jene Grundmodelle des Denkens, die, ob stillschweigend akzeptiert oder offiziell anerkannt, während einer Entwicklungsepoche die Orientierungsmarke wissenschaftlichen Handelns bilden, den Begriff Paradigma eingeführt. ¹⁾

Es ist davon auszugehen, daß die Geschichte des Gesundheitserziehungswesens ebenfalls vom Auftauchen, der zeitweiligen Dominanz und der schließlichen Ablösung von Paradigmen gekennzeichnet ist.

Im Zeitraum, auf den sich diese Untersuchung bezieht, lassen sich im wesentlichen vier Epochen unterscheiden, die im folgenden einzeln beschrieben werden sollen.

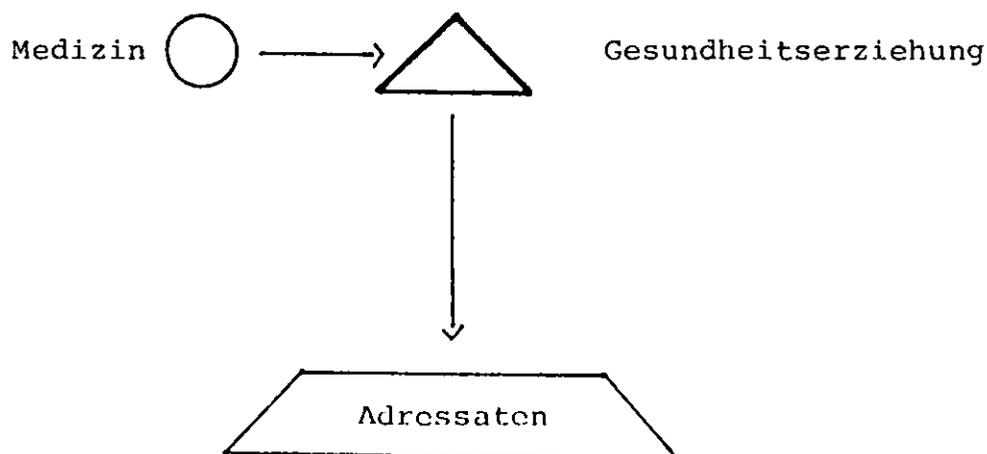
Es ist anzumerken, daß es sich bei den folgenden Darstellungen um Differenzierungen abstrakter Typen handelt, Abgrenzungen von aufeinander aufbauenden und sich gegenseitig

-
- 1) Zur Verdeutlichung des gemeinten folgendes Beispiel: eines der Paradigmen der Astronomen und Theologen des Mittelalters bestand in der Annahme, die Sonne bewege sich um die Erde. Tatsächlich ließen sich einige Jahrhunderte lang die Bewegungen der Himmelskörper und andere Naturphänomene auf dem Hintergrund dieser Prämisse erklären. Erst als verfeinerte Meßmethoden und verbesserte astronomische Fernrohre entwickelt worden waren, mehrten sich empirische Beobachtungen, die mit dem herrschenden Paradigma unvereinbar waren so sehr, daß dieses seit Beginn des 17. Jahrhunderts verdrängt wurde durch die aus den neuen Daten geschöpfte Theorie der Heliozentrität; es fand statt, was die Geschichtsschreibung die kopernikanische Wende nennt. Ein Paradigma hatte das andere abgelöst, nachdem das ältere nicht mehr in der Lage war, die anfallenden empirischen Phänomene hinreichend zu erklären. Dieses Beispiel vereinfacht, wie alle Beispiele dies tun. Zur ausführlichen Behandlung des Themas vgl. KUHN, "Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen," Frankfurt/M., 1967.

aufhebenden Grundorientierungen, zu denen auf der Ebene der konkreten Alltagspraxis Beispiele zu finden sind, denen aber nicht notwendig die gesamte empirische Entwicklung innerhalb eines gegebenen Landes folgt. So ist es leicht denkbar, daß in gewissen Gebieten der Region gesundheits-erzieherisches Handeln nach Maßgabe des Paradigmas der Aufklärung aufgrund der geografischen und sozialen Gegebenheiten durchaus sinnvoll und zeitgemäß sein kann und gleichzeitig in anderen Teilen Europas ein Vorgehen nach dem Paradigma des Betroffenenansatzes angezeigt sein kann. Es kann auch an einem Ort gleichzeitig nach unterschiedlichen Paradigmen vorgegangen werden, je nach Zielgruppen und Vermittlungsinhalt. Die Aufeinanderfolge der Paradigmen, so wie sie hier vorgenommen wird, spiegelt die Entwicklung in der gesamten Region wider, was, wie angedeutet, nicht ausschließt, daß in einzelnen Ländern Etappen übersprungen, andere wiederholt werden können etc.

4.1 Der Aufklärungs-Ansatz

1. Paradigma:



Alle Gesundheitserziehung, die sich auf die Verhütung definierter Krankheiten richtet, nimmt hiermit ihren Anfang. Dabei ist von folgender Situation auszugehen:

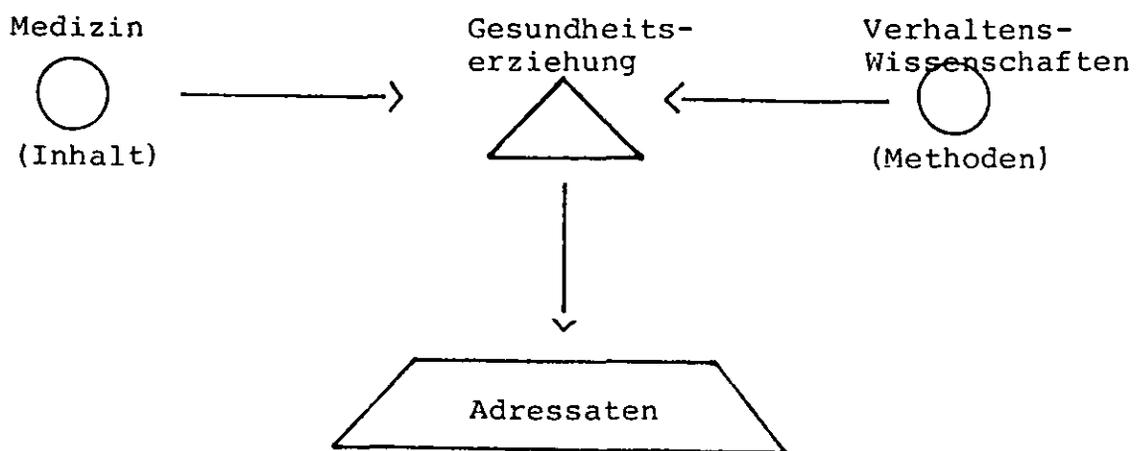
es fallen Krankheiten an, die auf eine bestimmte Menge, im günstigsten Fall auf einen zentralen Verursachungsfaktor rückführbar sind. Als klassisches Beispiel hierfür können die Infektionskrankheiten angesehen werden. Um gesundheits-erzieherisch sinnvoll tätig werden zu können, ist es notwendig, daß der Zusammenhang zwischen Verursachung und Erkrankung in der Sache bekannt ist. Das Paradigma des Aufklärungs-Ansatzes beruht darauf, daß die Medizin dieses Wissen bereitstellen kann. Die Aufgabe besteht nun darin, dem Adressaten, also einer gegebenen Gesamtbevölkerung oder relevanten Teilen davon diese Ursache - Wirkungsbeziehung zu vermitteln, über den medizinisch-biologischen Sachverhalt aufzuklären. Selbst wenn man in Rechnung stellt, daß mancherorts kulturelle, religiöse oder andere weltanschauliche Überzeugungen einer Annahme des überbrachten Wissens entgegenstehen können, ist doch anhand epidemiologischer Daten zweifelsfrei zu belegen, daß diese Form der Einflußnahme über längere Zeit von nachhaltigem Erfolg war und in manchen Anwendungsbereichen noch immer ist. Dies gilt, soweit Erkrankungsformen vorliegen, die einem streng monokausalen Entwicklungsschema unterliegen, wie dies vornehmlich bei den Infektionskrankheiten der Fall ist.

Mit fortschreitenden Behandlungserfolgen wird aber historisch deutlich, daß leider längst nicht alle Krankheiten auf klar isolierbare Einzelursachen zu beziehen sind. Nach der Zurückdrängung der Infektionskrankheiten verschiebt sich das Krankheitspanorama. Die nun, gemessen an den Mortalitäts- und Morbiditätsraten, vorherrschenden Arten entziehen sich den bis dahin erfolgreichen Aufklärungsmethoden. Die Medizin sieht sich komplexeren Bedingungsgefügen

gegenüber, die die Gesundheitserzieher nicht mehr direkt an ihre Adressaten vermitteln können. Es ergibt sich eine Krise, aus der entsteht das

2. Paradigma:

4.2 Der probabilistische Ansatz



Es sind nicht mehr die klassischen Seuchen wie Typhus, Cholera, Blattern, Pocken, Tuberkulose usw., die im Krankheitsspektrum Europas dominieren, sondern Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, chronisch-degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates und vegetativ-nervöse Krankheitsbilder. Ihre jeweilige Entstehung ist nur durch multifaktorielle Modelle zu erklären; es gibt also nicht den Grund für eine Erkrankung, sondern mehrere begünstigende Faktoren, die sich gegenseitig fördern oder in anderen differenzierteren Wirkrelationen zueinander stehen können, es lassen sich viel weniger kausale als bloß prädisponierende Bedingungen nennen. Über die nunmehr einschlägigen, oft nur vage zu beschreibenden Genesen ist eine Breitenaufklärung vergleichsweise nur schwer möglich. An die Stelle von leicht nachvollziehbaren wenn-dann Relationen müssen in der Argu-

mentation der Gesundheitserzieher Wahrscheinlichkeitsausagen mit wesentlich weniger hohem Verbindlichkeitsgrad treten.

Faktisch bleibt aber, aus welchen Gründen auch immer, die früher bewährte Hauptzielrichtung der gesundheitlichen Aufklärung dieselbe: es gilt den einzelnen zu veranlassen, sein Verhalten gesundheitsgerecht zu verändern.

In diesem Zusammenhang gewinnt das oben bereits angesprochene Risikofaktorenmodell seine volle Bedeutung. Als Risikofaktoren gelten dabei alle jene statistisch erfaßbaren Variablen, die mit dem Auftreten bestimmter Krankheiten mehr oder weniger hoch korrelieren.

So nennt BARIC als Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten, Alter, erbliche Belastung, Konstitution, Übergewicht, Beruf und Zigarettenrauchen. Dabei kommt dem Faktor Beruf das größte Erkrankungsrisiko zu, wohingegen Konstitution und Übergewicht nur sehr wenig Einfluß haben (BARIC, "Formelle Gesundheitserziehung und die Prävention koronarer Herzkrankheiten", Europäische Monografien zur Forschung in Gesundheitserziehung 1, BZgA (Hg.) 17 Köln, 1980, S. 56 nach einer Untersuchung von MORRIS et al 1966) Es wäre nun anzunehmen, daß sich die gesundheitserzieherische Intervention vor allem mit den Gefahren befaßt, die offenbar an bestimmte Arten der Berufsausübung gekoppelt sind. Dies trifft nicht zu. Eine sozialpolitische Handlungsorientierung dieser Art entspricht nicht dem Selbstverständnis einer Gesundheitserziehung, die sich auf die Veränderung individueller Gewohnheiten eingerichtet hat. Die Interventionsstudie von der BARIC berichtet, konzentriert sich folgerichtig auf die Variablen Zigarettenrauchen, Fettleibigkeit und mangelnde körperliche Bewegung. (a.a.O., S. 119 - 163)

Bedingungsgefüge, deren Komplexität bereits erkannt ist, werden also mit Rücksicht auf den Rahmen, den sich die Gesundheitserziehung steckt oder stecken läßt, in der Praxis reduziert auf die individuellen Wirkanteile.

Die Konsequenzen dieser individualistischen Perspektive werden dann besonders heikel, wenn Erwägungen angestellt werden, das Risikoverhalten von einzelnen unter Strafe zu stellen, etwa dadurch, daß man ihren Versicherungsbeitrag erhöht. Von manchen Theoretikern wird dieser Gedanke mit Vehemenz vertreten. Der gesundheitlich Gefährdete wird implizit aus der Solidargemeinschaft der Versicherten ausgestoßen, sein Verhalten als schuldhaft deklariert, woraus der Staat, die Gesellschaft oder wer auch immer, das Recht ableitet, Sanktionen zu verhängen. "Korrekturhilfen sind Lob und Tadel oder auch Belohnung, Anerkennung und Fortkommen oder eben Strafe, Mißachtung und Nachteile."(FRANKE, a.a.O. 1979, S. 17)

Schließlich geht man dann doch nirgends so weit, tatsächlichen materiellen Druck auf die Risikopopulationen auszuüben, ethische und auch pragmatische Gründe verhindern dies letztlich doch. Der zitierte Autor versucht am Ende seines Beitrages das Problem dadurch gedanklich in den Griff zu bekommen, daß er einfach eine allgemeine soziale Verpflichtung zur individuellen Gesunderhaltung postuliert, (a.a.O. S. 20). Dies ist zwar eine wesentlich mildere Form, der transportierte Inhalt bleibt aber derselbe, nämlich die Schuldzuschreibung an letztlich alle diejenigen, die nicht verhindert haben, krank zu werden.

Wo äußerer Zwang nicht auszuüben ist, muß innerer Zwang gesetzt werden. Dieses Ziel scheint dort am erfolgreichsten verfolgt werden zu können, wo die Adressaten selbst zum Sachwalter der ihnen angetragenen Lebensvorschriften werden, wo es gelungen ist, die einzelnen von der Pflicht

zu überzeugen, sich selbst im gewünschten Sinne zu kontrollieren. Eines der Hilfsangebote, welches konsequenterweise an dieser Stelle ansetzt, besteht in der Einrichtung von verhaltenstherapeutischen Kursen, etwa für Raucher und Übergewichtige. (Diese existieren z.B. in der Bundesrepublik Deutschland; vgl. CANARIS/ERBEN 1980, in: III, S. 46)

Daß viele Ursachen für Erkrankung außerhalb des Einflußbereiches der potentiell Betroffenen liegen, wird in diesen Diskussionszusammenhängen zwar immer wieder angeschnitten, bleibt dann aber doch aus den strategischen Überlegungen weitgehend ausgespart. Daß viele Ursachen für individuelles gesundheitliches Risikoverhalten (z.B. Rauchen) ebenfalls außerhalb des Einflußbereiches der Betroffenen liegen (auf dem Hintergrund dauernder emotionaler Belastungen, neurotischer Fehlhaltung o.ä.) gelangt nur langsam zum Bewußtsein. Eine frühe Ausnahme hiervon ist HOCHBAUM, der sich 1965 wie folgt äußert: "Wenn wir im allgemeinen über Raucherentwöhnung reden, sprechen wir nicht bloß über eine einzelne, isolierte Änderung im Leben einer Person, sondern vielmehr von einem radikalen und umfassenden Eingriff in eine komplexe Struktur von Verhaltensgewohnheiten, Bedürfnislagen, Lustgefühlen und Anspannungen." (HOCHBAUM 1965, zitiert in BARIC a.a.O. S. 168)

Es geht um mehr als das, was auf der Verhaltensebene sichtbar ist. Es geht um die innersubjektiven Strukturen, die Verhalten determinieren, ebenso aber auch um ökonomische, ökologische und andere Faktoren, die das ihrige zur Verhaltenslenkung beitragen. Obwohl in der Theorie oft so hartnäckig ignoriert, finden diese Zusammenhänge innerhalb konkreter Projekte, wohl unter dem Eindruck der realen Verhältnisse, dann in der Regel doch ihren Niederschlag.

Zur Veranschaulichung kann das finnische 'Nordkarelienprojekt' herangezogen werden, eine Kampagne zur Senkung der Häufigkeit von Herz- Kreislaferkrankungen in einem Gebiet in Ostfinnland mit ca. 180.000 Einwohnern während der 70er Jahre. Eines der Hauptziele lag in der primären Prävention von Herzinfarkten bei Männern mittleren Alters. Als zentrale Bedingung hierfür galt die Reduktion von als verursachend angesehenen Risikofaktoren, wie Rauchen, Cholesterinspiegel sowie regelmäßige Blutdruckkontrolle. Alle drei Faktoren sind wesentlich auf individuelle Gewohnheiten bezogen, nämlich zu rauchen, sich übermäßig zu ernähren sowie auf die fehlende Bereitschaft, regelmäßig Blutdruckmessungen als wichtige Diagnosemaßnahme zur Früherkennung durchführen zu lassen. Die angewandten Verfahren zur Durchführung der angestrebten Verhaltensbeeinflussungen sind in den Berichten nicht näher dargetan, worauf es im Moment auch nicht ankommt. Wichtig ist, daß man in Finnland versucht hat, gleichzeitig mit der Veränderung individuellen Verhaltens auch in Richtung der Beeinflussung von Umweltfaktoren zu arbeiten. Hierzu gehörten die Förderung der Produktion von fettarmen Molkereiprodukten und Würsten, des Anbaus von Gemüse, die Sorge um die Verbesserung von Gemeinschaftssessen, die Durchsetzung von Rauchverboten an öffentlichen Plätzen etc. (vgl. KAUTTU 1977, in: II, S. 65 ff, KLEMOLA 1980, in: III, S. 90)

Neben der Veränderung individuellen perspektivisch gesundheitsschädlichen Verhaltens ist die Veränderung von objektiven Faktoren in der Lebenswelt der Gefährdeten als Ziel der Gesundheitserziehung getreten. Hier zeichnet sich bereits der faktische Übergang zum 3. Paradigma der Gesundheitserziehung ab.

Bevor zu dieser Stellung genommen wird, sollen die spezifischen psychologischen Widerstände umrissen werden, die Adressaten gegenüber einer auf dem Risikofaktorenmodell

aufbauenden Gesundheitserziehung mobilisieren dürften.

Es ist nicht länger möglich, durch bestimmte Maßnahmen konkret drohende Erkrankungen abzuwenden, sondern man soll durch die Befolgung eines Bündels von Verhaltensvorschriften die Möglichkeit einer Erkrankung einschränken. Der den 'Verbrauchern' der Gesundheitserziehung hier unterbreitete Zusammenhang muß in deren Augen wenig attraktiv erscheinen. Einerseits werden Verhaltensänderungen von ihnen verlangt, die sie als zumindest lästig, wenn nicht als lebenseinschränkend erfahren (nicht rauchen, nicht übermäßig essen, wenig Alkohol, viel Bewegung etc.), andererseits kann auch kein Versprechen gegeben werden, daß bei Einhaltung all dieser Maßregeln nicht doch z.B. der Herzinfarkt droht. Komplizierend kommt hinzu, daß es offenbar überall Menschen gibt, die rauchen, sich übermäßig ernähren, dem Alkohol zusprechen, keinen Sport betreiben und doch am Leben sind. Ein anderer verwirrender Aspekt ist der, daß man ja anscheinend einen der vielen Wirkfaktoren durch den Einsatz eines anderen ausgleichen kann, also kulinarische Exzesse durch Trimmübungen kompensieren, Rauchen durch sonntäglichen Waldlauf usw.

Zu der auf Wahrscheinlichkeitsannahmen basierenden Rechnung der Gesundheitserzieher machen die empirischen Individuen eine Gegenrechnung auf, in die andere Faktoren eingehen, in der andere Prioritäten gelten.

Für die Gesundheitserzieher ist es das erste Anliegen, die Bevölkerung in medizinischem Sinne gesund zu erhalten, diesbezügliche Gefahren abzuwenden zu helfen. Beobachtet man die Menschen in ihrem Alltag, so zeigt sich, daß diese andere Maßstäbe anlegen. Gesundheit ist für die meisten eben nicht das höchste Gut auf Erden, sondern

ein Wert unter anderen Werten, die miteinander konkurrieren, wo es jeden Tag gilt, Kompromisse zu finden und mit ihnen zu leben. Endlich findet diese elementare Tatsache, wenn auch langsam und vorerst vereinzelt, Eingang in die theoretischen Reflexionen: "Nicht Gesundheit ist das höchste Ziel im Leben, sondern Glück." (LEVIN "Selbsthilfe: zum Zwecke grundlegender Veränderungen in nationalen Strategien", Internationales Journal für Gesundheitserziehung 4 (1981), S. 238; vgl. auch FRANZKOWIAK/WENZEL "Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für Gesundheitserziehung, -forschung und -politik", Manuskript (Juni 1982), S. 5 ff)

Wenn das persönliche Glück, und Glück ist immer nur als auf konkrete Individuen mit bestimmten Neigungen, Wünschen, Sehnsüchten etc. bezogen zu denken, nie als allgemeines, nur durch Inkaufnahme gesundheitlicher Risiken erreichbar scheint, so nehmen die Menschen für sich persönlich eine Kalkulation der Risiken und der Chancen vor. " 'Risiko' definiert sich subjektiv... nach dem ungefähren persönlichen Erfolgshorizont..." (KICKBUSCH/WENZEL "Risikoverhalten - die alltägliche Gesundheitsbewegung", Forum für Medizin und Gesundheitspolitik, Nr. 17, (Juli 1981), S. 34) Verschiedene Autoren sehen im Risikoverhalten spontane, aber intentionale Auflehnsakte gegen Ge- und Verbote von Gesellschaften, die offenbar immer mehr dazu übergehen, das Verhalten ihrer Mitglieder zu reglementieren, anstatt ihnen Möglichkeiten sinnvollerer Betätigung zu weisen. (KICKBUSCH/WENZEL a.a.O 1981, S. 32 ff) Andererseits kann nicht geleugnet werden, daß Risikoverhalten außerhalb des Komplexes medizinischer Normalitätsvorstellungen durchaus positiv konotiert ist. Ein Risiko auf sich zu nehmen bedeutet, Verantwortung zu tragen, was sozial positiv bewertet wird. Nur wer wagt, gewinnt. (vgl. KICKBUSCH/WENZEL a.a.O. 1981, FRANZKOWIAK/WENZEL a.a.O. 1982)

Was es alles zu gewinnen gibt, benennen die Werbeagenturen der westlichen Industriestaaten mit aller nur wünschbarer Deutlichkeit: vom vollen, herzhaften Aroma einer Zigarette bis zum Geschmack von Freiheit und Abenteuer schlechthin ist alles erwerbbar, konsumierbar. Es dürfte hinlänglich bekannt sein, daß diese Arten von Genuß an gewisse gesundheitliche Risiken gebunden sind, aber das ist jede Straßenüberquerung auch. Die Menschen wägen ab und entscheiden sich fast immer für das Glückversprechende, was oft bedeutet, gegen das Gesunde.

Man könnte von einem handlungsorientierten Risikofaktorenmodell des Alltagsverhaltens reden als Gegenstück zum herrschaftsorientierten Risikofaktorenmodell der medizinisch begründeten Gesundheitserziehung.

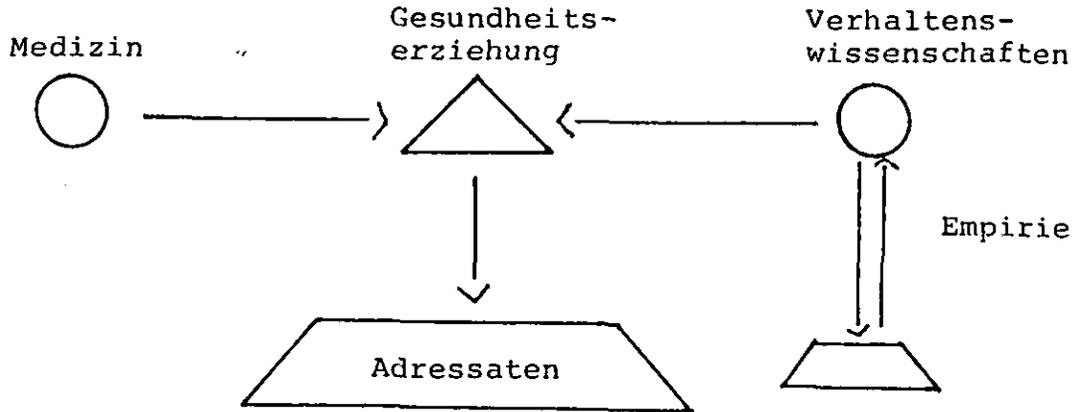
Daraus folgt freilich nicht, daß man die Verhältnisse so belassen solle, wie sie sind, jeden einzelnen seine persönliche Wagnisrechnung aufmachen lassen und ihn damit scheitern oder glücklich werden lassen soll, denn: die Optionen sind eingeschränkt, es steht lang nicht jedem jede Möglichkeit offen, je nach ihrer sozialen Lage sind Individuen mehr oder weniger von Chancen zu besserer und erfüllenderer Lebensführung ausgeschlossen, sind statt dessen perspektivisch krankmachenden Bedingungen ausgesetzt, sind auf Behelfe angewiesen, die für den Augenblick nützlich und angenehm erscheinen mögen, aber schon mittelfristig neue Probleme schaffen. Unter dem letztgenannten Aspekt gesehen ist Risikoverhalten ein Versuch, durch den Einsatz perspektivisch nicht ungefährlicher Mittel Hilfen zur Bewältigung akut drückender Lebenssituationen zu erhalten. Die Devise der Prävention 'pay now, live longer' wird verwandelt in 'live now easier, pay later'. Jene alltägliche Kompensation von alltäglich erlittenen Belastungen, die "psychische und soziale Entlastungsfunktionen für das Individuum

erfüllt, jedoch im Laufe der Biografie in irreversible Selbstschädigung oder Selbstzerstörung münden kann" ist es, die das Interesse der Gesundheitserzieher verdient. (FRANZKOWIAK/WENZEL a.a.O. 1982, S. 9) Dabei kam es in der Vergangenheit zentral darauf an, die möglichen schädigenden Wirkungen auszumachen. In der Zukunft sollte es stärker darum gehen zu ermitteln, worin denn eigentlich das positive, das helfende Moment besteht und gegen welche Art von Mißbefindlichkeit oder mit welcher subjektiven Erfolgserwartung jene Kompensationen eingesetzt werden. Nur so wird es möglich sein, die Wahlmöglichkeiten, und auf diese kommt es in Wahrheit an, zu erweitern, Optionen zu finden, in denen Glück und Gesundheit nicht sich gegenseitig ausschließende Pole bilden. (vgl. LEVIN a.a.O. 1981, S. 238) Bis heute sind die gesünderen Alternativen meist die unbequemereren, aufwendigeren, wenn nicht überhaupt die verzichtsvolleren. So lange nicht erreicht ist, daß die gesünderen auch die attraktiveren Angebote sind, arbeitet die Gesundheitserziehung, in dem sie für die Gesundheit der Menschen eintritt, gegen deren Bestreben sich möglichst wohlzufühlen, gegen deren subjektive Lebensorientierung, in der auch immer das subjektive Glücksstreben erkannt werden muß. Dies gilt auch für ausgesprochen morbide Formen, denkt man etwa an die verschiedenen Süchte. Es ist bei genauerem Hinsehen hinter allem immer die Motivation sichtbar, dem Leben ein Stück erlebter Erfüllung, sei es als Zufriedenheit, sei es als Rausch, abzugewinnen.

Um die Dimensionen dieser subjektiven Risikokalkulationen zu erfassen, bedarf es eines qualitativ neuen theoretischen Hintergrundes, der die Vereinseitigungen des medizinischen Risikofaktorenmodells überwindet.

4.3 Der Ansatz an den Lebenszusammenhängen

3. Paradigma



In dem schon zitierten Artikel von WILKENING findet sich eine Programmatik die verspricht, die folgenschweren, theoretischen Mängel bisheriger Gesundheits-erziehung zu überwinden. Ihren Ausgangspunkt nimmt die Kritik an der verbreiteten und mancherorts für die einzig wissenschaftlich gehaltenen Methode, nämlich der, die komplexe gesellschaftliche Realität ideell zu zerlegen, zu segmentieren, zu fraktionieren bis alles auf scheinbar handhabbare Einzelphänomene reduziert ist, die dann für das Ganze gelten sollen.

Dagegen setzt WILKENING die Forderung, die Gesamtheit der tatsächlich vorhandenen Bezüge aus den abstraktiven Vereinseitigungen wieder entstehen zu lassen, eine 'begriffliche Rekonstruktion der Lebenszusammenhänge' zu unternehmen.

Dies bedeutet, daß die gesundheitserzieherische Arbeit nicht länger von bestimmten Krankheiten oder isolierten Risikofaktoren, auf deren Beseitigung man pocht, ausgeht, sondern nach Möglichkeit die gesamte Bandbreite durchschnittlicher realer Lebensbedingungen berücksichtigt,

hierin Konfliktherde ausmacht, die Grundlage für Gesundheitsgefährdung sein könnten und diese unter Ausnutzung der vorhandenen oder zu schaffender Alternativen beseitigt.

Zu den praktischen Umsetzungen dieses neuen Ansatzes gehören in der Bundesrepublik Deutschland die oben bereits erwähnte Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 'Gesundheitserziehung durch die Familie', die Fernsehserie 'Kopfball', die Broschüre 'Alltag - Szenen einer Clique', die sich mit Problemen von Teenagern am Rande der Drogenszene befaßt. (WILKENING a.a.O. 1981, CANARIS/ERBEN a.a.O. 1980, S. 35 ff)

In Irland hat man eine Reihe kurzer Sketche über Gesundheitsthemen herausgebracht, die im direkten Kontakt mit kleinen Gruppen eingesetzt werden können. Die Themen beziehen sich auf alltägliche Streßsituationen und Gesundheitsrisiken. Es werden Wege zum Umgang mit diesen Problemen vorgeschlagen, doch ist das Ende jeweils offen. Die jeweiligen Mitspieler müssen selbst die für sie in Frage kommende Lösung finden. Die angebotenen Themen lauten u.a.: Kinderlosigkeit, Junge trifft Mädchen, Todesfall in der Familie, Starkes Trinken, Der ledige Vater und Eßsucht. (CARR 1977, in: II, S. 91, CROWLEY 1980, in: III, S. 122)

Zu den Besonderheiten dieses Vorgehens gehört, daß die Gesundheitserzieher verbreitete Probleme aussuchen, feststellen, in welchen Lebensbereichen und unter welchen sozialen Bedingungen diese gehäuft auftreten, sodann ganz konkrete Modelle dieser Lebensformen herstellen, in die Vorschläge für Problemlösungen oder Ansätze zur Suche nach solchen eingebracht werden. Per Film oder Broschüre erhält der Adressat ein Stück exemplarischer Wirklichkeit vorgeführt, die er mit seinem Alltag vergleichen und anhand derer er nach Veränderungsmöglichkeiten suchen kann.

Diese Form der Botschaftsübermittlung bietet die Möglichkeit des Modellernens, der Identifikation mit vorgeführten Charakteren, des sich Einfühlens in plastisch gemachte Alltagssituationen. Insofern ist das Niveau der relativ abgehobenen Verhaltensvorschriften, wie es früheren Etappen der Gesundheitserziehung entsprach, ('stop smoking'), endlich überwunden.

Die gelieferten Modelle sollen Reflektions- und Experimentierhilfe sein. Ihre Verbreitung zielt darüber hinaus auf die Ingangsetzung von Selbsthilfeaktivitäten ab. Zum Beispiel sollen Eltern untereinander auf dem Hintergrund der ihnen durchschnittlich begegnenden Alltagsprobleme, unterstützt von dem Modellentwürfen der Gesundheitserzieher, gemeinsam Konfliktlösungen und Bewältigungsstrategien finden.

Auf dem Wege von allgemeinen hygienischen Verhaltensvorschriften zu den empirischen Individuen in ihren komplexen Lebenszusammenhängen bedeutet das neue Paradigma des Ansatzes an den Lebenszusammenhängen einen deutlichen Schritt nach vorn.

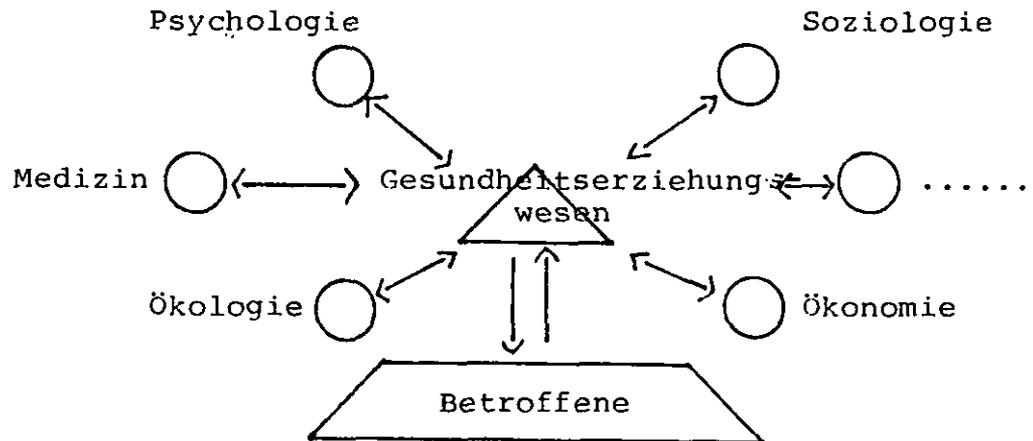
Allerdings muß folgendes im Auge behalten werden: die Menschen, die z.B. in den Fallgeschichten der BZgA erscheinen, sind nicht schon selbst die Adressaten der Gesundheitserziehung, sondern nur Prototypen, die in sozialwissenschaftlichen Labors montiert worden sind. Es geht hier um die begriffliche Rekonstruktion der Lebenszusammenhänge als theoretische Aufgabe der Gesundheitserziehung. Die Möglichkeiten zu tatsächlichen Veränderung der Verhältnisse müssen die Adressaten selbst für sich finden. Dieses Charakteristikum sei betont im Hinblick auf das 4. Paradigma, das sich genau an dieser Stelle maßgeblich von dem 3. unterscheidet.

Es stellt sich immer noch das Problem des Transfers, der Übertragung der mitgeteilten Inhalte auf die Lebensverhältnisse der Betroffenen. Daß dieser Ansatz genau darauf angelegt ist, "daß eine positive Identifikation für gleichzeitig oder ähnliche Betroffene erleichtert und dadurch eine verallgemeinernde Lernerfahrung möglich gemacht wird" (WILKENING a.a.O. 1981, S. 21), mit anderen Worten, von dem Bestreben getragen ist, die Lücke zwischen Botschaft und Empfänger soweit als eben möglich zu reduzieren, ist deutlich und verdient Anerkennung. Trotzdem ist es des Nachdenkens wert, ob die Mehrzahl der Adressaten den Sprung von der Rezeption, z.B. einer Zeitungsanzeige, zur Reflektion ihrer eigenen Lebenspraxis wirklich tun, wie dies die Gesundheitserziehung erwartet. Auch der Gedanke, daß, hat man erst die richtige Betroffenheit durch wirklich treffende Identifikationsangebote erreicht, der Klient hoch genug motiviert ist, von selber nach einer endlichen Lösung zu suchen, ist nicht unbedingt richtig. Gerade starke persönliche Betroffenheit kann ein guter Grund sein, sich sofort und nachhaltig gegen die verursachende Botschaft zu wehren, die unbequeme Einsicht zu verdrängen. Dies um so mehr, je weniger gleichzeitig ein handfestes Hilfsangebot im Raum steht, und dies wird beispielsweise durch die Anzeigenkampagne der BZgA oder die Sketche der Irischen Büros für Gesundheitserziehung aus den erläuterten anderen Überlegungen heraus nicht vermittelt.

Diese grundlegenden Bedenken berücksichtigend, stellt sich die Frage, ob Operationsformen der Gesundheitserziehung denkbar und realisierbar sind, die noch dichter an die Adressaten herankommen, noch unmittelbarer deren Lebensumstände berücksichtigen.

4.4 Der Betroffenen-Ansatz

4. Paradigma



"Es gibt nicht nur eine medizinische Kultur." (LEVIN a.a.O. 1981, S. 243) Diese Tatsache ist, mit zunehmender Entwicklung der technisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin aus dem Bewußtsein vieler so gut wie verdrängt worden. Das hatte für die organisierte Gesundheitserziehung u.a. zur Folge, daß die existierenden Formen von Laienaktivitäten auf dem Gebiet der Krankenpflege, Krankenbehandlung und Gesundheitsvorsorge aus dem Blickfeld verschwanden zugunsten der Erkenntnisse und Forderungen, wie sie von der professionellen kurativen Medizin zur Verfügung gestellt werden. Auf die immer mehr zunehmende Dominanz medizinischer und naturwissenschaftlicher Grundorientierungen und die daraus resultierenden Vereinseitigungen ist z.B. von VUORI hingewiesen worden, wenn er feststellt: "die augenblicklich praktizierte Gesundheitserziehung wird größtenteils unter Bedingungen durchgeführt, die von der Medizin diktiert werden, auf deren Grundlagen sie auch fundiert - mit dem Resultat verzerrter Zielsetzungen und einseitiger Arbeitsmethoden ." (VUORI "Das medizinische Modell und die Ziele der Gesundheitserziehung", Internationales Journal für Gesundheitserziehung 1 (1980), S. 11)

Diese Ansicht ist nicht unwidersprochen hingenommen worden, sondern hat u.a. dazu Anlaß gegeben, die tragende Rolle der Verhaltenswissenschaften innerhalb der Gesundheitserziehung zu betonen. (vgl. VAN PARIJS "Überlegungen zum medizinischen Modell der Gesundheitserziehung und ihren Zielen", Internationales Journal für Gesundheitserziehung 4, (1980), S. 224) Dadurch sind die Feststellungen VUORIs ergänzt, aber nicht inhaltlich relativiert, treten doch Soziologie, Psychologie, Kommunikationswissenschaften u.a. in der Gesundheitserziehung vor allem als Hilfsdisziplinen in Erscheinung, durch welche man medizinisch definierte Sachverhalte und Verhaltensmodalitäten an ein Publikum heranzutragen will. Auch die relative Verselbständigung eigentlich sozialwissenschaftlich begründeter Arbeitsweisen, wie sie z.B. in den Programmen der BZgA deutlich wird, sollte nicht darüber hinwegsehen lassen, daß auch hier die Ziele in ihrem Kern oft noch rein medizinischen Überlegungen entspringen. Ausgehend von statistisch ermittelten Erkrankungsrisiken wird sozialwissenschaftliche Forschung als Mittel eingesetzt, Verhaltensänderungen im Sinne medizinischer Gesundheitsvorstellungen zu erwirken. Es kann auch nicht darum gehen, die Erkenntnisse der Medizin in Zukunft unberücksichtigt zu lassen, sondern einzig darum, wirkungsvolle Techniken und (noch) existierende Handlungspotentiale nicht professioneller Provenienz nicht länger unberücksichtigt zu lassen, oder gar zu helfen, diese zu verdrängen.

KICKBUSCH verweist in einer Darstellung von Konzepten und Befunden von Laiensystemen in den USA und Großbritannien auf die wichtige Rolle der 'kleinen Netze', wie Familie, Nachbarschaft etc., die nach FRY 75 % aller morbiden Episoden ohne professionelle Hilfe bewältigen. (KICKBUSCH "Laiensystem und Krankheit", Sonderdruck aus Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 4, Heft 1 (1979), S. 3 ff, FRY "A New Approach to Medicine. Priorities and Principles of Health Care", Baltimore 1978, zitiert in KICKBUSCH a.a.O. S. 4)

An anderer Stelle ist von 85 % die Rede, zu denen Gesundheitspflege durch Verwandte, Hausbewohner usw. geleistet wird. (KICKBUSCH "Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung", Internationales Journal für Gesundheitserziehung, Supplement für Vol. XXIV, 4 (1981), S. 4) Obwohl sich diese Zahlen und die ihnen zugrundeliegenden Untersuchungen explizit auf Krankenbehandlung und -pflege beziehen, ist daraus ersichtlich, daß der weit größte Teile der Bemühungen um die Gesundheit nicht, wie es den Anschein haben mag, von professionellen Diensten erbracht wird, sondern von Laien. Daraus leitet sich die Vermutung ab, daß auch weit mehr Formen der Prävention von Krankheiten innerhalb der Bevölkerung gebräuchlich sind, als durch die institutionalisierte Gesundheitserziehung bis jetzt wahrgenommen wurde. (Die von der IUGE und der BZgA gesammelten und herausgegebenen Berichte enthalten so gut wie keine Anmerkungen zu diesem Punkt.)

Wie die individuellen Maßnahmen zur Gesundheitserziehung aussehen mögen, hängt wesentlich von der in einer gegebenen sozialen Einheit akzeptierten Definition von Gesundheit ab. Daß diese sich nur in Ausnahmefällen an den von der Medizin entworfenen Maßstäben orientieren, kann inzwischen mit Sicherheit angenommen werden. In Abkehrung von der Fixierung auf Laboraten sieht LEVIN die Klärung der Frage nach den in der Bevölkerung dominierenden Definitionen von Gesundheit als Aufgabe der phänomenologischen Soziologie bzw. der Grundwerttheorie an. (LEVIN a.a.O. 1981, S. 244) KICKBUSCH nennt als einen zentralen, hierbei zutage tretenden Punkt "die soziale Integration sowie die soziale Unterstützung oder noch umfassender, das Gefühl sozialer Kohärenz in Sinne einer 'Zugehörigkeit'..., und zwar unabhängig davon, ob jemand in unserem Sinne des Wortes gesund ist oder nicht. Soziales Wohlbefinden ist das Wohlbefinden von Menschen in ihren sozialen Beziehungen." (KICKBUSCH a.a.O. 1981, S. 7 f)

Wenn es das ehrliche Anliegen der Gesundheitserziehung ist, die Menschen bei ihrer Suche nach Lebensformen die Wohlbefinden, Glück und damit verbunden Gesundheit hervorbringen, zu unterstützen, muß vor allem Abschied genommen werden von der 'paternalistischen Tradition' (LEVIN) aus der heraus die Betroffenen immer wieder mit Verhaltensanweisungen konfrontiert sind, die ihnen fremd sind und die ihre individuellen Strategien, ihr Leben zu leben, unberücksichtigt lassen. "Die Betroffenen selbst sollen in den Prozeß Gesundheit involviert sein, und zwar nicht im Sinne von begrenzter Ausführungsmacht, sondern von Definitionsmacht." (WAGNER, zitiert in KICKBUSCH "Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation", Vortragsmanuskript, Januar 1982, S. 7) Letztlich hat jeder selbst für sich herauszufinden, wie seine Art gesund und glücklich zu leben aussieht und wie sie realisierbar ist. Für die Gesundheitserziehung ergibt sich daraus die Aufgabe, die Wahlmöglichkeiten vermehren zu helfen. Auf nationaler Ebene bedeutet dies, Anstrengungen zu unternehmen, die allgemeinen Rahmenbedingungen für menschliche Existenz zu verbessern, also sich etwa dafür einzusetzen, daß gesetzliche Kontrollen von Lebensmitteln, der öffentlichen Trinkwasserversorgung, der Müllbeseitigung u.ä. eingeführt werden. Auf lokaler Ebene muß erreicht werden, daß der einzelne über das nötige Wissen und entsprechende Fähigkeit verfügt, seine Lebensweise in der ihm adäquaten Richtung selber zu bestimmen, dabei durch erweiterte Handlungskompetenzen aus seiner bisherigen Objektstellung gegenüber den materiellen Verhältnissen, aber auch gegenüber der Beeinflussung 'von oben', z.B. in Form von gutgemeinten Gesundheitsvorschriften, herauskommt und stärker als bisher zum Subjekt, zum selbst entscheidenden und handelnden Vollstrecker seiner Lebensvollzüge wird.

Die angesprochene faktische Objektstellung der Adressaten von Gesundheitserziehung ist in der Vergangenheit viel zu wenig problematisiert worden. Es gibt starke Indizien dafür, daß die diesem Zustand angepaßte institutionelle und professionelle Überversorgung teilweise bereits einen Grad der Abhängigkeit der 'Konsumenten' von den etablierten Diensten erreicht hat, das schon von psychischer Gefährdung hierdurch gesprochen werden kann. (WILKENING a.a.O. 1981, S. 23)

Zu dieser Entwicklung könnte der in einigen Ländern während der letzten Jahre vermehrte Einsatz von Massenmedien in fataler Weise beitragen. In Zukunft gilt es, sorgfältig abzuwägen, ob man die neuen technischen Möglichkeiten dazu benutzen will, bloße Verhaltensvorschriften auf die Menschen niederrieseln zu lassen, oder ob man darangehen will, Alternativen zur gewohnten Lebensweise zu entwerfen und vorzuschlagen. Wichtig werden könnte in diesem Zusammenhang die fortschreitende Entwicklung von Zweiwegkommunikationssystemen, die es z.B. erlauben, daß sich die Zuschauer in Liveprogrammen von Fernsehanstalten selbst mit ihren Fragen und Problemen zu Wort melden. (KICKBUSCH a.a.O. 1981, S. 6) Versuchsprojekte zu solcher TV-Telefonkommunikation laufen in den USA bereits.

Es sind aber nicht nur die neuen Medien, an die sich Hoffnung auf eine neue Qualität der Auseinandersetzung zwischen Gesundheitserziehern und Bevölkerung knüpfen. Es sind auch Organisationsformen denkbar, in denen in personeller Kommunikation Experten und Betroffene gemeinsam nach Handlungsmöglichkeiten suchen. Hiermit wären gute Chancen verbunden, direkte Rückmeldungen von den Angesprochenen zu erhalten, die als Grundlage für neue Konzepte und Zielbestimmungen dienen könnten, die genauer als dies

bis jetzt bei breitenwirksamen Kampagnen der Fall ist auf die jeweiligen objektiven Gegebenheiten und subjektiven Bedingungen zugeschnitten sind.

Tatsächlich sind den Berichten zum Stand der Gesundheits-
erziehung Ansätze zu entnehmen, die diese Strategie ver-
folgen, bzw. es sind (noch) verschiedentlich organisatori-
sche Voraussetzungen gegeben, die ein Verfolgen dieser
Strategie der gemeinsamen Planung und des gemeinsamen Han-
delns möglich sein lassen.

Beispiel: 1

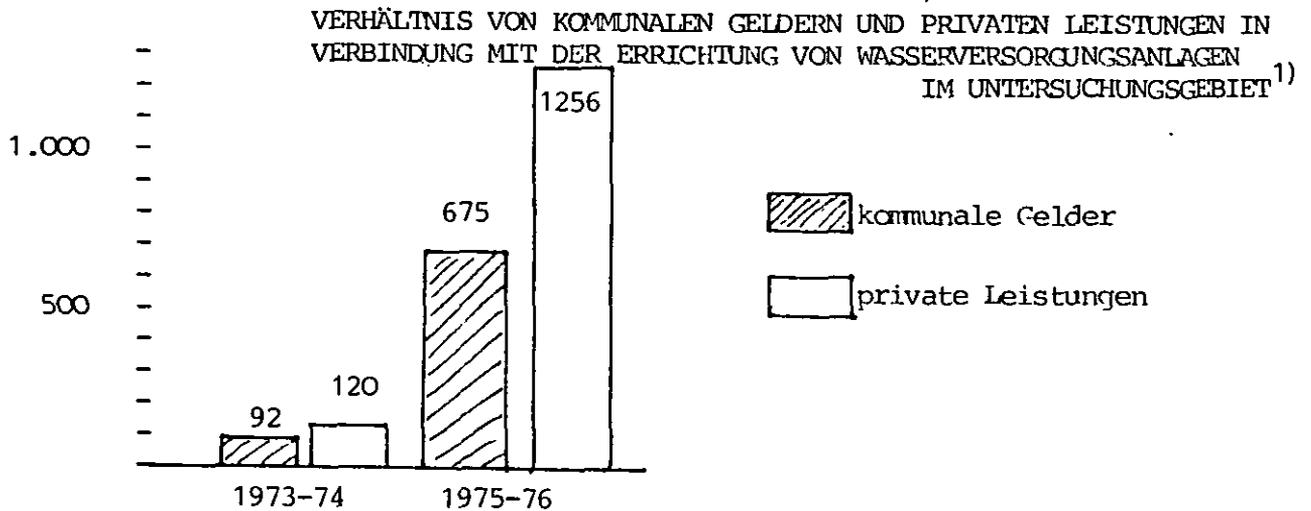
die Rolle der Gesundheitspflegerin in Jugoslawien

In Jugoslawien ist die wesentlichste Kontaktperson zwischen
Gesundheitswesen und Bevölkerung die kommunale Gesundheits-
pflegerin, deren Funktionen denen von Gemeindeschwestern in
anderen europäischen Ländern nahekommen, in wichtigen Punk-
ten aber davon abweichen. Die Gesundheitspflegerin hat
eine medizinisch-pädagogische Ausbildung. Von ihr wird in
besonderem Maße "Organisationsfähigkeit und effektives Ar-
beiten, die Befähigung zur Initiative, kreative Denkweise,
Takt, und die Gabe, zuzuhören und beobachten zu können so-
wie die Fähigkeit, Ausdauer an den Tag zu legen und sich
anzupassen" verlangt. (TOMIC 1980, in: III, S. 153) Sie
lebt in der Regel in ihrem Zuständigkeitsbezirk, der etwa
5.000 Menschen umfaßt. Ihre Haupttätigkeit richtet sich
nicht auf einzelne Patienten, hierin liegt der Hauptunter-
schied zur herkömmlichen Gemeindepflegerin, sondern auf
die gesamte Gemeinde und näherhin auf bestimmte Gruppen,
innerhalb dieser mit besonderen Problemschwerpunkten, et-
wa Alte, chronisch Kranke, Schwangere.

Dabei gehört die Krankenbehandlung und -pflege nicht zu ihren Aufgaben, auch ist ihr Tätigwerden nicht notwendig an die Anordnung eines Arztes gebunden. Sie versieht einen 'Gesundheitsbesucherdienst', in dessen Rahmen sie Kontakte zu möglichst allen in ihrem Bezirk lebenden Bürgern aufnimmt, sich über deren Lebensverhältnisse informiert, gesundheitliche Ratschläge erteilt, beim Auftreten akuter Krankheiten die Patienten an die entsprechenden kurativen Dienste weitervermittelt, bei chronisch Kranken und Rekonvaleszenten Pflegemaßnahmen organisiert. Sie nimmt eine Mittlerstellung zwischen Gemeinde und Arzt ein. Die kommunale Gesundheitspflege "arbeitet... auf der Ebene des Volkes und ist der Bevölkerung behilflich, ihre Bedürfnisse zu erkennen, zu befriedigen und ihre Gesundheitsprobleme zu lösen." (a.a.O. S. 154) Dieser enge Kontakt zur Bevölkerung ist es, der die kommunale Gesundheitspflegerin in die Lage versetzt, auf dem Hintergrund ihrer vertieften Kenntnis der jeweiligen Lebensumstände Empfehlungen auszusprechen, Reflektionsprozesse in Gang zu setzen und so schließlich gemeinsam mit den Betroffenen praktische Veränderung zu bewirken.

Es gibt eindrucksvolle Beispiele für die Effizienz dieses unmittelbaren Bürgerkontaktes. In einem Untersuchungsgebiet, in dem die Reichweite des 'Gesundheitsbesucherdienstes' geprüft werden sollte, ergaben sich nicht nur deutliche Steigerungen bei den Beteiligungsquoten der Vorsorgeuntersuchungen, es wurden auch verstärkte Anstrengungen seitens der Gemeinden als auch von Privaten registriert, die Wasserversorgung zu verbessern. Auch letzteres ist in Zusammenhang zu sehen mit Bemühungen um Information und Sensibilisierung der Bevölkerung durch die kommunalen Gesundheitspflegerinnen, sowie deren organisatorischen Einsatz bei der Planung und Realisierung der Brunnenbauprojekte. Während des Untersuchungszeitraumes wurden elf Was-

erversorgungsanlagen mit fast 50 neuen Brunnen errichtet, wobei der Löwenanteil der Leistungen von Privaten erbracht wurde.



Es scheint, als sei hier ein gangbarer Weg gefunden, intensive Beratung in gesundheitlichen Belangen mit brauchbaren Möglichkeiten zu koppeln, Informationen und Rückmeldungen von den Adressatengruppen zu erhalten, um so Veränderungen im Sinne und mit der Unterstützung der Betroffenen erarbeiten zu können. (vgl. TOMIC 1973, in: I, S. 92, ders. 1977, in: II, S. 117 ff, ders. 1980, in: III, S. 151 ff, ders. "Jugoslawien: die personale Kommunikation in ihrer besten Form", Bereitschaft und Barrieren, a.a.O. 1979, S. 144-153)

Beispiel 2:

Gesundheit und Arbeitswelt

In Italien gibt es ein Gesetz über die Sicherheit am Arbeitsplatz, das der primären Gesundheitsvorsorge unter Beteiligung der Betroffenen einen hohen Stellenwert einräumt. In jedem Industriezweig kann von den Beschäftigten ein Gesundheitsausschuß gewählt werden, dessen Hauptaufgabe es ist, die Arbeitsbedingungen auf eventuell gesund-

¹⁾ aus: TOMIC 1979, a.a.O., S. 152

heitsgefährdende Faktoren hin zu untersuchen, sowie die sanitären Bedingungen im Arbeitsumfeld zu kontrollieren.

Dem Ausschuß gehören Ärzte, Fachleute für Umweltschutzfragen, Gesundheitstechniker und Vertreter der Arbeiterschaft an. Diese Zusammensetzung gewährleistet, daß ein stetiger Informationsfluß zwischen Experten und Betroffenen besteht, der sich zirkulierend in beide Richtungen bewegt. Um möglichst alle Mitglieder einer gegebenen Belegschaft einbeziehen zu können sind Fragebögen erstellt worden, anhand derer beobachtete Risiken und mögliche Gefahren an den einzelnen Arbeitsplätzen mitgeteilt werden können. Der Gesundheitsausschuß sichtet die eingehenden Hinweise, nimmt Untersuchungen vor Ort vor, wozu auch die Feststellung des körperlichen Gesundheitszustandes der dort Tätigen gehört und erstattet der Belegschaft Bericht.

Auf diese Weise ist es möglich, auf gesicherten Erkenntnissen aufbauend, Verfahren zur Behebung oder zur Reduzierung von Gefahren zu entwickeln und in den betrieblichen Ablauf einzubringen. Das Spektrum möglicher Veränderungen umfaßt dabei prinzipiell individuelle Verhaltensweisen ebenso wie objektive technische Bedingungen. Wenn also hier von 'Risikofaktoren' gesprochen wird, so ist die ansonsten gängige Einengung dieses Begriffs auf persönliches Fehlverhalten als überwunden anzusehen.

Besonders erfolgreich ist dieses Verfahren der direkten Beteiligung bis jetzt in der Bekämpfung der sogenannten berufsbedingten Krankheiten. Diese sind zu unterscheiden von den Berufskrankheiten, bei denen anerkannt ist, daß ihre Entstehung kausal an gewisse Produktionsformen gebunden ist (Steinstaublunge, Asbestlunge u.ä.). Bei der grossen Gruppe der beruflich bedingten Krankheiten dagegen handelt es sich um solche, die zwar mit sehr hoher Wahr-

scheinlichkeit durch bestimmte einseitige berufliche Belastungen verursacht oder zumindest mitverursacht sind, wobei jedoch letzte Beweise für die Rückführbarkeit auf Faktoren des Arbeitsplatzes ausstehen (Bandscheibenschäden bei Bauarbeitern, Schulter-Arm-Syndrom bei Kassiererinnen u.a.) Es sind vor allem arbeits- und versicherungsrechtliche Gründe, die bis jetzt verhindern, arbeitsbedingte Erkrankungen den Berufskrankheiten gleichzustellen, wobei sich dieser von interessierter Seite vorgebrachte Widerstand auf das Argument stützt, daß diesen Erkrankungsformen unklare, in jedem Fall eben aber multifaktorielle Ursachen zuzuschreiben sind, was einer Übernahme des Risikos durch die Betriebe oder die Versicherungsträger entgegenstehe. (vgl. hierzu das Protokoll der Sitzung der Arbeitsgruppe 5 der IUGE - Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz -, 05. und 06. April 1982 in Köln)

Durch die in Italien praktizierte Methode der Kontrolle der Arbeitsbedingungen durch die Belegschaft sind Wege eröffnet, auch den Verursachungen dieser Gruppe von Erkrankungen frühzeitig auf die Spur zu kommen und sie zu beseitigen.

Die auf dem Arbeitssektor gemachten Erfahrungen sind inzwischen zur Ausgangsbasis einer Strategie geworden, von der nach Möglichkeit alle Teile der Bevölkerung erfaßt werden sollen. Dabei läßt sich die aus der Praxis der betrieblichen Gesundheitserziehung abstrahierte Methode wie folgt charakterisieren: sie besteht darin, "Gesundheitspersonal und Bevölkerungsgruppen miteinander in Verbindung zu bringen, die in enger Zusammenarbeit und durch ständigen Dialog den Versuch machen, die Risikofaktoren des Gemeinwesens herauszuarbeiten und in Richtung auf die Beseitigung dieser Faktoren sowie die Verbesserung der Gesundheit zusammenzuarbeiten." (MODOLO 1977, in: II, S. 105.)

Von dieser Idee geleitet sind inzwischen Gesundheitsbezirke eingerichtet worden, die Areale mit 15.000 bis 20.000 Einwohnern umfassen. Der staatliche Gesundheitsdienst ist hier durch Gesundheitsteams repräsentiert, zu denen praktische Ärzte, Kinderärzte, Gesundheitspflegerinnen, Krankenschwestern sowie Hebammen gehören. Diesen zugeordnet sind Beteiligungskomitees, die aus Mitgliedern bestehen, die von der Bevölkerung selbst gewählt und von den zuständigen Behörden ernannt werden. Auf diese Weise soll analog zu den in den Betrieben eingeführten Strukturen eine Zweiwegkommunikation hergestellt werden, die es ermöglicht, Probleme und Bedürfnisse der Allgemeinheit zuverlässig zu eruieren und zur Grundlage von Veränderungsbemühungen zu machen. In anderer Hinsicht scheint diese Organisationsform mehr als andere zu gewährleisten, daß die Empfehlungen der Gesundheitserziehung an der Basis tatsächlich gehört und verstanden werden.

Für die Ausbildung von Personal hat dieser Ansatz ebenfalls weitreichende Konsequenzen. Diese ist (sofern es sie überhaupt gibt) in den meisten Ländern der Region entweder stark auf die Vermittlung medizinischen Wissens konzentriert oder findet auf relativ abgehobener universitärer Ebene statt, sofern sie sich stärker über die Verhaltenswissenschaften definiert. Für die italienischen Verhältnisse gibt der Berichterstatter inzwischen folgendes Vorgehen als richtungsweisend an: "In Versuchen, die an Schulen für Krankenschwestern durchgeführt wurden, wurde nachgewiesen, daß das Ziel nur durch eine neue Ausbildungsmethodik erreicht werden kann, die den Studenten Gelegenheit gibt, mit den Problemen der Bevölkerung konfrontiert zu werden und die Fähigkeiten zu erwerben, die erforderlich sind, um mit den Betroffenen zu arbeiten. Gruppenarbeit, Problemanalyse, Beobachtungen und Feldforschung (häufig in Zusammenarbeit mit Bevölkerungsgruppen) sind die neuen

Ausbildungsinstrumente, die für die Gesundheitserziehung geeignet sind." (MODOLO 1980, in: III, S. 144)

Die Beispiele aus Jugoslawien und Italien zeigen, daß es möglich ist, Gesundheitserziehung als kooperativen Problemfindungs- und -lösungsprozeß zu organisieren, der die Adressaten nicht zu bloßen Konsumenten oder gar Befehlsempfänger degradiert, sondern a/ ihnen Verantwortung beiläßt, b/ ihnen das Recht zugesteht, selbst Forderungen zu stellen, c/ sie bezogen auf ihre Lebenswelt handlungskompetent macht.

Besonders die Verhältnisse in Italien belegen, daß öffentliche Gesundheitserziehung sehr wohl den engen Rahmen bloßer Informationsverbreitung, gekoppelt mit Sozialtechnologie, überschreiten kann in Richtung auf aufgeklärtes, solidarisches Handeln von Experten und Betroffenen als gemeinsame politische und nicht länger individualistische Praxis.

Vielleicht ist es innerhalb dieses erweiterten Reflektions- und Aktionsradius' endlich auch möglich, neben der Erhaltung der Gesundheit auch die Suche nach persönlichem Glück als zentrales Thema zu akzeptieren, dem die Frage nach körperlicher Unversehrtheit in der Werteskala der empirischen Menschen stets nachgeordnet ist, wie immer wieder, von den Gesundheitserziehern oft mit Bitterkeit, festgestellt werden kann.

5. Entwicklungsperspektiven und weitere Fragestellungen

Der Fortschritt der Medizin im besonderen und der zivilisatorische Fortschritt im allgemeinen haben bewirkt, daß die klassischen Seuchen, die 'Geiseln der Menschheit', in weiten Teilen der Erde ihren Schrecken verloren haben. Der Optimismus, der zur Blütezeit der neubegründeten Medizin als Naturwissenschaft darüber aufkam und der die Phantasie realistisch erscheinen ließ, das Phänomen der Krankheit schließlich zur Gänze eliminieren zu können, ist längst enttäuscht. Die seit dem 19. Jahrhundert immer schneller vonstatten gehende Veränderung der Produktions- und Lebensverhältnisse schafft, während die einen Probleme gelöst werden, dauernd neue. Lebenserwartung und Gesundheitszustand der Bevölkerung der europäischen Industrienationen steigen nicht länger, pegeln sich an neuen Grenzwerten ein. Was heute für die sogenannten entwickelten Ländern gilt, wird morgen für die übrigen gelten, wenn nicht qualitative Veränderungen erreicht werden. Worin diese bestehen könnten, ist heute erst in Umrissen deutlich.

Der Gesundheitssektor steht vor der doppelten Schwierigkeit, einerseits mit immer neuen Krankheitsbildern (z.B. alldem was heute mit dem Begriff 'Zivilisationskrankheiten' bezeichnet wird) konfrontiert zu sein mit zunehmend komplexer werdenden Genesen, andererseits selbst beim Vorliegen bekannter Genesen kaum noch soziale und individuelle Veränderungen bewirken zu können, die die weitere Verbreitung der Krankheiten effektiv verhindern könnten. Die Diffusion relevanter Informationen ist immer ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitserziehung gewesen und wird es auch bleiben, - keine vernünftige Aktion ohne gesicherte Information-, doch sind die Zeiten längst vorbei, in denen dies genügte.

Augenscheinlich ist es so, daß sich Individuen trotz besseren Wissens freiwillig oder unfreiwillig so verhalten, daß sie dabei vermeidbaren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt werden. Sicher ist aber auch, daß mit fortschreitender technischer, ökonomischer und politischer Entwicklung immer neue Risiken mitentstehen, denen der einzelne hilflos gegenüberzustehen scheint. Sich auf dem Hintergrund dieser Erkenntnis auf die Formulierung von gesundheitsfördernden individuellen Verhaltensweisen und deren Proklamierung zu beschränken, wäre kurzsichtig, den Einzelwesen gar eine Alleinschuld anzulasten, sie womöglich mit Strafen zu belegen, wäre ein Akt reiner Willkür. So betrachtet kann die verbreitete Aufstellung von Risikofaktorenmodellen des subjektiven Verhaltens nur als analytischer Zwischenschritt angesehen werden, der der ergänzenden Konstruktion von Risikofaktorenmodellen der je unterschiedlichen Lebensräume dringend bedarf.

Wenn die Gesundheitserziehung ein qualitativ höheres Niveau erreichen soll, dann kann dies nur geschehen, in dem die modalen Lebenszusammenhänge von Bevölkerungsgruppen, in denen sich Verhaltensweisen, Neigungen, Denkgewohnheiten etc. ja erst bilden, zur empirischen Ausgangsbasis von Analysen und zum Ziel von Interventionen gemacht werden. Wie dies geschehen kann, hängt von den jeweiligen Bedingungen ab. Das Beispiel der neuesten Programme der BZgA ist nur eine unter anderen denkbaren Möglichkeiten. Das Entwerfen von Modellfällen mit alternativen Lösungsangeboten oder offenen Lösungen ist natürlich dort sinnvoll, wo die Möglichkeit der Verbreitung über entsprechende Medien, hier über das nationale Fernsehnetz, gegeben ist. Unter anderen technischen, politischen und sozialen Voraussetzungen wird man nach anderen Wegen suchen müssen, die etwa die interpersonelle Kommunikation stärker in den Vordergrund treten lassen.

Dabei ist es von äußerster Wichtigkeit, nicht bei der Erteilung noch so gut fundierter Ratschläge stehen zu bleiben, sondern, wo immer sich Chancen dazu bieten, die Betroffenen selbst in den Problemlösungsprozeß einzubeziehen, sie nicht nur zu belehren, sondern sie perspektivisch darin zu unterstützen, selbständig zu handeln. Dies gilt prinzipiell für alle Bereiche und für Probleme auf allen Ebenen, auch auf solchen, die heute noch für die Beeinflussung durch die einzelnen Bürger als unerreichbar gelten mögen. Das aufgeklärte Selbstinteresse und die Perspektive der Veränderung sind es, die aus passiv Betroffenen wirkliche Subjekte ihrer Lebensbedingungen und sie damit zu Partnern der Gesundheitserzieher machen können, wie an einzelnen Beispielen gezeigt werden konnte. Die Gesundheitserzieher sollten für die Bürger tun, was nötig ist, sie sollten mit den Bürgern tun, was möglich ist.

Die hier referierten hypostasierten Veränderungen in der Orientierung der Gesundheitserziehung sind tiefgreifend und werden, wenn man sie verallgemeinern will, in der Realität oft auf erhebliche Widerstände stoßen. Trotzdem müssen die erkennbar gewordenen Wege beschritten werden, will die Gesundheitserziehung aus ihrer ihr zugewachsenen Position des modernen Sisyphos herauskommen. In Anbetracht der hinter der immer weiter fortschreitenden wirtschaftlichen Entwicklung immer weiter zurückbleibenden Qualitäten des individuellen Daseins ist dies von hochrangiger Bedeutung.

Innerhalb dieser notwendigen Bestrebungen bilden die drei Berichtbände "Gesundheitserziehung in Europa" einen wichtigen Beitrag zur Erhebung grundlegender Informationen über den Ist-Zustand in den einzelnen Ländern. Es erscheint deshalb prinzipiell sinnvoll und angezeigt, die Reihe fortzusetzen.

Allerdings ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, die ursprünglich gewählte Herangehensweise neu zu überdenken. Inzwischen haben die Berichte an Umfang und Detailfülle erheblich zugenommen. Einerseits bedeutet dies eine willkommene Bereicherung, andererseits bewirkt die ausufernde Aufreihung von Einzeldaten, daß es ab Erreichen eines gewissen Grades schwierig wird, die dem Empirischen zugrundeliegenden Intentionen und Entwicklungen noch deutlich ausmachen zu können.

Es wird deshalb empfohlen, zumindest die nächste Ausgabe thematisch auf die Dokumentation solcher Ansätze in der europäischen Gesundheitserziehung zu zentrieren, in denen der Zusammenhang zwischen Lebensweisen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen adäquat mitreflektiert wird.

Das Verlangen hiernach stützt sich sowohl auf die Untersuchung, deren Ergebnisse hier vorgelegt sind, als auch auf die politische Gewichtung die die WHO diesem Punkt zumißt und die etwa im 'Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen' (EUR/RC 31/10 vom 13.7.1981) in aller Breite niedergelegt ist.

Methodisch sollte dabei wie folgt vorgegangen werden. Es sollten nicht mehr wie bisher lediglich Berichte aus den Ländern eingeholt und weitergereicht werden, was eine zu große Heterogenität und Zufälligkeit in der Auswahl der Beispiele und in der Art ihrer Darstellung zur Folge hätte. Stattdessen sollte ein mit Experten besetztes Redaktionsteam die Sammlung, Auswahl und Aufbereitung von Projekten und Programmen mit Modellcharakter besorgen.

Bei der Suche nach exemplarischen Aktivitäten sollten verschiedene Schwerpunkte berücksichtigt werden:

- zentrale und dezentrale Ansätze (etwa staatlich veranlaßte oder lokal organisierte),

- Kooperationen zwischen professionellen und Laiensystemen,
- Unterschiede unter den vorfindlichen Ökoregionen (etwa Stadt/Land, agrarischen und industriellen Gebieten usw.),
- intersektorale Kooperationen (z.B. zwischen Gesundheitswesen und Stadtplanung o.ä.).

Nach dem Dafürhalten vieler sachverständiger Beobachter befindet sich die Gesundheitserziehung in einem Stadium des Umbruchs, in dem Gesundheit zunehmend als umfassender sozialer Prozeß erscheint, der den vielfältigsten ökonomischen, ökologischen und politischen Einflüssen unterliegt. Um die unter diesem Aspekt gesammelten planerischen und empirischen Ansätze und Beispiele aus dem europäischen Raum der Fachöffentlichkeit in angemessener Form und zur rechten Zeit zugänglich machen zu können empfiehlt es sich, die Herausgabe der 4. Ausgabe von "Gesundheitserziehung in Europa" so zu terminieren, daß sie spätestens auf der XII. Internationalen Konferenz über Gesundheitserziehung 1985 in Dublin zur Vorlage gelangen kann, wodurch ein wichtiger Beitrag zur Fundierung der anstehenden Diskussion über die gegenwärtigen Orientierungsrichtungen der Gesundheitserziehung im sozialen Raum geleistet wäre.

Literaturverzeichnis:

- BARIC, Leo "Gehen wir von den richtigen Voraussetzungen aus?",
BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE
AUFKLÄRUNG (Hg.) a.a.O., 1979, S. 21-44
- BARIC, Leo "Formelle Gesundheitserziehung und die Prävention koronarer Herzkrankheiten",
Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 1,
Köln 1980, S. 31-184
- BUNDESZENTRALE FÜR
GESUNDHEITLICHE
AUFKLÄRUNG (Hg.) "Gesundheitserziehung in Europa. Organisationsformen, Aktivitäten, Forschungsprojekte, berufliche Ausbildung, Pläne für die Zukunft",
Köln 1973, aktualisierte Ausgabe
Köln 1977
- BUNDESZENTRALE FÜR
GESUNDHEITLICHE
AUFKLÄRUNG (Hg.) "Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung. Viertes Internationales Seminar für Gesundheitserziehung",
Heidelberg, 07.-11. Nov. 1977, Köln 1979
- DUHR, Emile "Die WGO und die Gesundheitserziehung: Einige spezifische politische Entscheidungen",
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, a.a.O., 1979, S. 3-11
- FRANKE, Manfred "Erwartungen an die Gesundheitserziehung",
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, a.a.O., 1979, S. 14-20

- FRANZKOWIAK, Peter/
WENZEL, Eberhard "Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für Gesundheitserziehung, -Forschung und -Politik",
Manuskript (Juni 1982)
- INTERNATIONALE UNION
FÜR GESUNDHEITSER-
ZIEHUNG (Hg.) "Gesundheitserziehung in Europa. Organisationsformen, Aktivitäten, Forschungsprojekte, Berufliche Ausbildung, Pläne für die Zukunft",
Genf 1980
- INTERNATIONALE UNION
FÜR GESUNDHEITSER-
ZIEHUNG, Arbeits-
gruppe 5, Gesund-
heitserziehung am
Arbeitsplatz "Gesundheitserziehung zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen",
Köln, 05./06. April 1982,
Protokoll und Anlage
- KICKBUSCH, Ilona "Laiensystem und Krankheit, Konzepte und Befunde aus den USA und Großbritannien",
Sonderdruck aus: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 4 Heft 1 (1979),
S. 2-8
- KICKBUSCH, Ilona "Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung",
Internationales Journal für Gesundheitserziehung, Supplement für Vol. XXIV, 4 (1981)
- KICKBUSCH, Ilona "Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation",
Vortragsmanuskript, (Januar 1982)

- KICKBUSCH, Ilona/
WENZEL, Eberhard "Risikoverhalten - die alltägliche Gesundheitsbewegung",
forum für Medizin und Gesundheitspolitik, Nr. 17 (Juli 1981), S. 31-39
- KRAPPMANN, Lothar "Soziologische Dimensionen der Identität",
Stuttgart 1969
- KUHN, Thmoas, S., "Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen"
Frankfurt/M. 1967
- LEVIN, Lowell "Selbsthilfe: zum Zwecke grundlegender Veränderungen in nationalen Strategien",
Internationales Journal für Gesundheits-
erziehung, 4 (1981), S. 236-246
- STEIN, Hans "Probleme innovativer Prozesse in der Gesundheitspolitik, ihre Auswirkungen auf Ziele, Inhalte und Organisationsformen der Gesundheitserziehung am Beispiel der föderalistischen und pluralistischen Struktur der Bundesrepublik Deutschland",
Vortrag, gehalten auf dem VI. Internationalen Seminar für Gesundheitserziehung 'Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung: Prozesse und Strukturen'.
Bergneustadt 22.-26.06.1982
- TOMIC, Bratislaw "Jugoslawien: die personale Kommunikation in ihrer besten Form",
Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung. Viertes Internationales Seminar für Gesundheitserziehung, Heidelberg 07.-11. Nov. 1977, Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1979
- TONES, B.K. Summary of "A philosophy of health education in industrialized Societies",
in: WHO (ed.), 'Principles and Methods of Health Education, a.a.O.

- VAN PARIJS, Luc "Überlegungen zum medizinischen Modell der Gesundheitserziehung und ihren Zielen", Internationales Journal für Gesundheitserziehung 4 (1980), S. 224-236
- VUORI, Hannu "Das medizinische Modell und die Ziele der Gesundheitserziehung", Internationales Journal für Gesundheits-erziehung 1 (1980), S. 11-19 und 25
- WHO (ed.) "Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978", Geneva, 1978
- WHO (ed.) "Principles and Methods of Health Education. Report on a WHO Working Group, Dresden 24-28 October 1977", Copenhagen, 1979
- WILKENING, Werner "Lebenszusammenhänge: zur begrifflichen Rekonstruktion der Einheit gesellschaftlicher Realität", Internationales Journal für Gesundheits-erziehung 1 (1981), S. 13-25