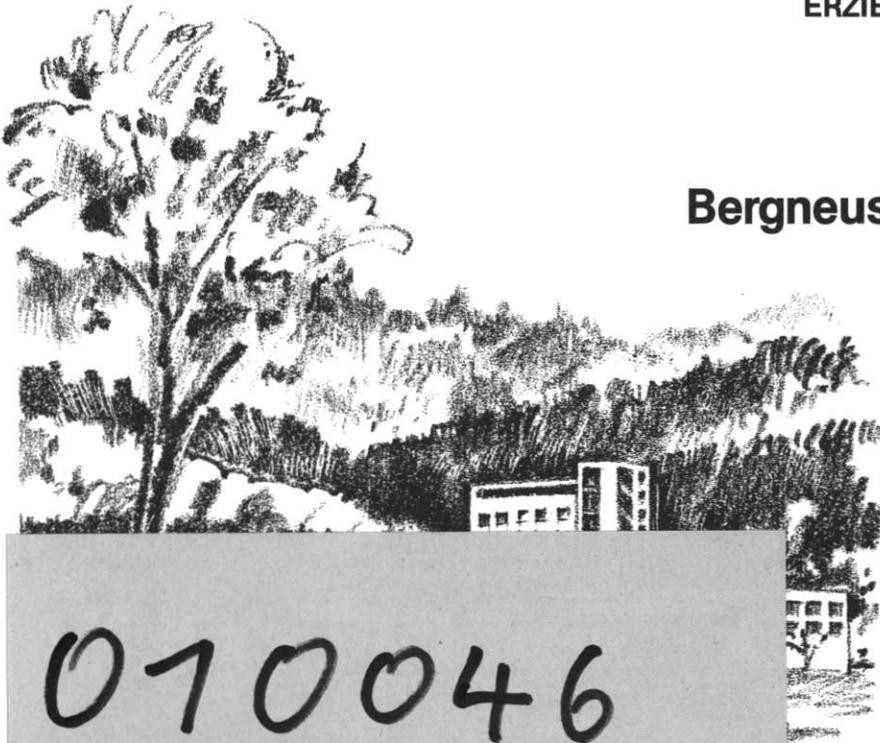


# Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung

## ■ Prozesse und Strukturen

SECHSTES INTERNATIONALES  
SEMINAR FÜR  
GESUNDHEITS-  
ERZIEHUNG

Bergneustadt



070046

**Entwicklung einer Politik  
der Gesundheitserziehung**  
■ *Prozesse und Strukturen*

ARCHIVEXEMPLAR

**Reg.-No. 10046**

Reg.-Nr.: (1.6.2)

---

**Entwicklung einer Politik  
der Gesundheitserziehung**  
■ *Prozesse und Strukturen*



**Sechstes Internationales Seminar  
für Gesundheitserziehung**

Bergneustadt, 22-26. Juni 1981

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN

VERANSTALTER:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
IM AUFTRAG:	des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit
IN ZUSAMMENARBEIT MIT:	dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation Kopenhagen, Dänemark  der Kommission der europäischen Gemeinschaften Direktion Gesundheit und Sicherheit Luxemburg  der Friedrich-Ebert-Stiftung Heimvolkshochschule Bergneustadt
BERATER:	Françoise Buhl Ute Canaris Evert Dekker Jan Halm H.-A. Hüsgen Hans Stein Barbara Westhoff
VORBEREITUNG UND LEITUNG DES SEMINARS:	Rosmarie Erben Referentin für Auslandsbeziehungen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BERICHTERSTATTER:	Annette Kaplun Redaktion des <i>Internationalen Journals für Gesundheitserziehung</i>
SEMINARSPRACHEN:	Deutsch, Englisch, Französisch
TAGUNGSORT:	Friedrich-Ebert-Stiftung Heimvolkshochschule Bergneustadt
SEMINARBERICHT:	<i>Redaktion:</i> Annette Kaplun (IUGE) Rosmarie Erben (BZgA)

© 1983 — Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln  
Bundesrepublik Deutschland  
ISBN - 92.9051.4218

## Vorwort

Ich freue mich, Sie zu Beginn des 6. Internationalen Seminars der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begrüßen zu können. Dieses internationale Zusammentreffen von Experten der Gesundheitserziehung und Gesundheitspolitik aus ganz Europa gründet auf einer langjährigen intensiven Zusammenarbeit zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Regionalbüro für Europa der WGO, die 1976 auf eine vertragliche Grundlage gestellt wurde.

In diesem Jahr ist durch die Kommission der Europäischen Gemeinschaften ein dritter Träger dieser wichtigen Veranstaltung hinzugekommen. Ich freue mich ganz besonders über das wachsende Interesse der Europäischen Gemeinschaft auf dem Felde präventiver Gesundheitspolitik.

Schließlich hat eine politische Stiftung in der Bundesrepublik, die für ihre internationalen gesellschaftspolitischen Aktivitäten über die Grenzen unseres Landes bekannt ist, ihre Kapazitäten zur Verfügung gestellt, damit das Seminar auch angesichts knapper gewordener Finanzmittel zustande kommen konnte. Ich danke der Friedrich-Ebert-Stiftung für ihre Kooperation ganz besonders herzlich und bin sicher, daß Sie sich in dieser Woche bei Ihren Beratungen in diesem schönen Haus und seiner Umgebung wohl fühlen werden.

Das Zusammenwirken einer Reihe von nationalen und internationalen Organisationen und Institutionen in diesem Seminar markiert seine Bedeutung für die internationalen politischen Diskussionen über Gesundheitserziehung, präventive Gesundheitspolitik und gesundheitliche Primärversorgung, die zur Zeit überall verstärkt geführt werden. Noch in diesem Jahr werden sie eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsministerkonferenz des Europarates in Spanien und bei der 31. Sitzung des WGO-Regionalkomitees in der DDR spielen. Als Gesundheitsminister der Bundesrepublik erhoffe ich mir von Ihren Beratungen wichtige Anregungen und Hinweise, nicht nur für die gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik, sondern auch für die Vorbereitung dieser internationalen Konferenzen.

Das 6. Internationale Seminar steht unter dem Titel: «Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung: Prozesse und Strukturen». Dies ist sicher nicht so zu verstehen, als ob in diesen Tagen eine eigenständige Politik für Gesundheitserziehung ent-

wickelt werden könnte oder sollte. Vielmehr geht es darum — und hierin sehe ich zusammen mit ihnen das Problem — den Stellenwert der Gesundheitserziehung im Rahmen einer umfassenden Gesundheitspolitik zu bestimmen und daran strukturelle und organisatorische Überlegungen anzuknüpfen. Denn *nur* im Zusammenwirken einer präventiven Gesundheitspolitik mit ihren Hauptkomponenten Gesundheitserziehung, -beratung, Früherkennung, Gesundheitsschutz und einer Gesellschaftspolitik, die die Bedingungen der Arbeitswelt, der Umwelt, der Wohn- und Familienverhältnisse zum Gegenstand hat, kann Gesundheitspolitik ihre vordringliche Aufgabe, die Erhaltung von Gesundheit, erfüllen.

### **Die sozialen Determinanten von Gesundheit**

Die erfolgreiche Bekämpfung vieler Infektionskrankheiten hat zu dem vielzitierten Panoramawechsel der Krankheiten geführt, teilweise ein Verdienst der Medizin, aber auch eine Folge des Wohlstandes und der Hygiene. An die Stelle der Epidemien des vorigen Jahrhunderts, wie Cholera, Fleckfieber und Pocken, deren Bekämpfung zum Teil in den Entwicklungsländern noch eine Rolle spielt, sind Zivilisationskrankheiten wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs, Leber- und Zuckerkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane sowie Straßenverkehrsunfälle getreten, um nur die an erster Stelle in der Todesursachenstatistik stehenden Krankheiten zu nennen. 1975 hatten diese Krankheiten bereits einen Anteil von 85% an den Todesursachen. Sicher gibt es dafür eine Reihe von Erklärungen — veränderter Altersaufbau der Bevölkerung, Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, genetische Faktoren — entscheidend aber dürfte der zunehmende Einfluß gesundheitsschädigender Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sein. Diese Krankheiten sind daher kaum noch als «schicksalhaft» zu bezeichnen, sondern vielmehr als «verschuldet», mal von der Gesellschaft, mal vom einzelnen, mal von beiden zusammen.

Eine sich als Gesellschaftspolitik verstehende Gesundheitspolitik kann sich daher schon von ihrem Anspruch her nicht auf Behandlung von Krankheitssymptomen beschränken, sondern muß bei den Ursachen ansetzen, bei Ursachen, die im wesentlichen auch gesellschaftlich bestimmt sind. Hier mag der Arzt, auch der Sozialmediziner, am Ende seiner Möglichkeiten angelangt sein, die Gesundheitspolitik als Gesellschaftspolitik darf es nicht. Ihre Ziele müssen es sein, die Bedingungen für das Entstehen von Krankheiten zu erkennen, zu mindern und zu beseitigen. Darüber hinaus muß sie versuchen, eine Veränderung gesundheitsschädigender Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen zu erreichen.

Daß Vorbeugen nicht nur besser, sondern auch humaner ist als Heilen, ist keine sonderlich neue, aber dennoch richtige Erkenntnis. Der Gedanke, daß sie langfristig auch billiger ist, muß sich erst noch durchsetzen. Eine Schwierigkeit dabei ist, daß diese Erkenntnis noch nicht überzeugend genug durch Zahlen belegt werden kann, eine andere, daß Politiker gern kurzfristige Erfolge anstreben und nicht immer bereit sind, heute viel Geld für Früchte anzulegen, die erst später geerntet werden können. Hinzu kommt, daß der vorhandene materielle und finanzielle Bewegungsspielraum enger geworden ist. In einer solchen Situation besteht nur wenig Neigung, mehr Geld für präventive Maßnahmen auszugeben, deren humanitärer Nutzen zwar unbestritten ist, deren volkswirtschaftlicher Erfolg mangels geeigneter Beurteilungsgrößen und auch wegen des mit Zahlen nicht meßbaren humanitären Charakters kaum in Mark und Pfennig zu berechnen ist. Dies führt zu einem nur schwer zu durchbrechenden Teufelskreis: da für den Gesundheitsschutz keine Mittel zur Verfügung gestellt werden, gibt es immer mehr Zivilisationskrankheiten, de-

ren Heilung wiederum immer aufwendigere Behandlungen erforderlich macht, die ihrerseits wieder die Mittel beanspruchen, die für gezielte präventive Maßnahmen eingesetzt werden müßten.

### **Eigenverantwortung für die Gesundheit: eine realistische Sicht**

Die gerade in Verbindung mit der Kostendiskussion anzutreffende Haltung, die Schuld am Entstehen von Zivilisationskrankheiten ausschließlich zu individualisieren, allein an den einzelnen die Erwartung zu richten, er möge sich — unterstützt durch Aufklärung, Beratung und Information — gesundheitsgerecht verhalten, seine Lebensgewohnheiten ändern, ist zur Erfolglosigkeit verurteilt. Man darf nicht der Gefahr erliegen, bei der gegenwärtigen «Präventionspolitik» sich nur auf die individuellen Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Arzneimittelmißbrauch, Bewegungsarmut etc. zu konzentrieren und dabei die krankheitsverursachenden Lebens- und Umweltbedingungen zu sehr zu vernachlässigen, sowohl als unmittelbare Ursache für Krankheiten als auch als Ursache für gesundheitsschädliches Verhalten. Das traditionelle Verständnis der Präventivmedizin wahrt sich eher die Grenzen des Gesundheitswesens, letztlich geht es aber am Kern des Problems vorbei, indem die Verantwortung einseitig dem einzelnen aufgebürdet wird.

Dies bedeutet nicht, daß man auf Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung verzichten könnte, sondern vielmehr, daß man ihr den richtigen Stellenwert zuordnet und nicht Erfolge erwartet, die sie nicht leisten kann.

Trotz der Vielfalt aufklärender und gesundheitserzieherischer Bemühungen, trotz der bei Befragungen immer wieder festzustellenden Bewertung der Gesundheit als höchstes Gut, ist die Bereitschaft zu gesundheitsförderndem Verhalten gering. Im Gegenteil, Verhaltensweisen, die die Gesundheit direkt oder indirekt schädigen, sind weit verbreitet. Nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung leben rund 75% der Bevölkerung der Bundesrepublik gesundheitsgefährdend. Dieses Mißverhältnis zwischen der Wertschätzung der Gesundheit als höchstem Gut und ungesunden Lebensweisen läßt sich durch Gesetze und Verordnungen, durch Bonus- oder Malusregelung nicht aufheben. Hier müssen gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, bei allen Grenzen, die ihnen gesetzt sind, Wissen vermitteln und die Folgen gesundheitlichen Fehlverhaltens deutlich machen; sie können dazu beitragen, durch Schaffung positiver oder negativer Leitbilder Verhaltensveränderungen zu bewirken. Jedoch müssen wir uns bewußt sein, daß die Beeinflussung menschlicher Verhaltensweisen, insbesondere im Erwachsenenalter, äußerst schwierig ist. Ihr stehen nicht nur überkommene Verhaltensweisen und von der Werbung geschickt lancierte Leitbilder entgegen, sondern sehr häufig die ökonomischen, psychischen und gesellschaftlichen Umwelteinflüsse, die das Vermögen des einzelnen, sich dagegen zur Wehr zu setzen, oft übersteigen. Es ist indessen eine Tatsache, daß kollektiver Gesundheitsschutz der Ergänzung durch das gesundheitsbewußte, selbstverantwortliche Verhalten des einzelnen bedarf.

### **Ein multisektorieller Ansatz für die Gesundheit wird dringend benötigt**

Wenn Gesundheitspolitiker und Praktiker diese gesellschaftlichen Bedingungsfelder für den Erfolg ihres Handelns nicht berücksichtigen, erfüllen sie ihre gesellschaftliche Aufgabe nur unvollständig. Solange die verschiedenen Politikfelder keine gemeinsamen Handlungsmodelle entwickeln und erproben, sondern in weitgehender

Isolierung arbeiten, solange wird einer präventiven Gesundheitspolitik kein durchschlagender Erfolg beschieden sein.

In den Vorbereitungspapieren zum Seminar haben die Veranstalter auf diesen Zusammenhang aus der Sicht der Gesundheitserziehung deutlich hingewiesen, wenn sie sagen, daß politische Entscheidungen auf anderen Gebieten Konsequenzen für die Gesundheitserziehung haben, Gesundheitserziehung andererseits Aktivitäten auf anderen Gebieten beeinflusst. Damit sind nicht nur finanzpolitische Entscheidungen gemeint, obwohl sie gewisses Gewicht haben, sondern auch Maßnahmen, die Arbeitsbedingungen verbessern sollen, die es z.B. den Arbeitnehmern ermöglichen, unter weniger gesundheitsbelastendem Streß zu leben.

In dieser Situation kann Gesundheitserziehung und -aufklärung auf fruchtbareren Boden fallen. Denn Gesundheitserziehung, die nur mit moralischen Appellen arbeitet und die reale Lebenssituation sowie die Handlungsmöglichkeiten des einzelnen außer acht läßt, setzt zu spät und nicht an den Interessen der Betroffenen an und wird daher erfolglos bleiben. Ein Zusammenwirken ist daher dringend vonnöten.

Andererseits hat die Gesundheitserziehung heute schon einen festen Platz im Gesundheitsversorgungssystem. Insbesondere ist sie auch wichtig für die Fortbildung vieler Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe, berührt also andere Politikbereiche. Gerade hier darf sie auch künftig nicht eingeschränkt werden, da sie im Gesamterziehungs- und -bildungsprozeß des Menschen eine wichtige und stabile Rolle spielen kann und muß, die sich langfristig positiv auf seine Gesundheitschancen auswirken kann.

Es wird also künftig vor allem darauf ankommen, im Rahmen einer Gesamtstrategie präventiver Gesundheitspolitik mehr Kooperation und Koordination zwischen den beteiligten Politikbereichen in Gang zu setzen, um Gesundheitserziehung effektiver zu machen. Denn vom Standpunkt der Gesundheitserzieher und der mit ihnen zusammenarbeitenden Wissenschaftler ist inzwischen die eigene Bestimmung der Ziele und Aufgaben nicht mehr das Hauptproblem, sondern ihre Vermittlung, Einbringung und Umsetzung in konkrete, im Schnittpunkt mehrerer Politikbereiche liegende Handlungsfelder. Dabei müssen vor allem folgende Probleme gesehen werden, die fast typisch sind für innovative gesellschaftliche Aufgaben, die sich nicht eindeutig, nach Kompetenzbereichen ausgrenzbaren Politik- und Verantwortungsbereichen, zuordnen lassen:

*1. Innovationshindernisse:* dazu gehören nicht nur gewachsene Strukturen, die gesundheitserzieherische Tätigkeiten nicht vorsehen oder sich ihnen gegenüber sperren, sondern auch fehlende Ressourcen für innovative Aufgaben sowie die mangelnde Fähigkeit, vorhandene Ressourcen umzuschichten. Tradition, verkrustete und bürokratisierte Strukturen, aber auch mangelnde Qualifikationen sind die Hauptursachen für Hindernisse gegenüber Innovationen.

*2. Fehlende Koordination und Kooperation:* dies ist zu einem erheblichen Teil auf fehlende gemeinsame Konzepte zwischen den Arbeitsfeldern der Gesundheitspolitik, Sozial-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Familienpolitik zurückzuführen. In der Bundesrepublik gibt es erst zaghafte Ansätze für organisatorische Zusammenschlüsse auf Gemeindeebene, in denen das Gesundheitsamt, die Schulen, die Volkshochschulen, die Krankenkassen, das Jugendamt, die Kirchen, die Familienverbände im Sinne einer gesundheitlichen und sozialen Prävention zusammenarbeiten.

*3. Sich widersprechende Interessen:* hier muß es unser Ziel sein zu versuchen, unser noch vorwiegend kurativ ausgerichtetes Gesundheitsversorgungssystem allmählich

mit mehr präventiven Aufgaben auszustatten, die dann nicht mehr nur Domäne einer oder mehrerer medizinischer Berufsgruppen sein werden.

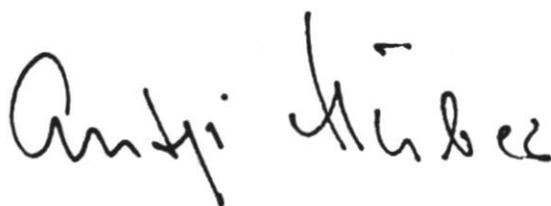
Das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik wären überfordert, wollte man allein von ihnen und außerdem noch kurzfristig die Verwirklichung der von mir genannten Ziele erwarten. Gesundheitsschutz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in allen relevanten Politikbereichen ihren Eingang finden muß. Angesichts des Fehlens einer besonderen, diesen Bereichen übergeordneten Instanz mit entsprechender Zuständigkeit muß die Gesundheitspolitik sich dieser Aufgabe mit Vorrang annehmen. Sie kann sich nicht damit herausreden, daß die gegenwärtigen Systeme der Gesundheitsversorgung dafür nicht zugeschnitten und nicht ausreichend mit Kompetenzen versehen seien. Dies mag zwar gegenwärtig so sein, aber die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens darf sich nicht auf medizinische Versorgung beschränken. Wir müssen nach neuen organisatorischen und strukturellen Wegen für unsere Arbeit suchen.

Kooperation und Koordination auf allen Ebenen sowie Verbesserung der personellen, organisatorischen und finanziellen Ausstattung, zumindest durch Umschichtung vorhandener Mittel, für alle Bereiche gesundheitlicher Prävention, werden daher die Schlüsselbegriffe für dieses Seminar sein. Sie prägen auch die Diskussion der Gesundheitsminister der Länder der Bundesrepublik über die weitere Verbesserung der Gesundheitserziehung in den letzten Jahren.

Nachdem Gesundheitserziehung sich lange Zeit in unserem Lande naturwüchsig im öffentlichen und privaten Bereich entwickelt hat, ist nunmehr eine Phase der Reflexion über ihre strukturellen Bedingungen und organisatorischen Möglichkeiten im Hinblick auf ihre Effizienz angebracht.

Wenn dieses Seminar dazu beitragen kann, gerade diese Probleme und die politischen Ansätze zu ihrer Lösung zu diskutieren, auch und gerade im internationalen Vergleich, könnte die Gesundheitspolitik über Vorschläge und Angebote verfügen, Innovationen und Handlungsräume in einem exemplarischen Feld präventiver Gesundheitspolitik zu sichern, die aufgrund ihrer kooperativen Strukturen auch andere Felder präventiver Gesundheits- und Sozialpolitik mitbeeinflussen könnten.

In diesem Sinne wünsche ich dem 6. Internationalen Seminar viel Erfolg.



Antje HUBER  
Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

## Geleitwort

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation unterstützte das VI. Internationale Seminar für Gesundheitserziehung aufgrund seines wichtigen Beitrages, den es für die Gesundheitserziehung leistete. Wenn der Herausforderung «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» begegnet werden soll, müssen unsere Mitgliedsstaaten ihre augenblicklichen Strukturen und Verfahrensweisen neu bewerten. Das Seminar kam diesem Bedürfnis zuvor und konnte auf diese Weise wertvolle und nützliche Orientierungshilfen und Anregungen geben.

Die Art und Weise, in der das Seminar vorbereitet und durchgeführt wurde, einschließlich der Einladung nationaler politischer Entscheidungsträger, der Präsentation von Fallstudien sowie des Einsatzes von Planspielen, war eindrucksvoll und innovativ. Dieser Bericht wird daher nicht nur für jene von Nutzen sein, die mit der Gesundheitserziehung direkt beschäftigt sind, sondern auch für diejenigen, die auf nationaler und lokaler Ebene gesundheitspolitische Entscheidungen in all jenen Bereichen treffen, die einen direkten oder indirekten Bezug zur Gesundheit haben.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln kann auf lange Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation zurückblicken, und ich möchte hiermit all jenen danken, die zum Gelingen dieses wichtigen Seminars ihren Beitrag geleistet haben.



Dr Leo A. KAPRIO  
Regionaldirektor  
Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation

## Einleitung

Das von der Weltgesundheitsorganisation gesetzte Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» stellt in mehr als nur einer Hinsicht eine Herausforderung dar. Wir müssen unter anderem den Mut haben, zahlreiche Konzepte, Prozesse und Strukturen, die wir als «grundlegend» akzeptiert hatten, kritisch zu überprüfen, ihre Gültigkeit im gegenwärtigen sozialen Kontext in Frage zu stellen und einen neuen Ansatz für die Lösung wirtschaftlicher und ethischer Probleme zu entwickeln, denen sich Gesundheit und Gesundheitserziehung gegenübersehen.

Die Realisierung dieser Ziele erfordert komplexe Maßnahmen im Hinblick auf die Durchführung einer den von Regierungen zu verantwortenden Gesundheits- und Sozialpolitik. Diese Politik wird wiederum die Gesundheitserziehung beeinflussen. Zur Festlegung realistischer Ziele für die Gesundheitserziehung ist die Kenntnis der sich aus staatlicher Politik oder strukturellen Faktoren ableitenden Rahmenbedingungen erforderlich, die fördernd oder hemmend auf den gesundheitserzieherischen Prozeß einwirken.

Aufgrund dieser dringenden Notwendigkeit sowie auf der Basis der Ergebnisse des IV. Internationalen Seminars für Gesundheitserziehung, das die fördernden oder hindernden Faktoren im Kommunikationsprozeß untersuchte, sah sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranlaßt, ihr VI. Internationales Seminar zum Thema «Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung — Prozesse und Strukturen» durchzuführen. Ziel des Seminars war es, einige der grundlegenden Probleme, mit denen sich die Gesundheitserziehung konfrontiert sieht, zu erforschen und sich über den strukturellen Hintergrund für gesundheitserzieherische Interventionen klar zu werden.

Nach Beratungen mit den beteiligten Organisationen — dem WGO-Regionalbüro für Europa, der Kommission der Europäischen Gemeinschaft und der Internationalen Union für Gesundheitserziehung sowie der Seminar-Beratergruppe, der Experten aus Frankreich, den Niederlanden und dem Gastland angehörten, kam man überein:

- a) politische Entscheidungsträger aus den verschiedenen Ländern, die sich mit grundlegenden Fragen der Gesundheit, der Infrastruktur und Planung befassen, sowie führende Fachleute aus dem Bereich der Gesundheitserziehung einzuladen;
- b) die Teilnehmer zu bitten, Fallbeispiele vor Seminarbeginn einzusenden, und zwar zu Problemen von aktuellem Interesse, die dann den Teilnehmern für ihre Kommentare und Vorschläge unterbreitet werden und auf die sich die betroffenen Länder bei ihrer Suche nach effektiven Lösungen berufen können;
- c) einen unterschiedlichen Ansatz für die Analyse der festgestellten Probleme zu benutzen und zu diesem Zweck alle Teilnehmer in ein Planspiel mit einem Szenario einzubeziehen, das einer von einem Teilnehmerland beschriebenen Problemsituation entnommen und vom Lenkungsausschuß des Seminars ausgewählt wurde.

Es war unsere Absicht, durch Analyse und Diskussion deutlich werden zu lassen, wie wichtig es ist, bei der Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung die folgenden entscheidenden Faktoren zu berücksichtigen:

- politische Entscheidungen auf anderen Gebieten haben Konsequenzen für die Gesundheitserziehung;
- dagegen beeinflußt die Gesundheitserziehung ihrerseits die Planung und Entwicklung von Aktivitäten auf anderen Gebieten;
- die Erreichung der Ziele in der Gesundheitserziehung erfordert eine Kooperation auf «horizontaler» sowie auf «vertikaler» Ebene, d.h.
  - a) Kooperation mit Personen aus verschiedenen Sektoren und
  - b) Kooperation mit Personen, die auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen — auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene — tätig sind.

Dabei sollten Antworten auf Fragen gefunden werden wie:

- Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden?
- Welche Gruppen und Organisationen sollten angesprochen werden?
- Welche Mittel und Strukturen werden benötigt?
- Wie können diese Mittel und Strukturen bereitgestellt werden?
- Wie kann die Unterstützung der betroffenen Gruppen gewonnen werden?
- In welcher Weise wird das Vorgehen durch Einstellungen der Regierungen, der örtlichen Behörden, von Berufsgruppen und der Öffentlichkeit beeinflußt?

Fünf Tage lang diskutierten 59 Teilnehmer aus 19 Ländern, den beteiligten und unterstützenden Organisationen sowie der Friedrich-Ebert-Stiftung — die freundlicherweise eines ihrer Ausbildungszentren zu unserer Verfügung gestellt hatte — den Einfluß politischer Strukturen auf innovative Prozesse in der Gesundheitserziehung auf der Basis föderalistischer/zentralistischer Strukturen, empirischer/problemorientierter Ansätze sowie analytischer/synthetischer Konzepte.

Die Beiträge dieses Berichtes sprechen für sich selbst. Jeglicher Kommentar meinerseits im Hinblick auf die künftige Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung wäre hier überflüssig. Ich möchte indessen darauf hinweisen, daß dieser Bericht im Rahmen einer Dokumentation erscheinen soll, die anläßlich der Fachdiskussionen der 35. Weltgesundheitsversammlung, die im Mai 1983 in Genf zum Thema «Eine neue Politik der Gesundheitserziehung in der gesundheitlichen Primärversorgung» stattfinden wird, den Teilnehmern zugänglich gemacht werden soll.

Ich möchte hier den Vertretern der beteiligten Organisationen, den Mitgliedern der Beratergruppe des Seminars sowie allen Teilnehmern für ihren wichtigen Beitrag zu diesem Seminar meinen Dank aussprechen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ute Canaris'. The signature is written in a cursive style with a large initial 'U'.

Ute CANARIS  
Leiterin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

# Inhalt

Vorwort.....	V
<i>Antje Huber</i>	
Geleitwort.....	X
<i>Leo A. Kaprio</i>	
Einleitung.....	XI
<i>Ute Canaris</i>	
I. INNOVATIVE PROZESSE IN DER GESUNDHEITSPOLITIK UND IHRE AUSWIRKUNG AUF DIE GESUNDHEITSERZIEHUNG	
Neue Wege in der Gesundheitserziehung: von der verordneten Gesundheit zur aktiven Gesundheitsförderung.....	3
<i>Marsden Wagner</i>	
Konsensbildung zwischen Politikern und Professionellen in einem föderalistischen Staat: ein schwieriges Problem.....	9
<i>Hans Stein</i>	
Die Diskrepanz zwischen politischem Anspruch und Wirklichkeit: Möglichkeiten ihrer Überwindung.....	15
<i>Ute Canaris</i>	
Vom zentralistischen Ansatz zu regionaler und lokaler Beteiligung .	23
<i>Françoise Varet</i>	
Die Stärkung der Basisaktivitäten — ein primäres Ziel.....	27
<i>Françoise Buhl</i>	
X Modelle zur Veränderung und Strategieentwicklung: eine Entscheidung muß getroffen werden.....	32
<i>Evert Dekker</i>	

Die Formulierung einer prozeßorientierten Politik der Gesundheitserziehung: drei Parteien sind beteiligt .....	39
<i>Jan H. Halm</i>	
Können wir unvorhergesehene Veränderungen voraussehen? .....	47
<i>Harri Vertio</i>	
<b>II. GRUPPENBERICHTE ZU FALLSTUDIEN</b>	
Einleitende Bemerkungen .....	53
Gesundheitserziehung für Erwachsene: Probleme der Kompetenz und Kooperation .....	55
<i>Eine Fallstudie von Thomas Härtel mit Kommentaren aus Gruppe 1</i>	
Patientenerziehung: Politische Entscheidungsprozesse auf regionaler und nationaler Ebene .....	58
<i>Eine Fallstudie von C.H.M. Krug mit Kommentaren aus Gruppe 2</i>	
Steuern als Waffe im Kampf gegen das Rauchen .....	61
<i>Eine Fallstudie von Brian Lloyd mit Kommentaren aus Gruppe 3</i>	
Veränderung der Rauchgewohnheiten bei schwer zugänglichen Bevölkerungsgruppen .....	64
<i>Eine Fallstudie von Derek, M.D. Lambert mit Kommentaren aus Gruppe 3</i>	
Eine Strategie zur Förderung gemeindenaher Programme zur Gesundheitserziehung .....	67
<i>Eine Fallstudie von Harry D. Crawley mit Kommentaren aus Gruppe 4</i>	
Ernährungserziehung: Schwierigkeiten bei der Planung einer Kampagne .....	71
<i>Eine Fallstudie von Manuela Santos-Pardal mit Kommentaren aus Gruppe 5</i>	
Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz — Prozesse und Probleme ..	73
<i>Eine Fallstudie von Lamberto Briziarelli mit Kommentaren aus Gruppe 5</i>	
<b>III. PLANSPIELE: EIN PLANUNGS- UND ERKENNTNISINSTRUMENT</b>	
Erfahrungen beim Einsatz in Als-ob-Situationen: ein Trainingsinstrument .....	79
<i>Rainer Vagt</i>	

Ein Überblick über Simulationsspiele zu Gesundheitsthemen . . . . .	84
<i>Monika Bonk-Luetkens</i>	
HEAD: ein Planspiel über Jugendliche, Drogen und die Schule: das Problem, die Spieler und die Regeln . . . . .	99
<i>R. Vagt und M. Bonk-Luetkens</i>	
Das Szenario von HEAD . . . . .	103
<i>Monika Bonk-Luetkens, Rainer Vagt, Gottfried Weber und Hansjörg Ryser</i>	
Prozesse und Ergebnisse: Beobachtungen, Ablauf und Bewertung .	107
<i>Jerry O'Dwyer</i>	
Von der Simulation zur Realität: ein Überblick über die gegenwärtige Situation . . . . .	111
<i>Hansjörg Ryser</i>	
 IV. SYNTHESE DES SEMINARS	
Leitlinien zur gesundheitspolitischen Entwicklung: drei Programmschwerpunkte . . . . .	117
<i>Anette Kaplun</i>	
Ein Planspiel deckt Schwachstellen auf . . . . .	124
<i>Jerry O'Dwyer</i>	
 V. TEILNEHMER . . . . .	
	127

KAPITEL I

**Innovative Prozesse  
in der Gesundheitspolitik  
und ihre Auswirkung  
auf die Gesundheitserziehung**

## **Neue Wege in der Gesundheitserziehung: von der verordneten Gesundheit zur aktiven Gesundheitsförderung**

**Marsden Wagner**

«Um das Ziel Gesundheit für alle zu erreichen, bedarf es einer fundamentalen Neuorientierung in den Prioritäten über einen Zeitraum von 20 Jahren» — diese Richtung für die europäische Gesundheitspolitik wurde vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WGO) in einem Dokument, «Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000»<sup>1</sup> vorgegeben. In dem Dokument werden 3 Problembereiche, die speziell für die europäische Situation relevant sind, besonders herausgestellt:

- die Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen;
- die Einschränkung verhütbarer Verhältnisse;
- die Neugestaltung des Gesundheitswesens zur Bereitstellung einer für alle angemessenen, zugänglichen und annehmbaren Versorgung.

Kritiker halten dieses Ziel unvereinbar mit der Wirklichkeit in einer Welt, wo ökonomische, politische und soziale Probleme ein solches Ausmaß angenommen haben, daß der Anspruch, in einem Zeitraum von weniger als 20 Jahren für alle soziales, physisches und seelisches Wohlbefinden zu erreichen, fast zynisch erscheint. Und es ist sicher das Dilemma der WGO — oder eine «Schizophrenie», wie es der Generaldirektor bezeichnete — daß diese Organisation, ähnlich wie ein Sozialarbeiter, mit Problemen fertig werden muß, die durch Kräfte verursacht worden sind, die von ihr selbst nicht beeinflußt werden können. Indem die WGO immer wieder betont, daß Gesundheit eine soziale und politische Zielvorstellung ist und, indem sie gute oder schlechte Gesundheit als eindeutigen Indikator für bestehende Ungleichheiten innerhalb oder zwischen Gesellschaften betrachtet, begibt sie sich in derart

---

<sup>1</sup> Regionale Strategie zur Erreichung des Ziels «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000». Kopenhagen: 30. Tagung des Regionalkomitees für Europa. EUR/RC 30/8.

---

Dr. MARSDEN WAGNER ist Regionalbeauftragter für die Gesundheit von Mutter und Kind, Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Dänemark.

*Anschrift:* WHO Regional Office for Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Kopenhagen.

komplexe Bereiche, daß dagegen die alten Strategien gegen die Eindämmung oder Ausrottung von Krankheiten — wie etwa die Pockenbekämpfung — nur als einfache Interventionen erscheinen. Allerdings hat es auch dabei eine Vielzahl von Problemen gegeben, die jetzt auf einer neuen Ebene auf ihre Lösung warten.

Die Regionalstrategie berücksichtigt diese Probleme, seien sie nun weltweit oder nur typisch für die Europäische Region. Gesundheit ist nur dann als Grundrecht der Menschen zu verwirklichen, wenn die sozioökonomischen Entwicklungen und Prioritäten auf ein solches Ziel hin ausgerichtet werden. An den weltweiten Realitäten, wonach es laut der UN-Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO) 450 Millionen unterernährte Frauen, Männer und Kinder gibt, läßt sich ablesen, in welchem Ausmaß Veränderungen notwendig und Entwicklungen erforderlich sind. Aber auch im europäischen Bereich eskalieren die Probleme: Armut und Arbeitslosigkeit (manchmal als Vierte Welt bezeichnet) nehmen zu. In den Ländern, die der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) angehören, erwartet man für das Jahr 1985 25 Millionen amtlich registrierte Arbeitslose. Die technische Entwicklung und vor allem die zunehmende Automatisierung in der Industrie und im Dienstleistungssektor vermindern, insbesondere für die Gruppe der Jugendlichen, der älteren Arbeitnehmer und Frauen, die Chancen, eine Beschäftigung oder eine sinnvolle Arbeit zu finden. Wanderarbeit sowie die Auflösung sozialer Strukturen stellen nach wie vor offenkundige Probleme dar, die zu Instabilität, Isolation und einem Mangel an Lebensqualität geführt haben.

Die Wachstums- und Wohlstandsideologien haben neue soziale Probleme geschaffen und nichts zu ihrer Lösung beigetragen, und vielen Kritikern der Industrieländer fällt vor allem das Anwachsen von Egoismus, Intoleranz und Rassismus, insbesondere in den Ballungszentren der großen europäischen Hauptstädte, auf. Während die Menschheit diese und andere Probleme zu erkennen beginnt, sieht sie sich gleichzeitig veralteten, in Konventionen erstarrten sozialen Institutionen gegenüber, ganz zu schweigen von der anarchischen wissenschaftlich-technischen Entwicklung und der Zerstörung von Umwelt und Biosphäre.

Welchen Einfluß all diese weitreichenden sozioökonomischen Veränderungen auf die Gesundheit im einzelnen haben, ist nicht bekannt. Was wir wissen ist, daß wir in Gesellschaften leben, in denen der Gesundheit oft genug mehr Schaden zugefügt als Schutz und Förderung gewährt wird und daß Ungleichheit und soziale Unterschiede in bezug auf die Gesundheit eher zu- als abnehmen.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Regionalstrategie für ein Gesundheits-erziehungsprogramm; welche Problembereiche und welche besonderen Schwerpunkte werden herausgegriffen? Das erwähnte Grundsatzpapier gibt einige erste Richtungshinweise. Dabei wird insbesondere auf den hohen Stellenwert der Gesundheitserziehung im Hinblick auf die Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen hingewiesen, und der Begriff der Gesundheitserziehung wird den neuen Entwicklungen auf diesem Gebiet angepaßt und entsprechend erweitert. Die Gesundheitserziehung hat sich in der Theorie weit über einen Ansatz hinausentwickelt, der von der Vorstellung ausgeht, daß die Gesundheit durch eine Verhaltensänderung des einzelnen verbessert werden könnte, ohne daß dabei auch die Umweltbedingungen, die eine solche Verhaltensänderung erst ermöglichen oder nahelegen, geändert werden.

Die Gesundheitserziehung hat lange gebraucht, bis sie davon abgekommen ist, nur «dem Opfer die Schuld anzulasten» und ein neues Konzept übernommen hat, dessen Ziel es ist, das Gesundheitsbewußtsein des einzelnen zu fördern und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß jeder aufgrund besserer Sachkenntnis seine eigene

Entscheidung treffen kann. Im Zentrum steht jetzt ein Mensch, der in seiner lokalen Lebenswelt sachkundig und aktiv handeln kann und der sich nicht passiv auf individuell verordnete Gesundheitsrichtlinien einlassen muß. Die einfallsreichere Form von Gesundheitserziehung und -information, wie sie die Regionalstrategie fordert, läßt sich auf der Basis folgender Leitlinien für die gesundheitserzieherische Praxis entwickeln:

- Anhebung des Informations- und Kenntnisstandes des einzelnen über Gesundheit und Krankheit, über den Körper und seine Funktionen, über Vorbeugung und Krankheitsbewältigung;
- Anhebung des Informations- und Kenntnisstandes des einzelnen über Organisation und Funktion der Gesundheitsversorgung zur besseren Nutzung dieses Dienstleistungsangebotes;
- Schaffung eines entsprechenden Bewußtseins im Hinblick auf die Tatsache, daß soziale, politische und umweltbedingte Faktoren die Gesundheit beeinflussen.

### **Grundorientierungen des Gesundheitserziehungsprogramms**

Die Konzeptionen der Gesundheitserziehung haben sich in den einzelnen Mitgliedsstaaten verständlicherweise in unterschiedlicher Richtung entwickelt, und zwar in Zusammenhang mit der jeweiligen historischen und politischen Entwicklung des Gesundheitswesens, dem Ausmaß und der Form der Institutionalisierung der Gesundheitserziehung selbst, sowie den jeweiligen kulturellen Einstellungen und Überzeugungen und den Prioritäten, die in Anbetracht der nationalen Gegebenheiten im Bereich des Gesundheitswesens festgelegt worden sind. In manchen Ländern ist die Gesundheitserziehung ein gut organisiertes Fachgebiet mit langer Tradition, in anderen dagegen steht sie erst am Beginn ihrer Entwicklung. Diese Unterschiede können bei der Planung und Entwicklung der Gesundheitserziehung oder bei Entscheidungen über die Ausrichtung der Gesundheitserziehungsforschung, sicher nicht unberücksichtigt bleiben, doch scheint es zugleich möglich, von mehreren Grundorientierungen auszugehen:

- 1) die Gesundheitserziehung sollte mit neuen Leitbildern und einem positiven Gesundheitskonzept arbeiten;
- 2) die Gesundheitserziehung sollte innovative pädagogische Methoden und Technologien verwenden;
- 3) die Gesundheitserziehung sollte auf gemeindenahe Mitwirkung und Laienbeteiligung ausgerichtet sein;
- 4) die Gesundheitserziehung sollte sich für ein multisektorielles multidisziplinäres Vorgehen entscheiden;
- 5) die Gesundheitserziehung muß auf verschiedenen Handlungsebenen neue Strategien entwickeln (z.B. auf Regierungs-, Gesetzgebungs-, Experten- und Gemeindeebene);
- 6) die Gesundheitserziehung muß sich die sozialen Bedingungen und Umweltfaktoren bewußtmachen, die gesundheitsbezogene Entscheidungen beeinflussen.

Um diese neue Grundorientierung verstehen zu können, ist es offensichtlich notwendig, auf die konzeptionellen Probleme einzugehen, mit denen innovative Gesundheitserziehungsprogramme konfrontiert sind. Im Grunde hat jedes Programm, das auf den Schutz oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes abzielt, soziale und Verhaltensaspekte, auf die die Gesundheitserziehung ausgerichtet sein muß. Umgekehrt hängt die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung von ihrer sozialen Glaubwürdigkeit und wirtschaftlichen Durchführbarkeit ab; dies sind Vorausset-

zungen, die erfüllt sein müssen, wenn die ungeheuren Herausforderungen bewältigt werden sollen, denen sich die Gesundheitserziehung in den Industriegesellschaften gegenübersteht, in denen wichtige Gesundheitsprobleme, wie Unfälle und chronische Krankheiten eng mit sozialen Wertvorstellungen und wirtschaftlichen Interessen verknüpft sind. Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich vier konzeptionelle Probleme erkennen:

*a) Verordnete Gesundheit oder Gesundheitsförderung*

Wenn Gesundheit nicht als das Freisein von Krankheit, sondern als ein Zustand positiven Wohlbefindens definiert wird, dann setzt ihre Verwirklichung ein bewußtes Bemühen seitens des einzelnen, der Gemeinschaft und des Staates voraus. Bis vor kurzem waren die öffentlichen Gesundheitsprogramme in Europa stark einseitig zugunsten von Programmen zur Verhütung von bestimmten Erkrankungen und Störungen sowie der Ausweitung des sekundären und tertiären Versorgungssystems ausgerichtet. Ausrichtung auf primäre Gesundheitsversorgung ist wörtlich zu nehmen, d.h. Ausrichtung auf Gesundheit und nicht auf Krankheit, auf die Förderung der Gesundheit und nicht auf die Behandlung bereits fortgeschrittener Störungen. Während die Strategie der «verordneten» Gesundheit durchaus im Rahmen eines Einzelsystems, nämlich des medizinischen Versorgungssystems verfolgt werden kann, setzt die Strategie der Gesundheitsförderung koordinierte Bemühungen aller gesellschaftlichen Kräfte voraus.

*b) Modifizierung des individuellen Verhaltens oder systematischer Ansatz aus volksgesundheitlicher Sicht?*

Die Prävention ist schon immer das zentrale Anliegen der Gesundheitserziehung in der Europäischen Region gewesen — doch der beherrschende Schwerpunkt dieser Bemühungen war auf den einzelnen und die Familie im Hinblick auf die Eindämmung schädlicher Lebensweisen ausgerichtet. Diese Strategie hat sich häufig den Vorwurf zugezogen, «dem Opfer die Schuld anzulasten», da sie individuelle Verhaltensänderungen postuliert, wo häufig Kräfte außerhalb des Einflussesbereichs des einzelnen für das Verhalten verantwortlich zu sein scheinen. Dazu ein Beispiel von einem führenden Gesundheitserziehungsexperten: Das Problem der Trinkwasser-verseuchung durch Abwässer kann nicht dadurch gelöst werden, daß man die Umwelt ignoriert und den einzelnen auffordert, das Wasser abzukochen. Es wird in der Tat immer wieder unterstrichen, daß es die Verbesserung bestimmter Umweltbedingungen und sozialer Verhältnisse ist, die zu einem allgemeinen Rückgang der Mortalität in den letzten 100 Jahren geführt hat. Da neue Gesundheitsprobleme die alten überschatten und mit der Zeit neue Umweltgefahren für die Gesundheit entstanden sind, erscheint es notwendig, systematische Ansätze zu überdenken, die in glaubwürdiger Weise politische, soziale und individuelle Verantwortung für die Erhaltung der Gesundheit miteinander verbinden. Lebensweisen und Gesundheitsbewußtsein sind ebenso Produkte sozialer und kultureller Faktoren wie es Gesundheits- und Krankheitskonzepte sind. Definitionen dessen, was gesundes Verhalten ausmacht, müssen unter solcher systematischen Perspektive neu überdacht und realistisch angewandt werden.

*c) Medizinische Orientierung oder Laienkompetenz?*

Die Kompetenz des einzelnen und der Familie in der primären Gesundheitsversorgung findet nur zögernd Anerkennung. Die Idee als solche stößt bislang auf wenig Verständnis oder Würdigung; folglich wurde sie bei der Planung und Ausführung

von Gesundheitserziehungsprogrammen auch nicht berücksichtigt. Eine neue Form der Gesundheitserziehung sollte sich an den Bedürfnissen des Konsumenten orientieren und auf vorhandenen Fähigkeiten und Erfahrungen aufbauen, statt diese durch strikte interventionistische Maßnahmen zu übergehen. Gut entwickelte Selbstversorgungsprogramme könnten viele technische Sachkenntnisse und Erfahrungen auf Laien übertragen und gleichzeitig auf das zurückgreifen, was herkömmlich an Gesundheitsarbeit in der Familie geleistet wird. Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen der professionellen und der selbsthilfeorientierten Gesundheitsversorgung könnten entwickelt werden, was dem Gesundheitsversorgungssystem ein wesentlich breiteres Spektrum von Optionen und Möglichkeiten der Behandlung und Versorgung eröffnen würde.

Beide Perspektiven haben wechselseitig etwas zu bieten, was den Betroffenen nur zugute käme. Ideen und technische Innovationen in der Selbsthilfe können und werden sich in beiden Richtungen ausbreiten. Die Selbstversorgung und Selbsthilfe wird wahrscheinlich in dem Maße zunehmend Anklang finden, wie die Technik der Selbstdiagnose und Selbstbehandlung entwickelt wird, der Bedarf an Fürsorgeleistungen den Bedarf an kurativen Leistungen übersteigt und durch den wachsenden wirtschaftlichen Druck die unangemessene Inanspruchnahme professioneller Leistungen zurückgeht.

#### *d) Prävention oder Krankheitsbewältigung*

Die Gesundheitserziehung ist immer noch in erster Linie auf präventive Maßnahmen ausgerichtet und sollte unbedingt noch weiter entwickelt werden wie unter (b) dargelegt. Gleichzeitig sollte man jedoch die im Krankheitsspektrum der Industriegesellschaften aufgetretenen Veränderungen zur Kenntnis nehmen, die auf neue Impulse im Bereich der kurativen und rehabilitativen Medizin warten. Es wächst die Erkenntnis, daß nicht alle Krankheiten heilbar oder alle Körperbehinderungen verhütbar sind und daß es in der Tat eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsversorgung ist, Kranken oder Körperbehinderten zu helfen, mit ihrer Situation fertig zu werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, daran zu erinnern, daß 85% aller pflegerischen Arbeit von Laien geleistet wird. Aber weder der einzelne noch die Familie erhalten in gesundheitserzieherischem Sinne ausreichende Unterstützung, die ihnen helfen würde, mit chronischer Krankheit, Körperbehinderung oder akuter Krankheit besser fertig zu werden. Praktische Gesundheitserziehung wurde in diesen Bereichen bis jetzt hauptsächlich von den verschiedenen Selbsthilfegruppen geleistet, die sich zum Zweck der gegenseitigen Hilfe und des Erfahrungsaustausches bei der Rehabilitation und bei chronischen Krankheiten gebildet haben und sich inzwischen auch auf verschiedenen anderen Gebieten einschließlich des Bereiches der seelischen Gesundheit ausgebreitet haben.

«Gesundheit für alle» muß auch die Möglichkeiten voraussetzen, daß man selbst mit gewissen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sein Leben so unabhängig wie möglich gestalten kann — andernfalls könnte diese Konzeption zu gefährlichen Formen von Gesundheitsfanatismus führen, die in der Praxis der Gesundheitserziehung unter keinen Umständen Eingang finden sollten.

Es gibt keinen alleinigen oder einfachen «goldenen Pfad zur Gesundheit». Es gibt keine Lebensweise, die für alle Menschen optimal ist. Bei gesundheitserzieherischen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung besteht oft die Gefahr, daß moralische Wertvorstellungen ins Spiel gebracht werden oder bestimmte Aktivitäten, wie etwa das Fitnesstraining in übertriebener Weise empfohlen werden. Ein wirkungsvolles Programm zur Gesundheitsförderung setzt ein klares Verständnis der Rolle voraus, die

verschiedene Faktoren für die Herausbildung und Übernahme bestimmter Lebensweisen spielen sowie des Verhältnisses von Lebensweisen und Gesundheit.

Mit dem Hinweis auf die wichtigsten konzeptionellen Probleme, die sich der Gesundheitserziehung stellen, ist keineswegs gesagt, daß dies die einzigen Probleme sind. Der Regionalstrategie entsprechend wird die Verwirklichung des Zieles von «Gesundheit für alle» in diesem Programm als ein Prozeß gesehen, der zu größerer Chancengleichheit im Gesundheitssektor führt, im Sinne besserer Gesundheitsleistungen für alle und größerer direkter Verantwortung des einzelnen für die eigene Gesundheit. Gleichzeitig spiegelt das Programm das Bewußtsein wider, daß viele Gesundheitsprobleme durch strukturelle Ungleichheit bedingt sind und daher nicht durch Gesundheitserziehung gelöst werden können, daß sie aber bei der Gesundheitsplanung sowie bei der praktischen Wissensvermittlung über Gesundheit berücksichtigt und miteinbezogen werden müssen. Aus diesem Grunde kann Gesundheitserziehung für Experten und Entscheidungsträger manchmal ebenso notwendig sein wie für die breite Öffentlichkeit.

## **Konsensbildung zwischen Politikern und Professionellen in einem föderalistischen Staat: ein schwieriges Problem**

**Hans Stein**

Die Kostenentwicklung der letzten Jahre im Gesundheitswesen hat zu einem teilweise explosionsartigen Anstieg geführt. Dies hatte Auswirkungen auf zahlreiche Sachverhalte, die man bei einer ersten, oberflächlichen Betrachtung nicht unbedingt in einem direkten Zusammenhang sieht.

1. Der Stellenwert der Gesundheitspolitik ganz allgemein ist gestiegen. Sie ist aufgerückt von einem Randgebiet, das nur bei besonderen Katastrophenfällen allgemeines Interesse findet, zwar nicht zu einem Politikbereich erster Ordnung, wie Friedenssicherung oder Energieversorgung, aber immerhin doch zu einem Bereich, der über den Kreis der Fachöffentlichkeit und Interessengruppen hinaus Beachtung findet.
2. Da mit der Kostenentwicklung eine spürbare Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nicht einherging — nach dem Motto «Mehr Geld ist gleich mehr Gesundheit» — ist auch die Gesundheitserziehung — ihrerseits wieder ein von vielen als exotisches Randgebiet der Gesundheitspolitik betrachteter Bereich — in den Mittelpunkt des Interesses geraten. Zumindest steht sie nicht mehr in dem Ruf, nur ein unschädliches Hobby von Gesundheitsaposteln zu sein.

### **Gesundheitserziehung: Mittel zum Zweck?**

Die Forderung, der Bürger möge sich doch bitte gesundheitsgerecht verhalten, nicht rauchen, wenig trinken, vernünftig essen, viel bewegen, kurzum vernünftig sein, hat eine neue Dimension erhalten. Es handelt sich nicht mehr nur um eine gesund-

---

Dr. HANS STEIN ist Referent für Gesundheitspolitik im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn, Bundesrepublik Deutschland.

Anschrift: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Postfach 20 04 90, D-5300 Bonn 2.

heitserzieherische Anregung zu gesunder Lebensführung, nein, daraus ist eine gesundheitspolitische Forderung geworden.

Dies geht klar hervor aus den Entschlüssen gesundheitspolitisch wichtiger Gremien, wie der Weltgesundheitsversammlung und den Regionalkomitees der WGO sowie des Gesundheitsministerrats der EG und in der Bundesrepublik der Gesundheitsministerkonferenz der Länder sowie der «Konzertierten Aktion» im Gesundheitswesen.

Nur, diese neue Dimension hat nicht nur Vorteile, sie birgt auch nicht unerhebliche Gefahren, nämlich, daß Gesundheitserziehung und vielleicht sogar die Prävention von Krankheiten insgesamt nicht als Wert an sich, sondern als Mittel zum Zweck der Kostendämpfung gesehen wird. Das Motto «Vorbeugen ist billiger als Heilen» wird nicht nur sehr wörtlich genommen, es kann auch dazu führen, daß man diese Forderung nach mehr Gesundheit, nach «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» — um ein international gebräuchliches, häufig falsch verstandenes Motto zu nennen — als Ablenkungsmanöver versteht, das man an die Stelle der notwendigen strukturellen, kurzfristig wirkenden Maßnahmen setzt, die zur Kostendämpfung nicht nur unmittelbar geeignet, sondern unerlässlich und unverzichtbar sind.

Kostendämpfung erfordert Sparsamkeit, Opfer und Verzicht auf eigene finanzielle Interessen — und nichts ist einfacher als diese Opfer, diesen Verzicht, vom Bürger als dem vermeintlich eigentlich Schuldigen zu fordern — und dabei gleichzeitig den eigenen Beitrag möglichst gering zu halten.

### **Gesundheitserziehung: das Vorrecht vieler**

Lassen Sie mich diese vielleicht provozierende Behauptung am Beispiel der Bundesrepublik belegen. Unser System ist so aufgebaut, daß es nicht eine zentrale Stelle, einen alles bestimmenden nationalen Gesundheitsdienst gibt, sondern eine Vielzahl von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die es nicht nur für den Außenstehenden schwer macht zu erkennen, wer wofür zuständig und verantwortlich ist.

Um zumindest für die Kostenentwicklung alle an einen Tisch zu bringen, wurde 1977 die von mir bereits erwähnte «Konzertierte Aktion» gegründet. Allein die Nennung der Mitglieder dieser Runde macht deutlich, wie pluralistisch, wie föderalistisch das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik aufgebaut ist. Es handelt sich um die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung, die Ärzte, die Zahnärzte, die Krankenhausträger, die Apotheker, die pharmazeutische Industrie, die Gewerkschaften, die Arbeitgeber, die Länder, die kommunalen Spitzenverbände und schließlich auch um die mit Gesundheitsfragen befaßten Bundesministerien — für Arbeit und Sozialordnung, für Gesundheit, für Wirtschaft, für Bildung und Wissenschaft und für Finanzen.

Und obwohl es — durch Gesetz vorgeschriebene — Aufgabe dieser Institution ist, «medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten zu entwickeln und Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu entwickeln», also sich in erster Linie mit Fragen zu beschäftigen, die der bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Belastung dienen, lautete einer der Tagesordnungspunkte dieser zweimal im Jahr tagenden Runde «Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung».

Ich habe diesen Punkt nicht etwa so breit ausgeführt um zu kritisieren, sondern um uns ins Bewußtsein zu rufen, daß Präventionspolitik oder Gesundheitserziehung als ein Teil dieser Politik nicht nur Aufgabe und Vorrecht der amtlichen Gesundheitserzieher und der dafür besonders ins Leben gerufenen Institutionen ist, sondern daß

es eine darüber hinaus gehende Vielfalt von möglichen Trägern präventiver Maßnahmen gibt und geben muß. Dies ist nicht zu beklagen, sondern zu begrüßen. Ich habe allerdings Zweifel, daß dies ausreichend geschieht. Wir müssen den Aufwind nutzen, den Prävention und Gesundheitserziehung durch die Einbeziehung in die Bemühungen zur Kostendämpfung sowie durch die damit gewonnenen Interessen und Aktivitäten, z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung, erhalten.

### **Individuelle Schuldzuweisung versus soziale Verantwortung**

So begrüßenswert der allgemeine Konsens zum Stellenwert und zur Notwendigkeit einer präventiven Gesundheitspolitik auch ist, so dürfen wir darüber nicht vergessen, daß bereits die unterschiedlichen Interessenlagen der hier aktiv werdenden Institutionen Auswirkungen auf die Ziele, viel mehr aber noch auf die Inhalte und die Organisationsformen hat und notwendigerweise haben muß.

Wenn eine primäre Zielsetzung die Einsparung von Kosten, die Verringerung der Ausgaben für die Heilung von Krankheiten und erst in zweiter Linie die Senkung von Mortalität und Morbidität ist, so bedeutet dies u.a., daß ich mit kurzfristigen Erfolgen rechne und daß ich kaum bereit sein werde, zur Erreichung langfristiger Ziele heute Geld für Maßnahmen auszugeben, deren finanzieller Nutzen sich erst in längeren Zeiträumen bemerkbar machen kann.

Folglich ist es auch nicht verwunderlich, daß bei einer solchen Betrachtungsweise immer wieder die «Selbstbeteiligung an den Heilungskosten» als Patentrezept dafür angeboten wird, die Selbstverantwortung des Bürgers für gesundheitsgerechte Lebensweise zu erreichen. Eine solche Ausgangslage hat drei Nachteile: erstens führt sie zu einer rein individualistischen Betrachtungsweise, die Vorwürfe in Form der Schuldzuweisung gegen den sich nicht entsprechend der Norm verhaltenden Bürger erhebt, ungeachtet der diesem Verhalten zugrundeliegenden Motive und Einflüsse; zweitens werden daher Maßnahmen zu spät und überdies noch an der falschen Stelle eingesetzt, und drittens reduziert sie die ganze Problematik letztendlich auf ein versicherungsrechtliches Finanzierungsmodell, das den Menschen einem Kraftfahrzeug gleichsetzt, dessen Versicherung nach Größe, Pferdestärken und Hubraum berechnet wird.

Wenn meine bisherigen Ausführungen den Eindruck erweckt haben sollten, Gesundheitserziehung werde in der Bundesrepublik allein unter Kostengesichtspunkten und ausschließlich von den dafür primär Verantwortlichen betrieben, so muß ich dies korrigieren, denn es wäre falsch.

Gesundheitserziehung ist in der Bundesrepublik in erster Linie Aufgabe des Staates und der von ihm dazu beauftragten freien Träger und Verbände. Insgesamt sind es rund 950 Organisationen, die hier tätig sind. Dazu gehören, um nur einige zu nennen, die zuständigen Bundes- und Länderministerien, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die entsprechenden Landeszentralen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung und die Verbraucherverbände, die Ärztenverbände, verschiedene Arbeitsgemeinschaften, Gesellschaften zur Bekämpfung bestimmter Krankheiten bis hin zu kirchlichen Beratungsstellen.

Eine Folge dieser Vielfalt von Organisationen und Einrichtungen ist, daß sich die Probleme der Koordinierung und Kooperation nicht nur bei der Durchführung von einzelnen Maßnahmen oder Kampagnen stellen; dies wird noch komplizierter wenn es darum geht, neue Wege zu gehen, neue Organisationsformen zu finden, kurzum eine umfassende Politik der Gesundheitserziehung nicht nur zu entwickeln, sondern auch erfolgreich durchzusetzen. Es liegt auf der Hand, daß eine solche Konsensfin-

derung für innovative Prozesse alles andere als förderlich ist, da es hier darum geht, die unterschiedlichsten Interessen, Ansatzpunkte, Ansichten, Vorgehensweisen etc. auf einen Nenner — und nach Möglichkeit nicht den geringsten gemeinsamen Nenner — zu bringen.

Die erforderlichen Schritte, einen solchen Konsens zunächst einmal auf politischer Ebene herzustellen, sind in der Vergangenheit mit Erfolg beschriftet worden. Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren — kurz GMK genannt —, bei der die Bundesministerien nur Gäste sind, da es sich um eine Institution der Länder handelt, hat sich seit 1978 in 3 Entschlüssen zur Notwendigkeit der Verbesserung von Gesundheitserziehung und -bildung geäußert und dazu ein Programm entwickelt.

Nun sind Ministerentschlüssen zwar mehr als ein bedrucktes Stück Papier, sollten es zumindest sein, aber ihre Wirkung hängt, besonders dann, wenn es sich um den gesetzefreien Raum handelt, davon ab, was diejenigen, für die diese Entschlüsse gedacht ist, daraus machen. Entschlüsse allgemeiner, programmatischer Art entwickeln auch in der Bundesrepublik kein Eigenleben. Sie bedürfen der Umsetzung, um sie mit Leben zu erfüllen.

Nun sind diese Ministerentschlüssen nur die eine Seite der Medaille. Unabhängig von dieser politischen Entscheidung gibt es, vorwiegend auf regionaler und kommunaler Ebene, eine Vielzahl von Initiativen der unterschiedlichsten Art. Sie leben vom Engagement, vom Ideenreichtum und der Phantasie derjenigen, die mit ihrer Durchführung betraut sind. Es fehlt das Verbindungsglied, das politische Willensbildungs auf Bundesebene einerseits und Aktivität auf kommunaler Ebene andererseits systematisch verbindet. Und hier liegt nicht nur der größte Innovationsbedarf; dieses fehlende Bindeglied ist gleichzeitig das größte Hemmnis für die Durchsetzung von Innovationen.

### **Kritik und ihre Konsequenzen**

In einer 1979 durchgeführten Untersuchung hat die Gesellschaft für sozialen Fortschritt die Lage der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik wie folgt charakterisiert:

1. Es gibt keine exakte Definition dessen, was unter Gesundheitserziehung zu verstehen ist.
2. Gesundheitserziehung wird von einer Vielzahl von Organisationen und Personen durchgeführt; ihrer Tätigkeit liegt kein einheitliches Verständnis von Gesundheitserziehung zugrunde.
3. Für die Gesundheitserziehung gibt es keine geschlossene Konzeption und kein systematisches Vorgehen, sondern nur sporadische Maßnahmen, die nicht aufeinander abgestimmt sind.
4. Zwischen denen, die Gesundheitserziehung durchführen, finden keine Absprachen über Programme, Inhalte, einzusetzende Methoden und Strategien der Umsetzung statt, es gibt keine Stelle, die sich um eine Koordinierung der unterschiedlichen Aktivitäten bemüht.
5. Insofern sind die Grundforderungen, die heute von der Wissenschaft als Voraussetzung für die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung erhoben werden — wie z.B. die Ansprache von Zielgruppen, die Vermittlung von Handlungsanweisungen, das permanente Einwirken im Sinne von Erziehung zu gesundheitsgerechtem Verhalten -, nicht erfüllbar: Effektivität und Effizienz der Gesundheitserziehung dürften demzufolge in Frage zu stellen sein.

6. Es gibt keinen Überblick, welche finanziellen Mittel von den einzelnen Organisationen und insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland für Gesundheitserziehung aufgewandt werden. Teils ist der Vorwurf des übertriebenen Aufwands zu hören, teils wird kritisiert, die eingesetzten Mittel seien völlig unzureichend.
7. Auch über die Verwendung der eingesetzten Mittel kann keine Aussage gemacht werden.

Diese Kritik mag in manchen Punkten überzogen sein, zum Teil sind durch die von mir genannten GMK-Entschlüsse Verbesserungen eingetreten, aber grundsätzlich kann man dieser Kritik zustimmen — und daraus Konsequenzen ziehen.

Eine dieser Konsequenzen ist die Verbesserung der finanziellen und personellen Situation. Es mag in Zeiten wirtschaftlichen Null-Wachstums und angespannter Lage der öffentlichen Haushalte unbequem und nur wenig erfolgversprechend sein, auf diese Notwendigkeit hinweisen. Es führt indessen kein Weg an der Tatsache vorbei, daß Prävention zwar langfristig Geld und Kosten einsparen kann, daß man zunächst aber Geld ausgeben und investieren muß. Mehr und bessere Gesundheitserziehung bedarf der Mittel, sei es für neue Stellen, die Förderung von Institutionen, für Maßnahmen und Kampagnen, für die Schaffung einer besonderen Gebühreneinheit für ärztliche Gesundheitsberatung, für Forschung über Ursachen von Krankheiten und die Gründe menschlichen Verhaltens oder für bessere Interventionsmethoden. Gesundheit kann man zwar nicht kaufen, ihre Erhaltung kostet aber Geld.

Mit Geld allein ist es jedoch nicht getan. Im Gegenteil, die Bereitstellung von mehr Mitteln kann sogar schädlich sein, wenn sie nicht mit Auflagen verbunden ist, die sicherstellen, daß diese Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden. Solange zumindest der Eindruck besteht, die gegenwärtige Form gesundheitserzieherischer Tätigkeiten sei nicht effektiv genug — und es kommt gar nicht so sehr darauf an, ob dieser Eindruck stimmt oder nicht —, solange nicht der Beweis erbracht wird, daß Prävention einen nicht unerheblichen Einfluß auf Mortalität und Morbidität haben kann, solange wird die Gesundheitserziehung in dem Verteilungskampf um die Mittel keine bessere Position als ihre gegenwärtige einnehmen können.

Das Dilemma ist, daß für diese Beweisführung Gelder benötigt werden, Gelder, die nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang vorhanden sind. Diese Tatsache dürfte — nicht nur für die Bundesrepublik — das größte Problem für innovative Prozesse sein mit der Folge, daß Ziele, Inhalte und Organisationsformen sich an dem orientieren, was gegenwärtig finanziert wird, und nicht was finanziert werden müßte.

Gesundheit kann man nicht kaufen, man kann sie auch nicht per Gesetz verordnen. Durch Gesetze, Organisationserlasse, Staatsverträge, Bund/Länder-Vereinbarungen und was dergleichen Instrumente mehr sind, läßt sich aber der Rahmen vorgeben, eine Organisationsform finden, die einerseits eine geschlossene Konzeption ermöglicht, ein systematisches, alle Einflußfaktoren berücksichtigendes Vorgehen geradezu erzwingt, andererseits aber der unerläßlichen Initiative und Kreativität an der Basis den benötigten Freiraum läßt. Dabei kann und darf man sich nicht nur auf die personenbezogene, individuelle Prävention beschränken, sondern muß notwendigerweise die gesellschaftliche, allgemeine Prävention nicht nur mit einbeziehen, sondern ihr möglicherweise sogar Vorrang einräumen. Das bedeutet Einflußnahme auf Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen, von denen man weiß oder vermutet, daß sie gesundheitsschädigend wirken oder Ursache für gesundheitliches Fehlverhalten sind.

### **Ein multisektorieller Ansatz**

Eine solche Forderung hat aber zur Folge, daß sich die Gesundheitspolitik als Träger einer präventiven Politik nicht auf ihre eigenen Felder beschränken darf, sondern versuchen muß, auf diese anderen Politikbereiche, deren Zielsetzungen wiederum unterschiedlich sind, Einfluß zu nehmen.

Auch dies ist in einer der bereits mehrfach erwähnten GMK-Entschlüsse enthalten. Es wird die Forderung nach «Koordination und Kooperation» von Gesundheitsfachverwaltungen auf der einen Seite und Sozial-, Bildungs-, Jugend- und Familienpolitik auf der anderen Seite gefordert — allerdings ohne daß das für diesen Zweck erforderliche Gremium geschaffen wurde. Die Bildung einer solchen Institution hätte allerdings auch wenig Sinn, wenn nicht gleichzeitig die Bereitschaft der anderen Politikbereiche vorhanden ist, nicht nur in einem solchen Gremium mitzuwirken, sondern auch aus dessen Vorschlägen die erforderlichen Konsequenzen zu ziehen. Auch dieses Vorgehen erfordert eine Konsensbildung, die immer dann schwierig wird, wenn nicht nur unterschiedliche Interessen, sondern sich gegenseitig geradezu ausschließende Interessen vorhanden sind.

### **Schlußfolgerung**

Zusammenfassend und abschließend möchte ich feststellen:

1. Der politische Auftrag ist gegeben, der allgemeine gesellschaftspolitische Konsens zur Verbesserung der Gesundheitserziehung liegt vor.
2. Es liegt jetzt an den Trägern der Gesundheitserziehung, diese Chance zu nutzen und diese Herausforderung anzunehmen. Sie muß auf der vorhandenen Grundlage konkrete Vorschläge machen und über die allgemeine Übereinstimmung hinaus, auch im Detail politischen und fachlichen Konsens herstellen. Die dabei zu überwindenden Schwierigkeiten sind nicht unerheblich, sie erscheinen mir jedoch überwindbar.

## **Die Diskrepanz zwischen politischem Anspruch und Wirklichkeit: Möglichkeiten ihrer Überwindung**

**Ute Canaris**

Die Absicht dieses Beitrags ist es, Entwicklungen und Probleme aus der Sicht der Praxis der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik darzustellen und mich dabei auf jene politischen Probleme zu beschränken, die für die Diskussionen dieses Seminars ausgewählt wurden.

### **Der gesetzliche und strukturelle Hintergrund**

Zunächst ist ein kurzer Überblick über die rechtlichen und organisatorischen Grundlagen der Gesundheitserziehung in unserem Lande notwendig. Die Kompetenzen für das Gesundheitswesen sind in einem föderalistischen System wie dem unseren auf den Bund und die Länder verteilt. Der Bund regelt — vereinfacht gesagt — alles, wo eine Notwendigkeit einheitlicher gesetzlicher Regelungen besteht. Zuständig sind die Bundesministerien für Jugend, Familie und Gesundheit und für Arbeit und Sozialordnung. Der wesentliche Teil der Kompetenzen für das Gesundheitswesen liegt jedoch bei den Ländern. Dabei ist die Ressortverteilung in den einzelnen Ländern unterschiedlich.

Ob die Gesundheitserziehung in den Kompetenzbereich des Bundes oder der Länder fällt, ist nie eindeutig geklärt worden. Die Einrichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahre 1967 beruht auf einer Vereinbarung zwischen den Gesundheitsministern des Bundes und der Länder von 1964, ohne daß die verfassungsrechtliche Zuständigkeit damit geklärt wurde. Die Bundeszentrale als nachgeordnete Behörde des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit wurde von Anfang an auf eine ständige, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ländern verpflichtet. Dafür wurde ein Koordinationsgremium eingerichtet: der Ständige Ausschuß der Gesundheitserziehungsreferenten der Landesgesundheits- und Kul-

---

Dr. UTE CANARIS war z.Zt. des Seminars Abteilungsleiterin in der BZgA, Köln, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 200 Ostmerheimer Straße, 5000 Köln 91.

tusbehörden, zu dem heute auch Vertreter der Einrichtungen der freien Initiative aus Bund und Ländern dazukommen.

In den Ländern gibt es auch heute noch unterschiedliche Regelungen für die Durchführung der Gesundheitserziehung. Zwar gibt es in jedem Landesgesundheitsministerium einen Gesundheitserziehungsreferenten. Nur in zwei Ländern haben diese jedoch die Gesundheitserziehung als alleinige Aufgabe. In den anderen Bundesländern schwankt der Anteil für Aufgaben der Gesundheitserziehung zwischen 10 und 50%.

In 8 Bundesländern gibt es eine Landeszentrale für Gesundheitserziehung in der Organisationsform privatrechtlicher Vereine. Diese werden jedoch zu erheblichen Teilen von den jeweiligen Ministerien finanziert und mit der Durchführung gesundheitserzieherischer Aufgaben und ihrer Koordination im Lande betraut. In den restlichen Bundesländern betreiben die Ministerien über ihre Dienststellen selbst Gesundheitserziehung und fördern die Aktivitäten verschiedener Verbände.

### **Jährliche Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitserziehung: 0,33 DM**

Um die Größenordnung der Gesundheitserziehung beurteilen zu können, ein paar Zahlen zu ihrer Ausstattung:

Die Bundeszentrale verfügt seit 1974 unverändert über ca. 100 Mitarbeiter. Alle 8 Landeseinrichtungen haben zusammen 75 feste Mitarbeiter, davon entfallen allein 35 auf das größte Land, Nordrhein-Westfalen. In Bund und Ländern betreiben davon weniger als 25% inhaltliche Gesundheitserziehung, der Rest Verwaltungs-, Büro-, Schreib- und technische Arbeiten.

An Sachaufwendungen für Maßnahmen stehen der Bundeszentrale zur Zeit ca. 15 Mio. DM im Jahr zur Verfügung. Bei einer Umfrage gaben für das Jahr 1979 10 von 11 Bundesländern zusammen knapp 5,5 Mio. DM an, davon das Land Nordrhein-Westfalen rd. 2.2 Mio. DM. Die Länder geben also im Durchschnitt im Jahr 10 Pfg. pro Bürger für Gesundheitserziehung aus (ohne Personalkosten), der Bund immerhin mehr als das Doppelte, 23 Pfg.

Nun gibt es im öffentlichen Gesundheitsdienst noch eine dritte Ebene, die für die Gesundheitserziehung wichtig ist: die der Gesundheitsämter in den Städten und Kreisen. Seit 1934 sind ihre Aufgaben in der Gesundheitserziehung gesetzlich festgelegt, sowohl in der eigenständigen Durchführung gesundheitsaufklärerischer Aktivitäten als auch in der Koordination aller anderen daran beteiligten öffentlichen und privaten Stellen. Unsere Umfrage aus dem Jahre 1970 ergab folgende ernüchternde Realität:

Nur 40% der Gesundheitsämter verfügen über eigene Mittel für Gesundheitserziehung, im Durchschnitt noch nicht einmal DM 9000 im Jahr. Hauptamtliche Kräfte für Gesundheitserziehung gibt es nur in 9 von 173 befragten Gesundheitsämtern. Die überwiegende Mehrheit der Mitarbeiter erledigt Aufgaben der Gesundheitserziehung «nebenbei» oder in der Freizeit. Obwohl die Aufgabe gesetzlich festgeschrieben ist, ist sie bei über 50% der Gesundheitsämter im Stellenplan bzw. Aufgabenverteilungsplan nicht verankert. Die örtliche Koordinationsaufgabe wird ebenfalls kaum wahrgenommen, obwohl es in den Kommunen eine große Zahl vielfältiger Aktivitäten gibt, die unkoordiniert nebeneinander, teilweise gegeneinander laufen. Nur in 11 Gemeinden der Bundesrepublik gibt es einen örtlichen Arbeitskreis für Gesundheitserziehung mit koordinierenden Aufgaben.

Diese Ergebnisse unserer Befragung zeichnen ein insgesamt realistisches und ernüchterndes Bild über die Lage der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik.

## Ein vierjähriger Prozeß des Wandels

Es ist daher nicht verwunderlich, daß, mitvorbereitet und mitbeeinflußt von den Gesundheitserziehungspraktikern und den Gesundheitserziehungsreferenten auf Bundes- und Landesregierungsebene, in den letzten Jahren Bemühungen zu einer Verbesserung dieser Situation unternommen worden sind, deren Inhalt und Erfolg am besten anhand der 4 Entschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz des Bundes und der Länder nachgezeichnet werden können.

Diese Entschlüsse und ein Maßnahmenprogramm sowie ein ausführlicher Bericht zur Lage der Gesundheitserziehung behandeln alle wesentlichen Probleme, erörtern sie durch empirische Daten und schlagen Lösungsmöglichkeiten vor. Daher will ich anhand dieser Dokumente und Materialien die Probleme einer Politik und Praxis der Gesundheitserziehung diskutieren und dabei auch den aktuellen Stand der Jahre 1980/81 miteinbeziehen, der die Bewertung der Entschlüsse stark beeinflusst.

Zunächst: Nicht die Tatsache, daß die Gesundheitsministerkonferenz sich in den letzten 4 Jahren viermal mit dem Themenkreis befaßt hat, sondern die Art und Weise wie sie dies getan hat, sagt etwas aus über den Stellenwert der Gesundheitserziehung für die Gesundheitspolitik insgesamt. Und dies ist nicht nur ermutigend, vor allem dann, wenn man die Aussagen mit der realen Politik vergleicht.

Ferner: der Anstoß der Beratungen auf der Ebene der Länder kam von seiten der Bundesregierung. Sie legte dort einen Bericht über die zukünftige Arbeit und Ausgestaltung der Bundeszentrale vor, den der Haushaltsausschuß des Deutschen Bundestages angefordert hatte und der auch die Länderkompetenzen berührende Fragen ansprach.

Denn in diesem Bericht wird die Notwendigkeit stärkerer Koordinierungs- und Grundlagenarbeit der Bundeszentrale betont, deren Ergebnisse Länder und freie Verbände stärker als bisher umsetzen sollen — in Abstimmung und mit eigenen Mitteln. Die Vielfalt der Institutionen und Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung wird auf dem Hintergrund gemeinsamer, gleichgerichteter, wenn auch arbeitsteiliger Konzepte für sinnvoll gehalten. Ziel des Berichts war insgesamt eine Konzentration der Arbeit der Bundesebene durch Kooperation und Arbeitsteilung mit den Ländern und freien Verbänden. Dies bedeutete für die Länder konkret die Übernahme von Aktivitäten und Maßnahmen, die bislang die Bundesebene mitfinanziert hatte, um diese frei zu machen für die Weiterentwicklung innovativer Strategien und Modelle.

Der Bericht fiel in eine Phase jährlicher Zuwachsraten auf Bundes- und Länderebene, die für die Gesundheitserziehung zwischen 5 bis 10% lagen. Das weitere Schicksal des Berichts bis heute soll nun im folgenden exemplarisch dokumentiert werden: Im November 1977 nimmt die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) den Bericht über die zukünftige Arbeit der Bundeszentrale zur Kenntnis und unterstützt ausdrücklich den darin beschriebenen neuen inhaltlichen Ansatz, der Gesundheitserziehung nicht mehr nur als Wissensvermittlung, sondern als Teil des individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses sieht. Die GMK sagt ihre Unterstützung für die Intensivierung der Arbeit in diesem Sinne zu und beauftragt den Ständigen Ausschuß, entsprechende Vorschläge zu entwickeln.

Nachdem diese Vorschläge vorgelegt wurden, behandelte die GMK im Juni 1978 das Thema erneut. Sie präzisiert ihre inhaltlichen Aussagen im Sinne eines primärpräventiven Ansatzes: « Von einem Gesundheitsverständnis ausgehend, das die psychosozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit verstärkt berücksichtigt, so-

wie von einem gewandelten Krankheitspanorama, das auch von einer durch veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen verursachten Zunahme von verhaltensbedingten Krankheiten gekennzeichnet ist, müssen die Bemühungen der gesundheitlichen Aufklärung verstärkt werden.» Gesundheitserziehung wird als öffentliche Aufgabe bezeichnet.

Das für die GMK von den Gesundheitserziehungsreferenten entwickelte Programm zur Effektivierung der Gesundheitserziehung, das Aussagen zur besseren Koordination, Kooperation, Arbeitsteilung, zur Forschung, zur Qualifikation der gesundheitserzieherisch Tätigen, zur Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes und zur Verbesserung der finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen enthielt, wurde jedoch nicht verabschiedet, sondern an den Ständigen Ausschuß zur Präzisierung und für schrittweise Umsetzungsvorschläge zurückverwiesen.

Im Mai 1979 stimmte die GMK dem überarbeiteten Programm in seinen Grundzügen zu, gab dem Ständigen Ausschuß aber einen neuen Auftrag: das Programm auf Prioritäten und erneut auf Umsetzungsmöglichkeiten zu überprüfen.

Eine Handlungsgrundlage, eine politische Selbstbindung der Gesundheitsminister, lag also auch nach 3 Jahren noch nicht vor. Der Ständige Ausschuß machte sich wiederum an die Erfüllung des Auftrages und unterteilte ihn dieses Mal in drei Schritte:

1. Aufzählung der Programmpunkte, die bereits in Angriff genommen worden waren, überwiegend Maßnahmen auf Bundesebene;
2. Durchführung einer Bestandsaufnahme im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Länder- und kommunaler Ebene und einer Befragung über Prioritätsvorstellungen im Jahre 1980;
3. Formulierung eines ausführlichen Status quo-Berichts und konkreter Vorschläge für prioritäre Maßnahmen und Vorlage an die GMK.

Diese Vorgehensweise war in einem Lernprozeß begründet, der aus der bisherigen Erfolglosigkeit resultierte: die Gesundheitserzieher auf Bundes- und Länderebene erkannten, daß die Länderregierungen bei der Realisierung des Maßnahmenprogramms sich nicht ohne weiteres in die Pflicht nehmen lassen würden, soweit es strukturelle und finanzielle Entscheidungen erforderlich machte. Und diese waren konkret angesprochen.

Aber auch diese Vorgehensweise brachte nicht den gewünschten Erfolg. Die GMK nahm im Dezember 1980 den Bericht zwar zur Kenntnis und verabschiedete Teile der vorgeschlagenen Beschlußempfehlung in unverbindlicher Form. Bezüglich der Teile, die finanzielle und strukturelle Maßnahmen erforderlich gemacht hätten, die von den Gesundheitserziehungspraktikern aller Ebenen als prioritär angegeben worden waren, band sie sich ebenso wenig wie bezüglich einer verstärkten Kooperation mit anderen Politikbereichen. Da die Äußerungen der GMK im Jahre 1980 den vorläufigen Schlußpunkt einer politischen Debatte dokumentieren, sollen sie ausführlicher beschrieben und in ihren Konsequenzen für den politischen Stellenwert der Gesundheitserziehung beurteilt werden. Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit wird hieran besonders deutlich.

### **Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist gefährdet**

Der Bericht über die Situation der Gesundheitserziehung machte deutlich, daß zwar der Bund und die Länder in den letzten Jahren eine qualitative und quantitative Verbesserung ihrer Arbeit erreicht hatten und in bezug auf konzeptionelle Entwick-

lung und Kooperation und Koordination erhebliche Fortschritte gemacht haben. Die Verbesserung der Infrastruktur bis in die Ebene der Kommunen ist jedoch nicht erfolgt, was angesichts einer sich verstärkt gemeindenah, lebensrealitätsnah und immer mehr personalkommunikativ weiterentwickelten Konzeption der Gesundheitserziehung wesentliche Umsetzungsdefizite zeigt. Bund und Länder müssen daher oft am öffentlichen Gesundheitsdienst der Gemeinden vorbei mit öffentlichen und privaten Trägern von Jugend- und Erwachsenenbildung kooperieren; dies ist auf die Dauer ohne den organisatorischen und auch konzeptionellen Transmissionsriemen in der Gemeinde, den das Gesundheitsamt darstellen könnte, nicht zu leisten, da diese Arbeit zu personal- und kostenintensiv ist. Zur Deckung dieser Ausgaben reichen die bisherigen Zuwachsraten nicht aus.

Sie reichen bei den Ländern noch nicht einmal aus, damit diese sich in nennenswertem Umfang an der Erstellung von Medien der Massenkommunikation durch den Bund beteiligen können, geschweige denn an den Versandkosten. Für den Bund, aber auch für die Länder werden auf der anderen Seite die Aufgaben und Anforderungen sowie die Erwartungen an die Gesundheitserziehung, immer größer. Es wird daher immer schwieriger, sie zu bewältigen, da vor allem auf der Ebene der Länder und Kommunen keine Verbesserung der organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen in Sicht ist und daher auch keine Entlastung der Bundesebene erfolgt.

Die Schlüsselrolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes gerät somit in Gefahr. Diese Tendenz wird durch zwei weitere Entwicklungen verstärkt, die in den beiden letzten Jahren in der Bundesrepublik zu beobachten sind. Zum einen ist es die schlechte Finanzlage der öffentlichen Hand, verbunden mit einer Politik der Ausgabenkürzungen, die ein weiteres Wachstum der Ausgaben in innovativen Bereichen erschwert, da zunächst im Vordergrund steht, das bereits Erreichte zu sichern. Die Tatsache, daß die Kosten für die Krankenversicherung weiter steigen, wird dabei auch als weitgehend unabänderlich und daher prioritär zu finanzieren angesehen. Zum anderen besteht eine Tendenz, die Aufgabe der Gesundheitserziehung auch denjenigen verstärkt zuzuweisen, die kurative Gesundheitsversorgung betreiben und finanzieren, d.h. den Sozialversicherungsträgern, vor allem den Krankenkassen und über diese den privat praktizierenden Ärzten. Gesundheitserziehung wird im Leistungskatalog der Krankenkassen mitberücksichtigt, wird damit letztlich von den Versicherten mitbezahlt und kommt den Ärzten zugute. Diese Entwicklung widerspricht dem Bekenntnis der Gesundheitsminister, Gesundheitserziehung primär als öffentliche Aufgabe zu sehen.

Beide Entwicklungen laufen in einer ideologischen Diskussion zusammen, die die Reprivatisierung öffentlicher Sozialleistungen fordert, in der Gesundheitspolitik die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten fordert und im Bereich der Gesundheitserziehung in der Forderung gipfelt, die Bundeszentrale aufzulösen und das Geld privaten Vereinen zu geben. Eine Koordination und eine Gesamtkonzeption wird dabei ausdrücklich abgelehnt, da Gesundheit als Sache und in der Verantwortung des einzelnen angesehen wird.

Damit ist die politische Diskussion über die Effektivierung der öffentlichen Aufgabe Gesundheitserziehung unversehens in ihr Gegenteil umgeschlagen, und die aktuellen Entwicklungen in einigen Bundesländern weisen heute darauf hin, daß diese Tendenzen politische Realität werden könnten: Aushöhlung der Landeszentralen zugunsten der Förderung privater Vereine, Kürzung von Geldern für die Gesundheitserziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die auch auf Bundesebene diskutiert wird, allerdings nicht mit diesem politischen Hintergrund.

## Der Kampf um öffentliche Mittel

Angesichts der Knappheit öffentlicher Mittel haben die Gesundheitsminister 1980 nicht ein Mehr an Ausgaben beschließen wollen, sie regen aber durchaus eine Umverteilung der Mittel innerhalb der Ausgaben für Gesundheit und Krankheit an. Die Gesundheitsminister fordern, daß Übereinstimmung hergestellt werden muß zwischen der «unbestrittenen Priorität für primärpräventive Gesundheitserziehung und den tatsächlich durchgeführten Maßnahmen und dafür aufgewandten Mitteln.»

Daß hier eine Diskrepanz besteht zwischen Anspruch und Wirklichkeit, hat die Bestandsaufnahme eindeutig ergeben. Obwohl dies vor allem auf die Ebene der lokalen Gesundheitsversorgung zutrifft, existiert aber auch ein krasses Mißverhältnis auf Bundes- und Länderebene zwischen den Ausgaben für Primärprävention einerseits und denen für Sekundär- und Tertiärprävention andererseits. Dies macht sich insbesondere bemerkbar bei der Förderungspraxis für freie Verbände im Bereich der Gesundheitserziehung. Überwiegend werden solche Verbände gefördert, die Alkoholranke, Drogenabhängige, Rheuma- oder Krebsranke betreuen, nicht aber solche Vereine und Initiativen, die primärpräventiv arbeiten. Eine Zuweisung zusätzlicher primärpräventiver Aufgaben an die traditionellen Verbände ist aber auch weitgehend unmöglich, weil die Mitgliedschaft dieser Verbände andere Interessen und Bedürfnisse hat, die legitimerweise auch bedient werden müssen. Im Wege einer Umverteilung wäre es hier besonders wichtig, die Gelder aufzuteilen und auch solchen Initiativen zur Verfügung zu stellen, die primärpräventive Arbeit betreiben, z.B. Eltern-Selbsthilfegruppen, Jugendgruppen und Jugendzentren, die primärpräventiv arbeiten können und wollen.

Umverteilung bedeutet auch immer Verteilungskämpfe. Sie werden in Zukunft verstärkt geführt werden müssen zwischen den verschiedenen Bereichen öffentlich verantworteter und durchgeführter Gesundheitsversorgung, d.h. vor allem, wenn es um die Aufwendungen für kurative oder präventive, für traditionelle oder innovative Maßnahmen geht. Dabei sollte man sich bewußt sein, daß die dafür notwendigen politischen Entscheidungen für Alternativen und Prioritäten nicht immer rational gefällt werden, sondern dem Einfluß mächtiger gesellschaftlicher Interessengruppen unterliegen. Und die Lobby der kurativen und präventiven Gesundheitspolitik ist von unterschiedlicher Bedeutung in der Bundesrepublik. Man kann sie mit Goliath und David vergleichen. Da außerdem die traditionellen Einrichtungen kurativer Versorgung nun auch die Prävention für sich reklamieren, obwohl ihre Ziele von denen der institutionalisierten öffentlichen Gesundheitserziehung abweichen, ist die Gefahr sehr groß, daß primärpräventive Maßnahmen und Ansätze mit aktivierender, gemeinde- und menschnaher Ausrichtung, auf der Strecke bleiben.

Daß Umverteilung heute in manchen Bereichen möglich wäre, wenn nicht irrationale Widerstände da wären, soll an ein paar Beispielen kurz illustriert werden:

Die Tbc-Fürsorge und -Beratung der Gesundheitsämter ist heute weitgehend überflüssig geworden. Ihre gute Ausstattung könnte durch Weiterqualifikation oder Umschichtung des Personals gut für Gesundheitserziehung genutzt werden. Die Widerstände dagegen kommen aus zwei Richtungen: einmal von den Amtsleitern, die lieber Altbewährtes als Innovatives wollen, das Unruhe und Verunsicherung bringen könnte, zum anderen von den Betroffenen und den Gewerkschaften, die andererseits gesundheitspolitisch gerade mehr Primärprävention fordern.

Ähnliche Beispiele in anderen Bereichen gibt es auch auf Bundesebene. So werden z.B. in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Überreste aus den Zeiten, als die Bundeszentrale Gesundheitsmuseum war, mehr aus Tradition denn

aus rationalen Überlegungen heraus beibehalten, mehr aus Angst der Betroffenen gegenüber Neuem als aus inhaltlichen Zielüberlegungen.

Ängste und Widerstände sind auch teilweise verständlich, da für solche Eingriffe in gewachsene Strukturen Vorbereitung und Hilfe der gesundheitspolitisch Verantwortlichen gebraucht wird. Der einzelne Amtsleiter oder Behördenleiter fühlt sich hier ohne diese Hilfe, die die Umsetzung neuer Zielkonzeptionen erleichtert, allein gelassen. Ob solche politischen Strukturierungseingriffe aufgrund der Entschließung der Gesundheitsminister erfolgen werden, ist jetzt noch nicht endgültig zu beurteilen. Einige Länder planen dies zumindest zur Zeit für den Bereich der lokalen Gesundheitsämter. Insgesamt ist der Erfolg für die Primärprävention im Verteilungskampf jedoch eher skeptisch zu sehen.

### **Schlechte Aussichten für Kooperation mit anderen Bereichen**

Ausgehend von einem Gesundheitsverständnis, das Lebens- und Arbeitsbedingungen als verursachende Faktoren und damit auch als Gegenstandsbereiche miteinbezieht, ist Gesundheitserziehung angewiesen auf eine verstärkte Kooperation mit anderen Politikbereichen, die sich um Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Umweltbedingungen, Familie, Jugend, Bildung kümmern. Diese Kooperation ist in ersten zaghaften Ansätzen vorhanden. 1978 und 1980 formulierten die GMK-Entschlüsse, daß diese Kooperation verstärkt werden solle. Ein konkreter Vorschlag der Gesundheitserziehungspraktiker und -referenten zur Entwicklung eines Instrumentariums dafür, wurde jedoch von der GMK nicht aufgegriffen. Die Zusammenarbeit wird allgemein von den jeweiligen Länderregierungen erwartet; 1980 verlagert sich das Schwergewicht der Kooperationsvorstellungen sogar auf die Sozialversicherungsträger und die freien Verbände, kehrt also in den engeren Binnenbereich der Gesundheitspolitik zurück.

Aus diesem Rückzug aus der Verantwortung für eine stärkere Kooperation mit anderen Politikbereichen ergeben sich nun strukturelle Schwierigkeiten vor allem für jene innovativen Versuche, die eine solche Kooperation vor Ort anstreben, ohne daß es eine politische Verständigung darüber gibt. Es wird zu Konkurrenzsituationen kommen, zu Mißstimmungen, die den Erfolg von Maßnahmen eher behindern als fördern. Ein Beispiel:

Es gibt eine gut funktionierende Kooperation zwischen der Gesundheitserziehung und der Jugend- und Erwachsenenbildung auf dem Gebiet verhaltenstherapeutischer Kurse zur Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion etc., die gegen Teilnehmergebühren von den entsprechenden Institutionen angeboten werden. Örtliche Krankenkassen bieten nun ebenfalls eine immer größere Zahl kostenloser Programme ihren Mitgliedern oder auch gezielt, als Werbemaßnahme für neue Mitglieder, der gesamten Öffentlichkeit an. Dies zieht natürlich die Teilnehmer von den Erwachsenenbildungsinstitutionen ab, die ja Geld für ihre Kurse verlangen: So wird ein gerade sich etablierendes Arbeitsfeld «Gesundheitsbildung» in der Erwachsenenbildung — unbeabsichtigt — gefährdet, und zwar weil keine Absprachen z.B. über eine koordinierende Stelle des Gesundheitsamtes im Sinne einer Arbeitsteilung erfolgt sind.

Die Kurse werden vielleicht dann noch eines Tages auf Krankenschein besucht werden können, wie das bereits in einer Stadt in der Bundesrepublik möglich ist. Damit wird Gesundheitserziehung zu einer neben vielen kurativen Verordnungen des Arztes, sie wird konsumierbar wie ein Medikament, aber gerade nicht Teil des Erziehungs- und Selbstaufklärungsprozesses des Menschen, der in realer Alltags-

fahrung gründet und in diese als Lebenshaltung integriert werden kann. Bei dieser Entwicklung wird auch Primärprävention bald am Ende sein, weil sie gegenüber Sekundär- und Tertiärprävention, die sich besser in bestehende kurative Strukturen einordnen lassen, nicht bestehen kann.

Von der primärpräventiven Zielkonzeption der Gesundheitserziehung her muß es nun aber prioritär darum gehen, Kooperationsmodelle mit Politik- und Gesellschaftsbereichen zu entwickeln, die dieser Zielkonzeption zum Erfolg verhelfen können. Dies ist ein schwieriges, weil innovatives Geschäft, das die gesundheitserzieherische Praxis nicht ohne politische Hilfe, Anstöße und Unterstützung lösen kann. Nur so können die bestehenden starren Kompetenzabgrenzungen sowie die bürokratischen Verkrustungen, die die Lebensrealität zunehmend in politische Zuständigkeitsbereiche zerteilen und daher zunehmend auf Ablehnung, Unverständnis und Verlust an Glaubwürdigkeit bei den Betroffenen stoßen, überwunden werden. Letztere organisieren sich dann neben oder gegen öffentliche Strukturen in Selbstorganisations- und Selbsthilfegruppen, die realitätsorientiert und glaubwürdig sind und gerade für eine primärpräventive Gesundheitserziehung, die den Lebenszusammenhang der Menschen, ihre Interessen und Bedürfnisse zum Ausgangspunkt ihres Handelns machen will, wichtige Impulse geben könnten. Gesundheitspolitik muß diese Bewegungen daher als wichtige Kooperationspartner für Primärprävention akzeptieren und sie — soweit es erforderlich ist — unbürokratisch fördern bzw. durch die Gesundheitserziehung fördern lassen.

Ebenso gehört aber dazu auch die Kooperation mit Bündnispartnern aus der Arbeitswelt, vor allem den Gewerkschaften, den Betriebs- und Personalräten, die eine Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz mitentwickeln und durchsetzen könnten.

Die Aussichten für solche Notwendigkeiten sind zur Zeit jedoch nicht sehr positiv. Es wird zunächst bei Einzelversuchen und Modellen bleiben müssen, und diese werden sicher Widerstand in dem Maße hervorrufen, daß die Gesundheitserzieher die Unterstützung der Gesundheitspolitik brauchen werden.

### **Zusammenfassung**

Es kann festgestellt werden, daß wir uns in der Bundesrepublik in der günstigen Situation befinden, aufgrund der ausführlichen gesundheitspolitischen Diskussion die Diskrepanz zwischen politischen Verlautbarungen und der Realität der Gesundheitserziehung gut nachvollziehen zu können. Dabei ergibt sich eine ernüchternde Bilanz bezüglich des Umsetzungswillens und der Umsetzungsmöglichkeiten politischen Wollens. *Einerseits* macht sich nach einer Phase der konzeptionellen Weiterentwicklung und Expansion nun teilweise Resignation breit, *andererseits* gibt es Tendenzen, durch die Mitentwicklung einer präventiven Gesundheitspolitik eine Politik der Gesundheitserziehung durch die Gesundheitserzieher mitzubeeinflussen. Dazu gehört eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, das Zurückweisen von Anforderungen, die nicht mehr erfüllbar sind, die Konzentration auf Prioritäten, das bewußte Engagement im ökonomischen Verteilungskampf, die Darlegung von Kosten-Nutzen-Relationen präventiver und kurativer Gesundheitspolitik sowie politische Initiativen zur Absicherung von Innovationen und Strukturveränderungen.

Diese Aktivitäten bedeuten für viele Gesundheitserzieher eine Umorientierung ihrer Arbeit und ihres Selbstverständnisses.

## Vom zentralistischen Ansatz zu regionaler und lokaler Beteiligung

Françoise Varet

Nach dem ersten Weltkrieg war Frankreich eines der Länder, dessen Regierung sich am energischsten um gesundheitliche Erziehung und Aufklärung bemühte, insbesondere hinsichtlich der Infektionskrankheiten. Nach dem zweiten Weltkrieg lag das Schwergewicht auf der Fürsorge für Mutter und Kind, der Errichtung von medizinisch-sozial ausgerichteten Gesundheitszentren zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten.

Als Folge verbesserte sich der allgemeine Gesundheitszustand in Frankreich erheblich. Heute liegt die Lebenserwartung bei der Geburt für Männer bei 69,5 und für Frauen bei 77,5 Jahren (verglichen mit 61,9 bzw. 67,4 Jahren im Jahr 1945), die Säuglingssterblichkeit liegt bei 9,8<sup>0</sup>/100 und die vorgeburtliche Sterberate bei 13,8<sup>0</sup>/100. Da jedoch die Infektionskrankheiten keine Bedrohung mehr darstellen und die Kindersterblichkeit reduziert wurde, haben heute andere Gebiete Priorität als 1945. Herz-Kreislaufkrankungen sind nun die häufigste Todesursache (37% der Sterbefälle) und die häufigste Ursache für längerdauernde Krankheit. Krebsarten und maligne Tumore stehen an zweiter Stelle (24% der Erwachsenen) und an dritter Stelle bei den Ursachen langdauernder Krankheiten. Unfälle und Traumata sind die dritthäufigste Ursache (9%); sie verursachen 50% der Todesfälle bei den unter 35jährigen (die Hälfte davon sind Straßenverkehrsunfälle). Als letztes folgen die Erkrankungen der Verdauungsorgane, hiervon entfallen 44% auf Leberzirrhose, die meistens auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen ist.

### Warum ein zentralistisches Konzept?

Diese neuen Probleme haben somit die Zielsetzungen im Bereich der Prävention auf individueller Ebene verändert. Anstatt mehr oder weniger regelmäßige Reihenunter-

---

Dr. FRANÇOISE VARET ist Leiterin des Referates für Epidemiologie, Prävention und Gesundheitserziehung im Gesundheitsministerium, Paris, Frankreich.

*Anschrift:* Bureau de l'Organisation de l'Epidémiologie, de la Prévention et de l'Education sanitaire, Ministère de la Santé, 30, rue d'Estrées, F-75700 Paris.

suchungen durchzuführen, zieht es die Regierung jetzt vor, selektiver vorzugehen und darauf abzielen, Krankheiten unter Kontrolle zu bekommen, für welche wir über wirksame Methoden der Erkennung und Behandlung verfügen.

Gleichzeitig beeinflussen zwei Faktoren die Entscheidungsträger in der Politik: einerseits die Veränderungen der Strukturen im Gesundheitswesen, die zu einem schnellen Anstieg der Behandlungskosten geführt haben — und dies in einer Zeit, in der die Wirtschaftslage besorgniserregend ist — und andererseits die Tatsache, daß die Effizienz der angewandten Therapien nicht verbessert wurde. Hierdurch ergab sich eine Verschiebung zugunsten der Primärprävention, um das Auftreten der sogenannten «Zivilisationskrankheiten» zu verringern oder teilweise sogar zu verhindern. Die Gesundheitserziehung ist eines der wichtigsten Instrumente dieser Primärprävention. In Frankreich war diese zentralisiert, teils weil in Frankreich seit den Zeiten Napoleons fast alles zentralisiert war und teils weil die verschiedenen Organisationen, die schon in diesem Bereich arbeiteten, es nicht zu ihren Aufgaben zählten, allgemeine Gesundheitserziehung zu betreiben, sondern sich eher auf spezifische Bereiche, wie Krebs, Tuberkulose, Diabetes etc. konzentrierten.

So hat zum Beispiel die Nationale Vereinigung für Kardiologie sehr viel im Bereich der sekundären und tertiären Prävention getan. Sie hat sich jedoch nicht mit Primärprävention befaßt, obwohl dies auch dazu beigetragen hätte, andere Krankheiten zu verhindern. Außerdem sind viele dieser Organisationen unabhängige Einrichtungen, auf die das Gesundheitsministerium keinerlei Einfluß ausüben kann. Aus diesen Gründen schlug 1975 eine Arbeitsgruppe vor, daß ein Französisches Komitee für Gesundheitserziehung eingesetzt und seine Aufgaben definiert werden sollten.

Dies war das Resultat eines Prioritätenprogrammes, wie es vom Siebenten Plan vorgeschrieben worden war, der die Gesundheitserziehung als wirksames Mittel der Vorsorge in den Vordergrund stellte. Dies spiegelte nicht die Absicht des Ministeriums zu stärkerer Zentralisierung wider, sondern vielmehr den Wunsch nach größerer Effektivität. Tatsächlich sehen die Statuten des Französischen Komitees eine Dezentralisierung vor, die in dem Maße voranschreiten soll, wie die Gesundheitskomitees in den Regionen und Departements ausgebaut werden.

### **Gesundheitliche Aufklärung: Verbesserung des Bewußtseinsstandes**

Es ist heutzutage offensichtlich, daß Information über Gesundheit nicht mit Gesundheitserziehung gleichzusetzen ist — und daß wir uns über die einzusetzenden Methoden Gedanken machen müssen, wenn wir Verhaltensveränderungen bewirken und die französische Bevölkerung in der Übernahme gesundheitlicher Eigenverantwortung unterstützen wollen.

Die Informationen über die Gesundheit, die wir in den letzten 5 Jahren verbreitet haben, haben das Terrain gründlich vorbereitet. Die neuesten Umfragen zeigen, daß 78% der Franzosen über gesundheitserzieherische Maßnahmen Bescheid wissen und bereit sind, in dieser Hinsicht persönliche Anstrengungen zu unternehmen. So haben die nationalen Kampagnen ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt.

Über dieses außerordentliche hohe Maß an Bewußtseinsbildung hinaus, waren die Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens sehr erfolgreich: 2 Millionen Menschen haben das Rauchen aufgegeben, und der Tabakkonsum in Gramm pro Einwohner ist gesunken, während die Kurve in den Jahren vor der Kampagne stark ansteigend war. Die Kampagne für Zahngesundheit hat zu einem zunehmenden Umsatz von Zahnbürsten geführt — ein Indikator, den wir genau beobachten.

## Zielgerichtete Anstrengungen

Hier dürfen wir jedoch nicht stehenbleiben, und nach fünf Jahren voller Experimente sieht es so aus, als müßten wir unsere Anstrengungen gerade jetzt angesichts der Entwicklung der Personallage im medizinischen Bereich verstärken. In letzter Zeit richteten wir unser Augenmerk auf eine besondere Zielgruppe: auf die Schulkinder. So starteten wir Kampagnen für eine ausgewogene und gesunde Ernährung an den Schulen. Das Französische Komitee erarbeitete Unterrichtsmappen, die die Arbeit mit kleinen Gruppen von 15-20 Kindern erleichterten. Durch eine Zusammenarbeit von Lehrern und dem Personal des schulmedizinischen Dienstes konnten wir den Kenntnisstand der Kinder vor dem Experiment festhalten. Ein Jahr lang folgten 2800 Kinder unseren Anweisungen; gleichzeitig wurden die Eltern durch die Elternorganisationen informiert. Parallel dazu veranstaltete das für Schulkantinen zuständige Gremium des Departements Lehrgänge für das Kantinenpersonal. Am Ende der Kampagne zeigte sich die nachhaltige Wirkung dieser Maßnahme, denn sowohl bei den Kindern wie auch bei den Eltern waren alle falschen Vorstellungen über eine gesunde Ernährung berichtigt worden.

In einem ganz anderen Bereich hat die Tatsache, daß ein Problem unter Berücksichtigung aller Aspekte in Angriff genommen wird und daß Organisationen auf nationaler und Bezirksebene beteiligt werden, zu einer bemerkenswerten Effektivität geführt. Im vergangenen Jahrzehnt blieb die vorgeburtliche Sterblichkeitsrate trotz der Einführung eines Systems, das regelmäßige Untersuchungen schwangerer Frauen vorsah, hoch: 19,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> im Jahr 1974. Hier war ein verstärkter Einsatz notwendig, um die Zahl bis 1980 auf 15<sup>0</sup>/<sub>00</sub> zu senken. Tatsächlich erreichte man dieses Ziel schon 1978, und die Quote liegt jetzt bei 13<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Dieser Erfolg ist auf drei Faktoren zurückzuführen: Information der Mütter, die die Notwendigkeit regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen einsahen; Ausbildung des medizinischen Personals, speziell des Hilfspersonals (Hebammen) und schließlich eine verbesserte Ausstattung der Entbindungsstationen. Diese Kampagne mit dem Titel «Richtig gebären», die in einem nordfranzösischen Departement sowie auf Korsika gestartet wurde, soll jetzt auf das östliche Frankreich ausgedehnt werden, wo die Sterblichkeitsrate noch etwas hoch ist.

## Einbeziehung der Gemeinden

Andernorts haben die Sozialversicherungsträger oder die Versicherungsanstalten lokale Programme entwickelt, mit denen die Gemeinden an der Lösung ihrer Gesundheitsprobleme beteiligt werden sollen. Mit Hilfe der Allgemeinpraktiker, Sozialarbeiter sowie des medizinischen Hilfspersonals hat beispielsweise die landwirtschaftliche Sozialversicherung (Mutualité Sociale Agricole) eine gemeindeorientierte Politik formuliert, die sich auf Gesundheitsfragen konzentriert. Die speziellen Tätigkeiten ergeben sich aus einer Untersuchung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung auf kommunaler Ebene und haben z.B. die Form von Gruppentreffen unter Führung eines Allgemeinpraktikers, einer Schwester oder eines Sozialarbeiters der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Mehr als 350 Veranstaltungen wurden in einem Departement durchgeführt, wobei über hundert Allgemeinpraktiker freiwillig teilnahmen und mehr als 25.000 Menschen aktivierten.

Im Südwesten wurde den Problemen der älteren Menschen in der Landbevölkerung Vorrang eingeräumt, da diese mit Einsamkeit und geographischer Isolation konfrontiert sind. Die Sozialarbeiter der Versicherung initiierten die Schaffung eines «Landvereins für Rentner», der Freizeitgestaltung für die Älteren anbietet und ihnen hilft, besser mit ihren Problemen zurechtzukommen. Es besteht ein großer Be-

darf an Gesundheitsinformationen, und die Allgemeinpraktiker zusammen mit dem Komitee für Gesundheitserziehung des Departements bieten ausführliche Informationen über Themen wie Rheumatismus, gesunde Ernährung etc.

Ähnliche Aktivitäten werden für Landfrauenvereine, für Studenten an Landwirtschaftsschulen sowie für alle Altersgruppen der Landbevölkerung durchgeführt. Ebenfalls durchgeführt wurden Informationsveranstaltungen über die Selbstuntersuchung der Brust oder über Herz-Kreislaufkrankungen, ein Thema, das der Bevölkerung die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und ihrer praktischen Folgen vor Augen führte.

Obwohl diese Maßnahmen für sich selbst genommen insgesamt sehr sinnvoll sind, da sie mit dem praktischen Ziel unmittelbarer Verhaltensveränderung konzipiert wurden, sind sie doch abhängig von der freiwilligen Mitarbeit der Ärzte.

Die Vereinigung der ärztlichen Berufsverbände startete in 15 Gemeinden nordwestlich von Reims, in der Nähe von Paris, ein gesundheitserzieherisches Experiment, das, je nach den örtlich feststellbaren Bedürfnissen, auf die Bevölkerung im gesamten Departement ausgedehnt und zu einer permanenten Einrichtung werden soll. Die Ärzte, die dieses Experiment ins Leben riefen, bildeten eine Vereinigung.

Im Zusammenhang mit diesem Projekt führt das Zentrum für Präventivmedizin in Reims ein besonderes Experiment durch: die systematische präventive Gesundheitsuntersuchung, der sich jeder Bürger auf Verlangen der Sozialversicherung alle fünf Jahre unterziehen soll und die an Familien durchgeführt wird, deren Mitglieder sich bereit erklärt haben, gemeinsam zur Beratung zu kommen. Die Ergebnisse werden vom Zentrum dann an den Hausarzt weitergegeben, der sie mit den Familienmitgliedern bespricht. Es scheint, daß diese Form der Familienberatung weitaus mehr Wirkung zeigt, als eine Reihe von Einzeluntersuchungen.

### **Ein multisektorieller, basisorientierter Ansatz**

Ich habe alle diese Beispiele zitiert um aufzuzeigen, daß die Gesundheitserziehung in Frankreich nicht völlig zentralisiert ist. Augenblicklich untersucht eine Arbeitsgruppe, wie die Komitees in den Regionen und Departements ihre Aktivitäten ausbauen können. Die Erfahrung hat die Wirksamkeit kleiner Gruppen bei der Einleitung von Verhaltensveränderungen gezeigt. Deshalb ist es jetzt unser Anliegen, eine größtmögliche Zahl von Berufsgruppen in unsere Anstrengungen einzubeziehen, d.h. Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Mütterbetreuer, Hebammen, Lehrer, Erzieher etc., denn nur sie stehen in engem Kontakt mit den Bevölkerungsgruppen, die wir erreichen wollen. Sie müssen von uns in gesundheitserzieherischen Fragen ausgebildet werden, da die Informationskampagnen über Straßenverkehrssicherheit eindeutig gezeigt haben, daß ihre Wirkung nur kurzfristig ist. Deshalb halten wir es für äußerst wünschenswert, lokale Initiativen zu unterstützen. Sie können auf bessere und umfassendere statistische Daten gestützt werden, da die Epidemiologie ja gleichzeitig auch weiterentwickelt wird: gerade ist beschlossen worden, eine nationale Morbiditätsstatistik zu erstellen. Ich halte eine gute statistische Grundlage für unabdingbar zur Ausarbeitung und Verbreitung einer erfolgreichen gesundheitserzieherischen Aussage.

Bei jeder Maßnahme sind immer mehrere Parteien betroffen, und jede kann ihren Beitrag zur Erreichung des gesetzten Zieles leisten. Es ist dieses Verständnis sowie die Mitarbeit aller Betroffenen, die am schwersten zu erreichen sind. Wir haben allerdings die Hoffnung, daß die genannten Beispiele sich allmählich auf ganz Frankreich ausdehnen lassen werden, wenn die Bedürfnisse die gleichen sind.

## **Die Stärkung der Basisaktivitäten — ein primäres Ziel**

**Françoise Buhl**

Der für diesen Beitrag vorgeschlagene Titel unterstreicht die zentralistische Organisationsform der Gesundheitserziehung in Frankreich. Tatsächlich ist dies aber nur ein Aspekt des Problems, der, um ein unverfälschtes Bild zu erhalten, in einem größeren Zusammenhang gesehen werden muß.

Es trifft zwar zu, daß in Frankreich eine nationale Organisation für die Durchführung der Regierungspolitik im Bereich der Gesundheitserziehung zuständig ist; es trifft aber gleichermaßen zu, daß neben den Aktivitäten des Französischen Komitees für Gesundheitserziehung, und ganz unabhängig von diesem, die Gesundheitserziehung in den letzten Jahren eine erhebliche Entwicklung, Diversifizierung und Dezentralisierung erfahren hat.

Wir müssen einige Jahre zurückgehen, um beurteilen zu können, warum 1975 das Bedürfnis bestand, die Gesundheitserziehung zu konzentrieren, um ihr neuen Impetus zu geben. Dieser neue Ansatz hat landesweit zahlreiche Handlungs- und Entscheidungszentren für die Gesundheitserziehung entstehen lassen, eine Entwicklung, die in der Zukunft noch deutlicher sein wird.

Soziale Gesundheit und Gesundheitserziehung begannen ihre Entwicklung in Frankreich gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Seit dieser Zeit machten es einige Ärzte, Politiker und sozial engagierte Personen zu ihrem Anliegen, hygienische Grundkenntnisse über die medizinischen Berufe hinaus zu verbreiten und die Bevölkerung in den Gesundheitsschutz sowie die Bekämpfung der Kindersterblichkeit, vor allem der Tuberkulose, der bedeutendsten Krankheit der damaligen Zeit, einzubeziehen. Die ersten staatlichen Stellen mit erzieherischen Aufgaben im Bereich der Gesundheit wurden aber erst 1916 geschaffen: man nannte sie Zentren für soziale Hygiene und Tuberkulosebekämpfung.

---

FRANÇOISE BUHL war z.Zt. des Seminars Generaldelegierte des Französischen Komitees für Gesundheitserziehung, Paris, Frankreich.

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

Gleichzeitig mit diesen *staatlichen* Stellen, wurden zwischen 1916 und 1930 *private* Einrichtungen zur Aufklärung der Öffentlichkeit geschaffen: als erstes ging es um die Tuberkulose, dann ab 1918 um Krebs, später um Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, Lebensmittelhygiene und seelische Gesundheit. 1940 wurde der Ausdruck «Gesundheitserziehung» zum ersten Mal in amtlichen Texten, im Zusammenhang mit der Schaffung von fünf regionalen experimentellen Zentren für die Gesundheitserziehung, verwendet.

Organisationen für Gesundheitsfragen wurden in Frankreich auf regionaler Ebene, nicht auf nationaler Ebene eingerichtet. Erst am 17. Oktober 1945 wurde das Nationale Zentrum für Gesundheitserziehung geschaffen, um die Aktivitäten der regionalen Zentren zu koordinieren.

Die Gesundheitspolitik durchlief mehrere Wandlungen, bis das Französische Komitee für Gesundheitserziehung seine jetzige Bezeichnung und Struktur gefunden hatte, d.h. als eine private Vereinigung unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministeriums, fast ausschließlich vom Ministerium und den Sozialversicherungsträgern finanziert.

1972 schloß ein Bericht über die Gesundheitserziehung in Frankreich mit folgender Bemerkung: «Die Strukturen der Gesundheitserziehung sind außerordentlich komplex. Sie richten sich nicht nach irgendeinem Generalstabsplan, da sie parallel mit dem wachsenden Interesse an der neuen Disziplin kontinuierlich entstanden sind. Die staatliche Initiative setzte weit später als die private ein, da der Gesundheits- und Sozialerziehung im Bereich der Prävention bisher viel zuwenig Beachtung geschenkt wurde. Denn auch die Prävention hat in der Gesundheitspolitik nie die Rolle gespielt, die ihr zugestanden hätte.»

Bis zum Jahre 1975 war die Gesundheitserziehung nur Stückwerk. Immer wenn es notwendig geworden war, ergriff man die eine oder andere Maßnahme, weswegen diese meist wirkungslos blieben. Jeder Verein oder Verband arbeitete innerhalb seiner ganz spezifischen Struktur. Es bildeten sich Gruppen, von denen jede eifersüchtig über ihre Kompetenzen wachte. Das größte Paradox bestand jedoch darin, daß aufgrund fehlender Koordinierung trotz einer miserablen Finanzlage zahlreiche Aktivitäten doppelgleisig durchgeführt wurden. Im Jahre 1975 war die Lage der Gesundheitserziehung wahrlich nicht die beste, doch die Ergebnisse entsprachen eben dem, was man hineingesteckt hatte. Es wäre jedoch sehr unfair, nun diejenigen, die es durch ihr Engagement ermöglichten, die Gesundheitserziehung am Leben zu erhalten, an den Pranger zu stellen, wie dies oft geschieht.

### **1975: Die Gesundheitserziehung erhält eine Vorrangstellung in der Gesundheitspolitik**

Im Oktober 1975 beauftragte das Gesundheitsministerium eine Expertenkommission damit, über die großen Linien der Gesundheitspolitik für die Jahre 1976-80 nachzudenken, welches die Zeitspanne war, die der Siebente Plan zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung umfaßte.

Der Bericht der Kommission betonte die Bedeutung, die man der Gesundheitserziehung zuerkennen müsse. Der Regierung wurde vorgeschlagen, eine handlungsfähige Organisation zur Förderung der Gesundheitserziehung zu schaffen, um von Zeit zu Zeit oder langfristig Kampagnen durchführen zu können, damit unter Einsatz moderner Informationsmittel besonders gesundheitsschädigende Verhaltensweisen geändert werden konnten.

Gemäß den Empfehlungen der Kommission übertrug das Gesundheitsministerium im Jahre 1976 dem Französischen Komitee für Gesundheitserziehung die Verantwortung zur Durchführung von Aktivitäten, um diese Ziele zu erreichen. Die Wahl fiel nicht von ungefähr auf das Französische Komitee und die Komitees in den Regionen und Departements. Nur sie allein hatten ja die Erfahrung und einen globalen Ansatz für die Gesundheitserziehung. Alle anderen Organisationen verfolgten spezifischere Ziele und konzentrierten sich oft auf die Prävention einer bestimmten Krankheit (Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten) und nicht auf einen multi-sektoriellen Ansatz zur Verbreitung von Informationen über Verhalten und Risikofaktoren.

Der Finanzhaushalt des Französischen Komitees stieg proportional zu den ehrgeizigen Erwartungen der Regierung, und zwar von 4 Millionen FF 1975 auf beinahe 45 Millionen 1981. Die Mittelzuteilung an das Komitee von seiten des Gesundheitsministeriums einerseits und der Sozialversicherungsträger andererseits entwickelte sich jedoch sehr unterschiedlich. Der Zuschuß des Ministeriums stieg im Zeitraum von 1975 bis 1981 von 2 Millionen auf über 37 Millionen FF, während die finanzielle Unterstützung der Versicherungen nur von 1,7 Millionen auf 5,2 Millionen stieg.

Somit kann man sagen, daß seit 1975 von seiten der Regierung der Wunsch bestand, die Gesundheitserziehung zu zentralisieren. Dieses Bestreben wurde dadurch gerechtfertigt, daß vereinzelte Maßnahmen und Mitteleinsätze es bisher nicht fertiggebracht hatten, der Gesundheitserziehung soviel Gewicht zu geben, daß sie sich landesweit verbreitet hätte.

Die verhältnismäßig gute finanzielle Ausstattung des Französischen Komitees ermöglichte der Gesundheitserziehung zum ersten Mal den Zugang zu den Massenmedien: Presse, Radio, Fernsehen. So wurden Kampagnen entwickelt über Rauchen, Mundhygiene, richtigen Medikamentengebrauch, ausgewogene Ernährung und im sozialen Bereich über das Rentenalter und die gesellschaftliche Integration körperlich Behinderter. In letzter Zeit wurden alle diese Themen in einer globalen Strategie unter dem Motto «Deine Gesundheit hängt auch von dir ab» zusammengefaßt.

Außer ihren Auswirkungen auf die öffentliche Meinungsbildung (80% der Bevölkerung befürworten diese Kampagnen und sind dafür, daß sie fortgesetzt und verstärkt werden), lag der größte Erfolg dieser Kampagnen in der Mobilisierung aller an der Gesundheitserziehung beteiligten Personen.

### **Die Dezentralisierung der Aktivitäten**

Die Dezentralisierung im Gesundheitserziehungsbereich kann aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden: einerseits die Dezentralisierung der Aktivitäten des Französischen Komitees und andererseits die Dezentralisierung der Gesundheitserziehung durch unabhängige Initiativen von Personen und Vereinigungen, die nichts mit dem Französischen Komitee zu tun haben.

#### *Stärkung der Aktivitäten in den Regionen und Departements*

Sehr schnell stellte sich heraus, daß die Kampagnen zur Massenaufklärung die Öffentlichkeit nur für bestimmte Themen sensibilisieren konnten, und daß sie durch Aktionen vor Ort unterstützt werden mußten, um wirklich Früchte zu tragen. So begann man sich auf die Initiative des Französischen Komitees hin, auf Schulen zu konzentrieren; Unterrichtsmaterialien für die Lehrer und somit indirekt für die Schüler wurden erarbeitet. Die Schule ist sicherlich einer der besten Orte zur Durchführung der Gesundheitserziehung.

Andererseits profitierten auch die im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten stark von den Materialien, die im Zusammenhang mit den Kampagnen veröffentlicht wurden. Alle Materialien, die das Französische Komitee ausarbeitet, werden regelmäßig über ein Netz von 20.000 Mitarbeitern gestreut.

Schließlich wurde eine Politik zur Weiterentwicklung, Förderung und Unterstützung der Komitees für Gesundheitserziehung in den Regionen und Departements eingeleitet. Im Oktober 1978 wurden die Direktoren der Komitees für Gesundheitsfragen und Soziales, die die Außenstellen des Gesundheitsministeriums darstellen, durch Rundschreiben angewiesen, der Förderung der Gesundheitserziehung, in enger Zusammenarbeit mit den Gremien in den Regionen und Departements, Priorität einzuräumen. 1975 gab es 19 regionale Komitees und 18 Komitees auf Departementebene; 1981 waren es 21 bzw. 52.

Diese örtlichen Komitees, die den direkten Kontakt zur Bevölkerung haben, fungieren als Vermittlungsstellen bei den Aufklärungskampagnen und entwickeln spezifische Aktivitäten, die auf die Bedürfnisse und Erwartungen von Personen unter unterschiedlichen sozio-kulturellen Bedingungen zugeschnitten sind. Dieser Versuch, die Kampagnen individueller zu gestalten, steht noch am Anfang. Ganz offensichtlich braucht man für solche Maßnahmen mehr Zeit, mehr Fähigkeit «zuzuhören» und mehr menschliche Hilfskräfte als bei den Massenkampagnen. Um erfolgreich zu sein, braucht man viel Engagement und fortdauernden Einsatz.

Die Komitees für Gesundheitserziehung in den Regionen und Departements befinden sich noch heute aufgrund ihres schwachen rechtlichen Status und der aleatorischen Natur ihrer Ressourcen in einer prekären Situation. Ihr Überleben hängt oft vom guten Willen der Verwaltung und der Sozialversicherungsträger ab. Im Rahmen der Kampagnen haben sich ihre Aktivitäten erstaunlich gut entwickelt, ohne daß ihnen aber irgendwelche Zukunftsgarantien gegeben werden. Obwohl sie in gewisser Weise von der Konzentration der Mittel, die der Gesundheitserziehung zur Verfügung gestellt wurden, profitiert haben, sind sie doch bei dieser Politik in mancher Hinsicht vernachlässigt worden.

#### *Weitere Aspekte der Dezentralisation*

Der neue Aufschwung, den die Gesundheitserziehung durch die umfangreichen Aufklärungskampagnen erfuhr, hat in diesem Bereich zu einer schwerpunktartigen und vielfältigen Zunahme der Aktivitäten in Frankreich geführt.

Gesundheitsexperten beteiligen sich, sei es unabhängig oder im Rahmen von Vereinigungen oder informellen Strukturen, stärker als in der Vergangenheit an der Gesundheitserziehung. Die frühere skeptische oder gar oppositionelle Haltung, besonders der Ärzte, hat sich in den vergangenen Jahren spürbar verändert.

Ohne vorschnelle Schlußfolgerungen ziehen zu wollen, muß diese neue Geisteshaltung für die Zukunft als außerordentlich positiv angesehen werden. Die paramedizinischen und sozialen Berufsgruppen sind ihrerseits dem ärztlichen Berufsstand vorausgegangen: schon seit langem integrieren sie die Gesundheitserziehung in ihre tägliche Arbeit sowie in ihre Ausbildung. Es gibt indessen zahlreiche Hemmnisse, die diese Entwicklung verzögern, besonders was die Ausbildung betrifft sowie die Zeit, die erforderlich ist, damit sich diese noch junge aber unbestreitbar starke Bewegung voll entwickeln kann.

In den letzten Jahren konnte man auch eine Neubelebung der Aktivitäten zahlreicher Vereinigungen beobachten, die auf nationaler und regionaler Ebene sowie in den Departements einen Teil ihrer Arbeit der Gesundheitserziehung widmen. Obwohl diese Vereinigungen nicht in den Genuß der beträchtlich gestiegenen Mittel des

Französischen Komitees kamen, waren sie doch in der Lage, der wachsenden Nachfrage der Bevölkerung in den unterschiedlichen Bereichen, wie Krebs, Alkoholismus, Atemwegserkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Geburtenkontrolle etc., nachzukommen.

Leider gibt es zwischen all diesen Gremien keine Koordination. Man hofft, daß es ohne eine übermäßige Zentralisierung möglich sein wird, zu einer engeren Zusammenarbeit zu kommen, um eine bessere Planung der Aktivitäten zu erreichen. Dies ist zum Beispiel beim Thema Rauchen der Fall, hier haben sich alle betroffenen Gremien in einer Dachorganisation zusammengefunden.

### **Schlußfolgerung**

Die Zentralisierung, die nötig war, um der Gesundheitserziehung in Frankreich den nötigen Anstoß zu geben, hat in der zweiten Phase sicherlich das Wachstum der Entscheidungs- und Handlungszentren in der Gesundheitserziehung beeinflußt. Die Stärkung dieser Feldaktivitäten sollte in den nächsten Jahren das Hauptziel sein, wobei man sich auf Aktivitäten konzentrieren sollte, die die Schulen, die Gesundheitsberufe, die Gemeinden und die Arbeitswelt einbeziehen. Jede Maßnahme muß sich frei entwickeln, aber zwischen den einzelnen Bereichen sollte Zusammenarbeit und ein Erfahrungsaustausch stattfinden, damit jede Maßnahme den größtmöglichen Erfolg erzielt. Das Französische Komitee für Gesundheitserziehung könnte die Schaltstelle für diesen Austausch darstellen und eine Datenbank einrichten, die allen Beteiligten zur Verfügung steht.

## **Modelle zur Veränderung und Strategieentwicklung: eine Entscheidung muß getroffen werden**

**Evert Dekker**

Anfang der 70er Jahre schien die Zeit in den Niederlanden reif, einen bewußten und systematischen Versuch zur Förderung der Entwicklung der Gesundheitserziehung zu unternehmen. Bis dahin war die Entwicklung eher marginal und fragmentarisch verlaufen.

Schon 1962 hatte das Zentralkomitee für öffentliches Gesundheitswesen fundierte Empfehlungen hinsichtlich des Aufbaus und einer Ausweitung der Gesundheitserziehung gegeben. Diese Empfehlungen fruchteten nur wenig. Eine Veränderung trat erst dann ein, als die größte soziale Organisation im Aufgabenbereich der Gesundheitserziehung, die niederländische Kreuz-Organisation\* einen leidenschaftlichen Appell an das Gesundheitsministerium richtete, die Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung zu forcieren. Die Arbeitsgruppe, die durch diese Initiative entstand, erstellte 1974 mit Hilfe von Fachleuten aus dem Gesundheitserziehungsbereich den Vorentwurf für eine dezentrale Organisationsstruktur. Dieser Vorentwurf sollte durch einen Ausschuß weiter ausgearbeitet werden, dessen Mitglieder einflußreiche Persönlichkeiten sein würden. In der Zwischenzeit sollten schon regionale Projekte mit zweifacher Zielsetzung in Angriff genommen werden: Förderung der Zusammenarbeit mit allen Organisationen im Bereich der Gesundheitserziehung und Auslösen einer Gesundheitserziehungsbewegung an der Basis.

---

\* Dies ist eine private, gemeinnützige Organisation, die landesweit im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens tätig ist und von der Regierung zur Durchführung präventiver Aktivitäten unterstützt wird.

---

Dr. EVERT DEKKER ist Leiter der Abteilung für seelische Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Umwelt, sowie Mitglied der Arbeitsgruppe für den nationalen Planungsausschuß für Gesundheitserziehung, Leidschendam, Niederlande.

*Anschrift:* Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene, Doktor Reijersstraat 12, NL-2260 AK Leidschendam.

Das Ministerium nahm die Empfehlung an: die Impulse aus dem Interessenbereich waren stark genug. Außerdem gewann auch im Ministerium die Ansicht, daß die sozialen und Verhaltensaspekte der Gesundheitsprobleme unterschätzt worden seien, immer mehr Anhänger.

### **Ein nationaler Planungsausschuß für Gesundheitserziehung**

Ein nationaler Planungsausschuß für Gesundheitserziehung wurde im Juni 1976 eingesetzt, mit der Zielvorgabe, dem Ministerium konkrete Vorschläge zu fünf Bereichen zu machen: 1. Welche Funktionen und welche Organisationsformen sollten die regionalen Beratungszentren für Gesundheitserziehung haben? 2. Welche Ziele, Aufgaben und Verfahrensweisen könnten einer nationalen Stelle für Beratung und Aufklärung angemessen sein? 3. Welche Ziele, Aufgaben und Verfahrensweisen könnten einem nationalen Institut angemessen sein? 4. Welche gegenseitigen Beziehungen und Verbindungen könnten mit den Behörden hergestellt werden? 5. Wie könnte die Finanzierung der Gesamtstruktur aussehen?

Der Ausschuß setzte sich aus unabhängigen Autoritäten aus allen Bereichen zusammen, die für die Planung der Gesundheitserziehung von Bedeutung waren, wie z.B. Kommunikationswissenschaften, Organisationsentwicklung, Sozialmedizin, Lehre des geplanten Wandels, Finanzierung und Organisation der Gesundheitsfürsorge. Man hatte sich für diese Zusammensetzung des Experten-Gremiums entschieden, um sich nicht ausschließlich auf Vertreter der eigentlichen Gesundheitserziehungsorganisationen zu beschränken, und zwar aus zwei Gründen: das Ministerium vertrat die Ansicht, daß dieser Bereich zu umfassend und heterogen sei, um sich ausschließlich auf die Gesundheitserzieher zu erstrecken; und außerdem sollte eine Beeinflussung durch Eigeninteressen soweit wie möglich ausgeschlossen werden.

### **Die gegenwärtige Situation**

Der Anwendungsbereich der Gesundheitserziehung, mit dem sich der Ausschuß befaßte, war sehr weit und vielfältig. In Übereinstimmung mit dem niederländischen System der Gesundheits- und Sozialfürsorge, wurde der Schwerpunkt auf gemeinnützige Organisationen und auf eine dezentrale Politik und Realisierung gelegt. Konkret gesagt, war die Situation folgende:

#### *a) auf lokaler und regionaler Ebene:*

- Aktivitäten für Gesundheitserziehung und Prävention von den Kreuz-Verbänden der Provinz (5 Berater);
- ambulante seelische Gesundheitsfürsorge (rund 50 Verantwortliche für Präventionsarbeit);
- Projekte regionaler Zusammenarbeit mit insgesamt 15 Gesundheitserziehern;
- 15 Elternberater;
- 10 Gesundheitserzieher in öffentlichen Gesundheitsdiensten etc.

#### *b) auf nationaler Ebene:*

- große Gesundheitsorganisationen mit Personal, das besondere Verantwortung im Bereich der Gesundheitserziehung hat;
- mehr als 30 Sonderorganisationen, einige mit Verantwortlichen für Öffentlichkeitsarbeit;

— kein nationales Zentrum für Gesundheitserziehung, d.h. in dieser Hinsicht ein Vakuum.

### **Die Empfehlungen des Ausschusses**

Der Ausschuß faßte seine Ansichten in einer Reihe von Zwischenempfehlungen und einem Schlußbericht zusammen.

Ihr *Hauptinhalt* war:

#### *Für die lokale und regionale Ebene*

Viele Gesundheitsprobleme werden ganz oder teilweise durch das menschliche Verhalten verursacht. Da die Massenmedien Verhaltensweisen nur in beschränktem Umfang zu verändern vermögen, muß eine Gesundheitserziehung konzipiert werden, die Einzelpersonen und Gruppen beeinflussen kann. Um dies zu erreichen, muß die Gesundheitserziehung in die Arbeit an der Basis einbezogen werden, insbesondere in den Bereichen der Gesundheitsversorgung, Erziehung, Sozialfürsorge und der Selbsthilfe. Dies setzt eine nationale Politik voraus, einschließlich geeigneter Ausbildungsprogramme. Da dies Zeit erfordert, sollten regionale koordinierende Gremien eingesetzt werden um sicherzustellen, daß alle relevanten Bereiche bei der Entwicklung einer Basisgesundheitserziehung zusammenarbeiten. Ihre Hauptfunktionen würden im Bereich der Politik und der Dienstleistung liegen. Die Organisationsform solcher Gremien sollte der Dezentralisierung im Bereich der Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge entsprechen, wie sie gegenwärtig in den Niederlanden stattfindet. Eine einheitliche Regionalstruktur kann und darf nicht von nationaler Ebene her vorgeschrieben werden. Die Provinzbehörden und die Behörden der vier Großstädte sollten einen *Entwicklungsplan* auf der Basis der Vorstellungen des Ausschusses ausarbeiten.

Durch diese Empfehlung konnte der Ausschuß zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: die prozeßorientierte Entwicklung der Gesundheitserziehung wurde unterstrichen (ein offener Prozeß mit Strukturelementen), und die Provinz- und Kommunalbehörden werden in den Prozeß einbezogen.

#### *Für die nationale Ebene:*

Der Ausschuß schlug vor, mehrere Maßnahmen zu ergreifen, und zwar:

- a) die Schaffung eines Komitees mit gemischter Zusammensetzung (Vertreter aus Organisationen der Gesundheitserziehungspraxis und unabhängige Experten); ihre Aufgabe wäre es, die Regierung in Fragen der Entwicklung der Gesundheitserziehung zu beraten;
- b) die Errichtung eines Dienstleistungszentrums, das bereitstellen würde:
  - eine Bibliothek / Dokumentationsstelle;
  - eine Katalogisierung von Informationsmaterialien;
  - Ausbildung;
  - Information und Beratung;
  - Forschung und Forschungsplanung;
- c) die Übertragung einer unterstützenden Funktion an die nationalen und Sonderorganisationen, so daß diese die Öffentlichkeit nicht mehr direkt informieren, sondern ihre Sach- und Fachkenntnisse sowie ihre Materialien den Mitarbeitern auf regionaler und lokaler Ebene zugänglich machen.

## Der Arbeitsprozeß des Ausschusses

Der Ausschuß hat nun einen Prozeß durchgemacht, der 4 1/2 Jahre dauerte und gekennzeichnet war durch einen Input von Beratung, Mitwirkung, Forschung und Studienreisen sowie einen Output von Zwischen- und Schlußempfehlungen und einer Informationsschrift. Dies ist im *Diagramm 1* zusammengefaßt, das ein großes Maß an Mitwirkung an der Basis zeigt. Experten aus anderen Ländern haben sich oft kritisch darüber geäußert, daß wir Probleme sehr demokratisch in Angriff nehmen, vielleicht sogar übertrieben demokratisch, denn dieser Prozeß beansprucht beträchtlich viel Zeit. Aus einiger Entfernung gesehen, könnte man zu der Schlußfolgerung kommen, daß wir uns dem Ideal eines «geplanten Wandels» näherten, bei dem sich der Urheber des Wandels und das betroffene Klientensystem ständig beeinflussen und sich in dieselbe Richtung und in demselben Rhythmus verändern. Dennoch sah sich das Komitee zahlreichen kritischen Aussagen aus der Praxis gegenüber, und zwar besonders im Hinblick auf:

- 1) eine Entwicklung zum Zentralismus: allein der nationalen Ebene sollte es gestattet sein, lokale und regionale Aktivitäten in der Gesundheitserziehung zu unterstützen;
- 2) eine Entwicklung, die dahin geht, die Gesundheitserziehung von den bestehenden Organisationen unabhängig zu machen: die Errichtung regionaler Koordinationsstellen wurde als eine Gefahr für die Autonomie der Gesundheitsorganisationen angesehen;
- 3) einen gewissen Mangel an Unabhängigkeit: der Ausschuß hatte eine «unabhängige» Empfehlung zum Gesamtbereich der Gesundheitserziehung zu machen, gleichzeitig hatte er aber eine verhältnismäßig enge und ausschließliche Verbindung mit einem Teilbereich, d.h. mit den experimentellen regionalen Kollaborationsprojekten;
- 4) die Tatsache, daß es im Ausschuß keine Vertreter von Organisationen gibt, die Gesundheitserziehung durchführen, schuf, trotz der Mitwirkung des Ausschusses, eine zu große Entfernung von der Arbeit vor Ort.

Ich werde auf diese kritischen Aussagen kurz eingehen.

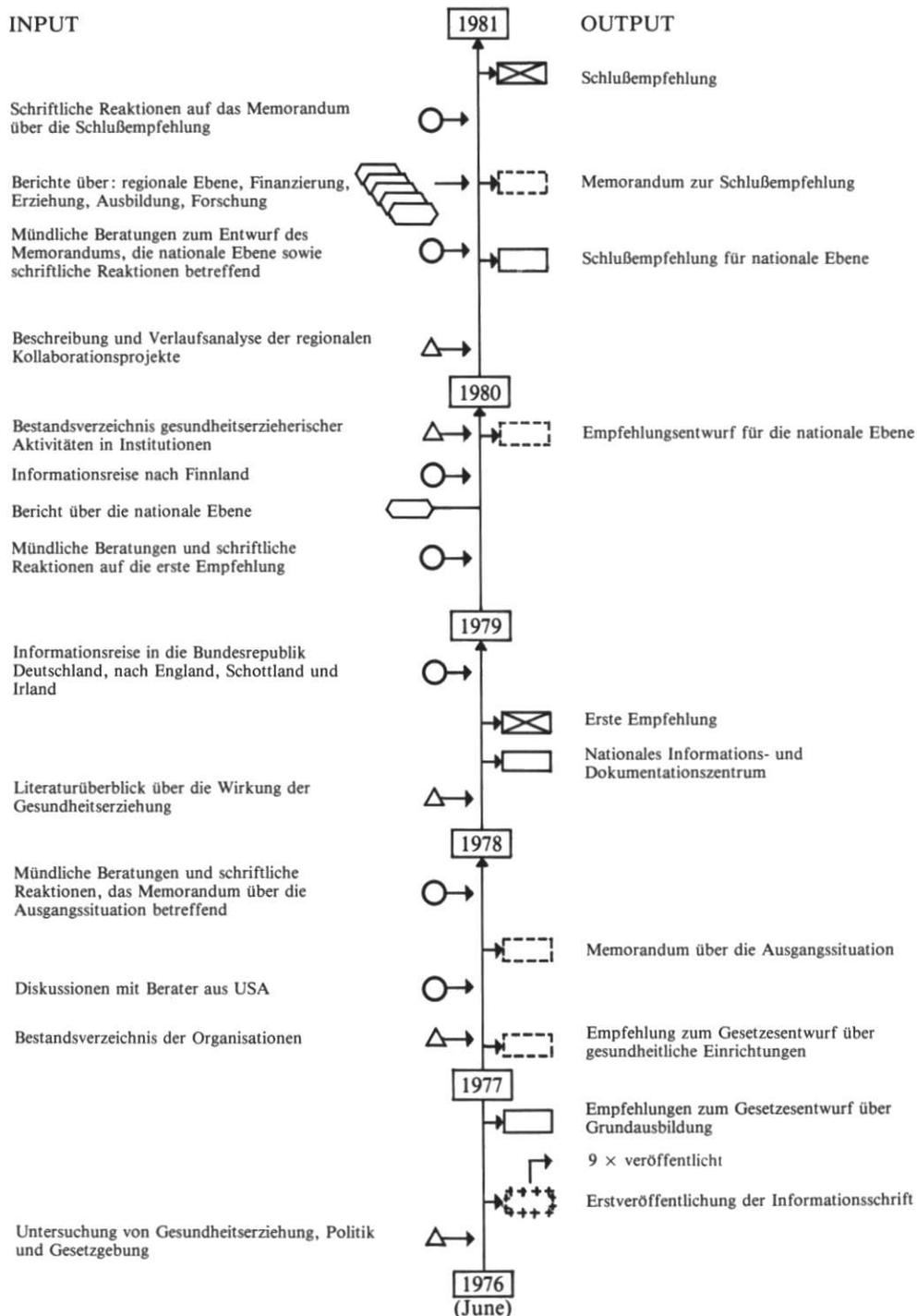
Zu Punkt 1:

Obwohl der Ausschuß entsprechend seiner Grundeinstellung stets eine Dezentralisierung befürwortet hat, wurde in der Schlußempfehlung mit Nachdruck unterstrichen, daß es die primäre Aufgabe der nationalen Ebene ist, Bedingungen für die Entwicklung einer Gesundheitserziehung an der Basis zu schaffen.

Zu Punkt 2:

Kooperation, besonders wenn sie aufgezwungen wird, ist bei autonomen Organisationen nur selten beliebt. Indessen geht die Gesundheitserziehung, gemäß der Grundauffassung des Ausschusses, über die Grenzen von Gesundheitsorganisationen hinaus. Dies macht eine Kooperation unerlässlich. So ist zum Beispiel ein Thema wie Alkoholmißbrauch bei Jugendlichen nicht die ausschließliche Domäne einer Organisation, sondern erfordert im Gegenteil ein koordiniertes Vorgehen aller Beteiligten im Bereich der Erziehung, der Gesundheitsversorgung, der Jugendarbeit etc. Unter dem organisatorischen Gesichtspunkt gesehen, bedeutet dies, daß die Durchführung gesundheitserzieherischer Aktivitäten an der Basis mit der Unterstützung und Förderung von Gesundheitsexperten auf höherer Ebene zu geschehen hat. Die Aussagen des Ausschusses stimmen hier mit denen von Baric (1976) und Simonds (1976) überein.

**DIAGRAMM 1:  
EIN PROZESSORIENTIERTER ANSATZ ZUR  
ENTWICKLUNG VON STRATEGIEN ZUR GESUNDHEITSERZIEHUNG**



Zu Punkt 3:

Nach ungefähr 18monatiger Arbeit wurde deutlich, daß der Ausschuß als nicht gänzlich unabhängig betrachtet wurde; er lockerte daraufhin die Bindungen zu den regionalen Kollaborationsprojekten.

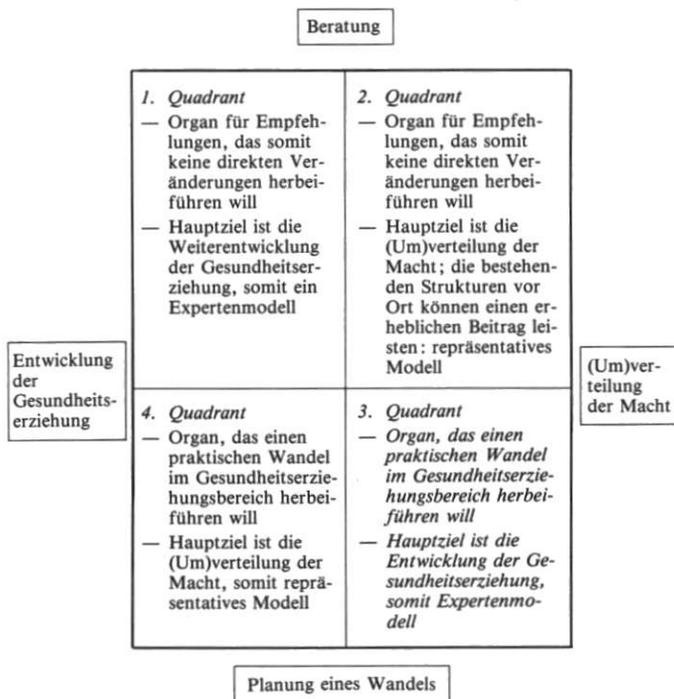
Zu Punkt 4:

Die unausweichliche Folge einer Option zugunsten eines Expertenmodells ist die Tatsache, daß die Entfernung von der Arbeit vor Ort relativ groß ist. Die Tatsache, daß es im Ausschuß keinen einzigen Gesundheitserziehungsexperten gab, verstärkte das Problem noch.

### Eine Entscheidung muß getroffen werden

Die letzten beiden Punkte können noch auf einer theoretisch höheren Ebene erörtert werden. Die Entwicklung der Gesundheitserziehung in einem Land kann entweder im Lichte der gesundheitserzieherischen Ziele und Ideale per se gesehen werden oder aber im Lichte der Ziele und Möglichkeiten der bestehenden Organisationen, die in diesem Bereich arbeiten. Im letzten Fall impliziert die Entwicklung der Gesundheitserziehung eine Zunahme der Aufgabenpalette dieser Organisationen und bedingt somit eine (Um)verteilung der Macht. Im Rahmen des gesundheitserzieherischen Entwicklungsprozesses müssen beide Ausgangspunkte miteinander in Einklang gebracht werden.

DIAGRAMM 2: MODELLE FÜR VERÄNDERUNGEN, BEI DER ENTWICKLUNG VON GESUNDHEITSERZIEHUNGSSTRATEGIEN ZU BERÜCKSICHTIGEN



Außerdem ist es unvermeidlich, daß ein beratender Ausschuß, der mit der Basis seit mehr als vier Jahren verhältnismäßig eng zusammenarbeitet, Veränderungen in diesem Bereich bewirkt. Der Begriff «beraten» ist daher irreführend, da es zu viele Elemente eines geplanten Wandels gibt, die an dem Prozeß beteiligt sind. Andererseits wünscht die Regierung, der der Ausschuß unterstellt ist, daß ihm ein Maximum an Handlungsfreiheit gewährleistet wird. Auch in diesem Punkt wird es eine Einigung geben müssen.

So gibt es zwei Kontinuen, die die Arbeit eines Ausschusses, wie es der unsrige ist, beispielhaft verkörpern können, nämlich:

- die Entwicklung von Gesundheitserziehung versus (Um)verteilung der Macht;
- Beratung versus geplanten Wandel.

Kombinieren wir die beiden Kontinuen, dann resultieren daraus vier verschiedene Veränderungsmodelle, wie in *Diagramm 2* dargestellt. Es ist ratsam, sich ganz bewußt für eine dieser Möglichkeiten zu entscheiden, bevor die Entwicklung einer Gesundheitserziehungsstrategie in Angriff genommen wird.

#### LITERATUR

- Baric, L. (1976), «The Theory and Practice of Health Education as Related to the Place of Health Education in Health Administration.» Arbeitsgruppe zur Situation der Gesundheitserziehung in der Gesundheitsverwaltung. WGO (Europa), Manchester, 29. März-1. April 1976.
- Simonds, S.K. (1976). «Emerging Challenges in Health Education.» *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, XIX: 4: Supplement.

## Die Formulierung einer prozeßorientierten Politik der Gesundheitserziehung: drei Parteien sind beteiligt

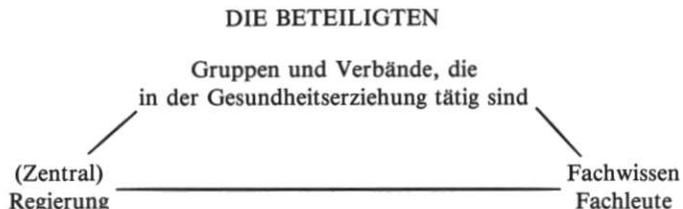
Jan H. Halm

Im vorangehenden Beitrag wurden die ersten Phasen eines Prozesses beschrieben, der davon ausging, daß die Gesundheitserziehung strukturiert sein müsse und der dann über die Konzeption und Entwicklung von Ideen hin zu einer Entscheidungsphase führte, in der die einzelnen Bestandteile der Struktur verwirklicht werden. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich hauptsächlich mit diesen letzten Stadien und der Gestaltung der Elemente, bei denen das Ressort Gesundheitserziehung des Gesundheitsministeriums stark engagiert ist.

### Die Beteiligten

Bevor ich weiter auf die sich herausbildende Struktur der Gesundheitserziehung eingehe, möchte ich die wichtigsten der betroffenen Gruppen und ihre Interaktion noch einmal nennen.

Drei Gruppen von «Beteiligten» lassen sich unterscheiden: die Fachleute in der Gesundheitserziehung, die vielen Organisationen, zu deren Tätigkeitsbereich auch die



JAN H. HALM ist Leiter des Referats für Gesundheitserziehung im niederländischen Ministerium für Gesundheit und Umwelt.

*Anschrift:* Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene, Dokter Reijersstraat 12, NL-2260 AK Leidschendam.

Gesundheitserziehung gehört und schließlich die Regierung. Die Entwicklung der Gesundheitserziehung hängt weitgehend davon ab, wie jede dieser Gruppen ihre Rolle ausfüllt.

### *Die Fachleute*

Zunächst gibt es eine Kerngruppe von Personen, die über Fachwissen verfügen und gesundheitserzieherisch tätig sein wollen, die Experten. Viele kommen aus den Bereichen der Verhaltens- und Sozialwissenschaften, verbinden diese mit der Gesundheitserziehung und bereichern dieses neue Konzept mit Beiträgen aus ihren jeweiligen Disziplinen.

Es gibt immer mehr «Gesundheitserzieher» mit theoretischer Fachausbildung in der Gesundheitserziehung, oft sind es Absolventen experimenteller Ausbildungsgänge. Ihre Zahl steigt schnell an, da immer neue Ausbildungsmöglichkeiten entstehen: sehr bezeichnend hierfür ist die Einrichtung eines Lehrstuhls für Gesundheitserziehung an der Medizinischen Fakultät der Universität Maastricht; es gibt Hinweise darauf, daß auch andere Universitäten diesem Beispiel folgen werden. Diese Gruppe der Fachleute stellt eine treibende Kraft dar, die für die Fortentwicklung eines relativ neuen Konzepts wie das der Gesundheitserziehung unabdingbar ist.

### *Die Organisationen*

Im allgemeinen arbeiten die Fachleute in der Gesundheitserziehung nicht allein und unabhängig; normalerweise gehören sie dem Personal einer der Organisationen an, die sich in irgendeiner Weise mit Gesundheitserziehung befassen. Die Bundesrepublik Deutschland bringt es hier auf ungefähr 950 solcher Organisationen. Obwohl ich nicht über exakte Zahlen verfüge, dürfte ihre Anzahl in den Niederlanden ungefähr gleich groß sein: die Gesundheitserziehung ist schließlich — direkt oder indirekt — ein Beziehungspunkt für fast alle, die auf dem Gebiet der Gesundheit tätig sind und auch für viele Beschäftigte im Erziehungswesen und der Sozialfürsorge. Die Mitglieder dieser Organisationen sind die Mittler zu den eigentlichen Zielgruppen; sie arbeiten direkt mit der Bevölkerung, und ihre Bemühungen bestimmen die Reichweite und die Qualität der Gesundheitserziehung.

In den Niederlanden ist es heute ein Faktum, daß die meisten dieser Organisationen privat oder halbstaatlich sind. Außerdem unterscheiden sie sich nicht nur nach Größe, Schwerpunkt, Methodik, geographischer Ausdehnung und ähnlichem, sondern überschneiden sich sehr oft, sogar mehrfach, aufgrund ihres unterschiedlichen konfessionellen und ideologischen Hintergrundes. Irgendwie hat dieses typische System der Einheit durch Vielfalt in den Niederlanden funktioniert und es funktioniert immer noch. Innovationen jedoch, die Umsetzung neuer Konzepte in die Praxis innerhalb bestehender Bereiche, die Abstimmung der verschiedenen Interessen — diese Ziele sind nicht so leicht zu erreichen wie in «überschaubareren» Systemen.

Im Falle der Gesundheitserziehung hat man schon früh erkannt, daß eine tragende Struktur gegeben sein muß, die den nötigen Rückhalt bietet und Anreize schafft.

### *Die Regierung*

Die Regierung spielt die dritte Hauptrolle. Im augenblicklichen Stadium der Neustrukturierung der Gesundheitserziehung steht sie sogar im Rampenlicht. Der Regierung fällt eine mehrteilige Rolle zu: die öffentlichen Dienstleistungen müssen zur Verfügung gestellt werden; Maßnahmen/Organisationen sind zu finanzieren; entsprechende Bedingungen sind zu schaffen. Obwohl viele der Dienstleistungen, die innerhalb des Gesundheitswesens geboten werden, von nicht-staatlichen Organisa-

tionen, Gruppen oder Personen ausgehen, gibt es doch einige, die von staatlichen Einrichtungen bereitgestellt werden; somit besteht eine direkte Mitwirkung bei der gesundheitserzieherischen Praxis, und die Regierung wird zu einem potentiellen Kunden, einem «Benutzer» der angestrebten neuen Strukturen. Außerdem besteht ein außerordentliches Interesse an den Tätigkeiten der nicht-staatlichen Organisationen: schließlich sind sie ausschlaggebend zur Umsetzung gesundheitsrelevanter Strategien, für die der Gesundheitsminister die letzte Verantwortung trägt. In manchen Fällen werden diese Tätigkeiten aus den Mitteln des Ministeriums direkt finanziert, in vielen hängt die Finanzierung indirekt — z.B. durch die Sozialversicherung — von Stellungnahmen oder der Zustimmung des Ministeriums ab. Und schließlich legt man im Rahmen dieser allgemeinen Verantwortung für alle Aspekte der Gesundheitspolitik, einschließlich der Gesundheitserziehung, Nachdruck auf die Schaffung günstiger Bedingungen, die es ermöglichen, die politischen Ziele zu erreichen; folglich ist auch das Ministerium an der Schaffung unterstützender Strukturen für die Gesundheitserziehung stark interessiert.

Schon sehr früh stimmten die Politiker darin überein, daß der Gesundheitserziehung große Bedeutung zukomme und ihr unbedingt Vorrang innerhalb der Gesundheitspolitik einzuräumen sei. Die Errichtung eines Komitees zur landesweiten Planung der Gesundheitserziehung war ein direktes Ergebnis der Beratungen mit dem Parlament im Jahre 1975. Man kam damals überein, daß zur Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung unterstützende und koordinierende Strukturen erforderlich seien, die den besonderen niederländischen Gegebenheiten Rechnung tragen sollten. Dazu gehörte auch eine Spezifizierung der einzelnen Komponenten dieser Strukturen, wie aus dem Bericht des Komitees hervorgeht.

Vor einer Beschreibung dieser Komponenten in ihrer heutigen Ausprägung möchte ich vier wichtige Aspekte nennen, die damals wie heute zu beachten sind.

### **Die Struktur: Vorbedingungen**

*Die Gesundheitserziehung muß sich schrittweise und langfristig entwickeln.*

Im rein praktischen Sinne ist die Gesundheitserziehung ein gemeinsamer Nenner, der viel eher für ein Konzept steht als für spezifische Aktivitäten. Die gesundheitserzieherischen Aufgaben von Organisationen, Gruppen und Einzelpersonen, die mit der Bevölkerung regelmäßig und direkt Kontakt haben, stellen fast immer nur eine Komponente ihrer alltäglichen Arbeit dar. Folglich muß die Gesundheitserziehung so strukturiert werden, daß die gesundheitserzieherische Komponente *innerhalb* der bestehenden Bereiche und Strukturen gestärkt wird. Diese Komponente herauslösen zu wollen, würde ihre Kontinuität erheblich beeinträchtigen.

In einem kleinen Exkurs möchte ich anmerken, daß das gleiche Prinzip auf bestimmte allgemeinpolitische Bereiche zutrifft: so ist zum Beispiel die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten bei Kleinkindern von größter Bedeutung. Es ist allerdings unwahrscheinlich, daß eine Politik, die dies erreichen will, unabhängig von einer umfassenden allgemeinen Ernährungspolitik durchgeführt werden kann. Dies zu versuchen, würde bedeuten, daß wichtige Zusammenhänge zerstört werden.

### *Die primäre Rolle nicht-staatlicher Organisationen*

Die Bedeutung der nicht-staatlichen Organisationen, Gruppen und Einzelpersonen in der Gesundheitserziehung ist eine weitgehend bekannte Tatsache. Eine Strukturierung der Gesundheitserziehung kann zum Fortschritt beitragen, ihn aber nicht erzwingen; soll sie reibungslos funktionieren, muß sie die relative Autonomie der ver-

schiedenen Organisationen berücksichtigen. Ihr Ziel muß es sein, die Entwicklung der Gesundheitserziehung anzuregen und zu fördern, indem fachliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt und Informationen, Vorschläge sowie Rat und praktische Hilfe angeboten werden. Die koordinierende Arbeit hängt von der Kooperation der beteiligten Organisationen, Gruppen und Einzelpersonen ab. Beides steht jedoch miteinander in Verbindung. Unterstützende Strukturen können, sofern sie richtig eingesetzt werden, zu Übereinkunft und Kooperation führen, die dann schließlich konzertierte Aktionen und gemeinsame Aktivitäten auf freiwilliger Basis zur Folge haben.

#### *Die zentrale Stellung des Gesundheitsgedankens*

Normalerweise sieht man die Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Bereichen von Gesundheit, Fürsorge und Erziehung. Und dies ganz zu Recht; gesundheitsrelevantes Verhalten ist letzten Endes nichts anderes als Sozialverhalten, und eine Erziehung zum gesunden Verhalten kann man nicht ausschließlich einem Bereich zuordnen. Man kann jedoch auch zuviel Gewicht auf Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Bereichen legen. Innovative Prozesse brauchen eine Antriebsquelle, die Wachstum und Wandel hervorbringen kann. Im Falle der Gesundheitserziehung ist dies der Gesundheitsbereich. Die Ablehnung des überholten medizinischen Modells sollte nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Gesundheitserziehung ihre festen Bindungen an den gesundheitlichen Bereich sowie an das Gesundheitswesen als ihre wichtigste Lebensader aufrechterhalten und stärken muß.

#### *Entwicklung neuer gesundheitlicher Gesamtstrukturen*

Geht man davon aus, daß die Gesundheitserziehung *eine Komponente* mit unterschiedlicher Gewichtung innerhalb der Arbeit derjenigen ist, die in den Bereichen Gesundheit, Erziehung und Fürsorge aktiv sind, dann folgt daraus, daß eine unterstützende und koordinierende Struktur für die Gesundheitserziehung sehr stark von den strukturellen Entwicklungen innerhalb dieser Bereiche abhängt.

Augenblicklich ist die sich entwickelnde Struktur der Gesundheitserziehung weitgehend unabhängig von den in den verwandten Bereichen bestehenden Strukturen, und zwar sowohl aus praktischen wie auch aus taktischen Gründen. In praktischer Hinsicht sind die bestehenden Strukturen nicht in der Lage, den Anforderungen, die die jetzigen Konzepte der Gesundheitserziehung an sie stellen, gerecht zu werden. Taktisch gesehen läßt die Bedeutung, die man der Gesundheitserziehung als Innovationselement zumißt, eine unterschiedliche Behandlung als gerechtfertigt erscheinen.

Dies kann sich jedoch ändern. Kürzlich wurden Gesetze erlassen, die eine Neustrukturierung für das gesamte Gesundheitswesen skizzieren. Dies hängt mit einer neuen Gesetzgebung zusammen, die den Rahmen für eine koordinierende Planung und Umsetzung in den beiden Bereichen der öffentlichen Fürsorge und Wohlfahrt absteckt, wobei das Grundprinzip die Dezentralisierung sein soll. Die praktische Anwendung dieser neuen Gesetzgebung wird gegenwärtig erprobt; dies könnte zu neuen Strukturen führen, die auch die Unterstützung und Koordination der Gesundheitserziehung beinhalten. Diese Entwicklung wird allerdings noch einige Zeit in Anspruch nehmen; zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint die Erstellung einer spezifischen Struktur für die Gesundheitserziehung allein nicht nur wahrscheinlich, sondern auch möglich.

Wenden wir uns nun, eingedenk all dieser Betrachtungen, den verschiedenen Bestandteilen dieser Struktur der Gesundheitserziehung zu.

## **Die strukturellen Elemente**

### *Ein nationales Dienstleistungszentrum*

Die Notwendigkeit einer Unterstützung hat sich am deutlichsten in der Praxis der Gesundheitserziehung bei der Bereitstellung von Fachwissen, Dokumentationen und Beratung gezeigt. Sowohl das Komitee für nationale Planung wie auch das Ministerium haben der Einrichtung eines spezialisierten Dienstleistungszentrums für die Gesundheitserziehung Priorität eingeräumt. Im Jahre 1979 trat man an interessierte Personen heran, damit eine Stiftung zu diesem Zweck gegründet werden konnte. Ein Programmpapier wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand dieser Stiftung und dem Ministerium ausgearbeitet, welches dann zu der ministeriellen Entscheidung vom Mai 1980 über die finanzielle Unterstützung der Stiftung führte.

Das Zentrum wird vollständig aus dem Haushalt des Ministeriums finanziert und umfaßt die Planung von Forschungsvorhaben, die Bereitstellung von Literatur, Dokumentation und Information sowie das Angebot fachlicher Ausbildung in Gesundheitserziehung für all diejenigen, die in diesem Bereich aktiv oder mit ihm verbunden sind. Die Aufgaben dieses Zentrums haben ausschließlich unterstützenden Charakter. Das Zentrum öffnete seine Pforten am 1. Mai und wird vom Staatssekretär für Gesundheit im September offiziell eröffnet werden. Die Mitglieder des Vorstandes wurden allein nach persönlichen Verdiensten ausgewählt, sie vertreten keine bestimmten Interessen. Augenblicklich hat das Zentrum 10 Mitarbeiter, diese Zahl wird sich in den nächsten anderthalb Jahren auf 20 erhöhen.

### *Eine nationale Einrichtung zur Beratung und Koordinierung*

Angesichts der oben erwähnten Betrachtungen ist die *Einbeziehung* der in der Gesundheitserziehung verantwortlichen Organisationen und Gruppen in mindestens zweierlei Hinsicht unerlässlich. Aus politischen Gründen ist die Mitsprache der direkt Betroffenen unabdingbar. Außerdem ist die Durchsetzung dieses Aspekts der Gesundheitspolitik sehr stark von ihrer Bereitschaft zur Kooperation, zum gemeinsamen Planen und Arbeiten, abhängig. Der strukturellen Umsetzung dieser Beteiligung wurde daher auch Vorrang gegeben.

Nach langen und sorgfältigen Beratungen erging Anfang dieses Jahres eine definitive politische Entscheidung in dieser Hinsicht. Sie weicht insofern von den Ansichten des Nationalen Komitees für die gesundheitserzieherische Planung ab, als dem repräsentativen Charakter Priorität eingeräumt wird. Da es bisher keine annehmbaren Kriterien für die Repräsentanz gab und eine einseitige Entscheidung über diese Frage für unpolitisch gehalten wurde, forderte man eine begrenzte Anzahl von Organisationen mit wichtigen und allgemein akzeptierten Funktionen in der Gesundheitserziehung auf, eine Planungsgruppe zu bilden. Die fünf betreffenden Organisationen nahmen die Aufforderung an, und ihre Vertreter werden am 1. Juli vom Staatssekretär für Gesundheit eingesetzt. Ihre erste Aufgabe wird es sein, ihre Gruppe so auszuweiten, daß alle relevanten Organisationen und Gruppen vertreten sind. Zwischenzeitlich werden sie auch als vorläufiger beratender Ausschuß fungieren.

### *Regionale Gesundheitserziehungszentren*

Seit 1974 wurden mit der finanziellen Unterstützung des Gesundheitsministeriums regionale Gesundheitserziehungszentren eingerichtet; Ende dieses Jahres wird es

neun solcher Einrichtungen geben, die eine Fläche abdecken, in der ungefähr ein Drittel der Bevölkerung wohnt. Anfänglich sollten sie einen zweifachen Zweck erfüllen: Daten im Hinblick auf die Möglichkeiten einer regionalen Struktur liefern und gleichzeitig als ein erster Prototyp für eine solche Struktur dienen. Diese Doppelfunktion mag dazu beigetragen haben, daß es einige Zweifel gibt über das Ausmaß des politischen Konsensus im Hinblick auf dieses Element einer Gesundheitserziehungsstruktur.

Ganz sicher wurde die Notwendigkeit der Unterstützung und Koordinierung auf regionaler Ebene akzeptiert; die genaue «Form» muß noch endgültig beschlossen werden, wahrscheinlich bei der nächsten Beratung über Gesundheitserziehung im neugewählten Parlament Ende dieses oder Anfang des nächsten Jahres. Da man erwartet, daß die wichtigsten Grundelemente der jetzigen Form unangetastet bleiben, wurde die Zahl der regionalen Zentren dieses Jahr vergrößert und neue Finanzierungsrichtlinien wurden ausgearbeitet; das grundlegende kooperative System wird weiterbestehen, während gleichzeitig die Organisation und die Aufgabenzuweisung der regionalen Zentren geordneter und einheitlicher werden soll.

Im Augenblick besteht der Vorstand eines solchen Zentrums aus den beteiligten Organisationen und Gruppen. Auch in Zukunft wird dies wahrscheinlich der Fall sein. Um finanzielle Beihilfen zu erhalten, muß der Vorstand eine annehmbare Repräsentation der regional wichtigsten Organisationen aus dem Gesundheits-, Erziehungs- und Wohlfahrtsbereich vorweisen. Im allgemeinen sind in einem Vorstand 5 bis 10 regionale Organisationen vertreten; am Amsterdamer Zentrum sind allerdings mehr als 75 Organisationen beteiligt.

Das für das Zentrum finanzierte Personal besteht aus mindestens einem, normalerweise aber zwei oder drei Gesundheitserziehungsberatern und Verwaltungspersonal; in einigen Fällen tragen die Beteiligten oder die Kommunalverwaltung ihren Teil entweder durch finanzielle Mittel oder durch die Bereitstellung von Personal bei. Die Mitarbeiter der Zentren haben rein beratende Tätigkeit; sie stellen die notwendigen Informationen, Ratschläge und Fachkenntnisse den verantwortlichen Organisationen, Gruppen oder Einzelpersonen zur Vorbereitung und Durchführung ihrer gesundheitserzieherischen Maßnahmen zur Verfügung, wobei dies nicht nur für die am Zentrum beteiligten Organisationen gilt.

Ich habe der regionalen Ebene besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Schließlich spielt sich ja dort alles Wesentliche ab; die Informationen auf nationaler Ebene sind zwar wichtig, aber die Erziehung zur Gesundheit hängt überwiegend davon ab, was auf lokaler Ebene passiert, d.h. von den direkten und regelmäßigen Kontakten, die auf einem Vertrauensverhältnis beruhen und nur im örtlichen Rahmen möglich sind.

Es gibt allerdings noch einen zweiten Grund. Eines der Hauptprobleme in einem System, wie es in den Niederlanden praktiziert wird, besteht darin, die zahlreichen Organisationen, Verbände, Gruppen und Einzelpersonen, die an der Gesundheitserziehung beteiligt sind, davon zu überzeugen, daß es vorteilhaft ist zusammenzuarbeiten. Während die Kooperation auf nationaler Ebene oft sehr schwer oder gar unmöglich zu erreichen ist, kann man doch überraschenderweise auf regionaler Ebene Ortsgruppen derselben Organisationen in schönster Harmonie zusammenarbeiten sehen. Wie ist das möglich? Sehr wahrscheinlich hat es damit zu tun, daß man bereit ist, zusammen auf klar erkennbare und konkrete Ziele hinzuarbeiten, da man sie als das gemeinsame Interesse von Menschen, die sich gegenseitig kennen, wahrnimmt. Auf jeden Fall hat die Strategie, die auf eine Förderung der erfolgreichen Kooperation auf lokaler / regionaler Ebene hinarbeitet, unter anderem auch zum Ziel sicher-

zustellen, daß diese Zusammenarbeit deutlich und auch auf nationaler Ebene wirksam wird.

Die regionale Struktur muß in den nächsten Jahren voll ausreifen; langfristig gesehen, werden und sollten die regionalen Zentren wahrscheinlich einer dezentralisierten Struktur weichen, möglicherweise wenn die Gesetzgebung, von der ich oben sprach, in Kraft tritt.

### **Zu vermeidende Gefahren**

Dieses also ist der Hintergrund vor dem die Neuordnung der Gesundheitserziehung augenblicklich vorgenommen wird; dies sind ihre bedeutendsten Merkmale und die verschiedenen daran beteiligten Akteure. Ihre gemeinsamen Anstrengungen werden es vielleicht ermöglichen, durch diese entstehende Struktur die Gesundheitserziehung weiterzuentwickeln und — was ganz wichtig ist — ihr Bestand zu verleihen. Im jetzigen Stadium ist die Rolle, die der Regierung dabei zufällt, recht bedeutend. Wenn die Aufbauphase vorbei ist, werden die Organisationen, Gruppen und Personen, die die Struktur ausfüllen und benutzen, in den Vordergrund rücken.

Eine Frage, die einige Sorge bereiten könnte, ist die, ob die wachsende Zahl der Experten noch die richtige Beziehung zu ihren speziellen Zielgruppen hat und beibehalten kann, z.B. zu den Mitgliedern von Organisationen, Gruppen und zu Einzelpersonen, die Gesundheitserziehung als Teil ihrer alltäglichen Arbeit betreiben, die aber oft keine besondere Ausbildung in dieser Hinsicht haben. In den Niederlanden vermitteln die Gesundheitserzieher oft den Eindruck, daß sie «alles wüßten» und die Wahrheit gepachtet hätten im Hinblick auf die Strategien und Ideen, die erforderlich sind, um die Bevölkerung zu gesunden Verhaltensweisen zu bewegen. Dieser Eindruck kann jene «Praktiker» der Gesundheitserziehung leicht verprellen, die zwar keinen theoretischen Hintergrund haben, dafür aber die unerläßlichen täglichen Kontakte mit den eigentlichen Zielgruppen in der Bevölkerung. Die Gemeindegewerkschafter, der Sozialarbeiter und der Grundschullehrer werden durch zuviel Theorie abgeschreckt; sie brauchen praktische Lösungen und Ideen sowie pragmatische Vorgehensweisen. Wenn die Gesundheitserzieher diesen Tendenzen, die zur Entfremdung führen, keinen Riegel vorschieben, kann es leicht geschehen, daß die entstehende Struktur zu einem Konversationszirkel für eine Elite wird; das würde dann zweifellos auch das Wohlwollen und die Förderung, die die Gesundheitserziehung augenblicklich in der Politik genießt, von Grund auf verändern.

Ich vertraue jedoch darauf, daß es dazu nicht kommen wird und glaube an das realistische und pragmatische Denken der jetzigen Gesundheitserzieher.

### **Auf dem Wege zur Kooperation**

Für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitserziehung in den Niederlanden ist das Verhältnis zwischen nicht-staatlichen Organisationen bzw. anderen für die Gesundheitserziehung verantwortlichen Gruppen und der Regierung von besonderer Bedeutung. Bis vor kurzem haben diese Organisationen im wesentlichen autonom gehandelt, auch wenn sie ganz oder teilweise aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden. Regierungsstellen wurden in diesem Zusammenhang häufig als problematisch bezüglich ihrer finanziellen Kontrollfunktion betrachtet. Durch die Verknappung von Mitteln für das Gesundheitswesen einerseits und die zunehmende Notwendigkeit für intersektorale Arbeit andererseits, verändert sich das Verhältnis zwischen den beteiligten Organisationen in Richtung auf eine größere Interdependenz.

Erfolg und Effektivität der Gesundheitserziehung in den Niederlanden werden deshalb zukünftig von der Bereitschaft der Regierung und der nicht-staatlichen Organisationen zur Zusammenarbeit abhängen. Dazu ist ein erhebliches Maß gegenseitigen Vertrauens notwendig, das meines Erachtens von den nicht-staatlichen Organisationen bisher nicht in dem erforderlichen Umfang aufgebracht wurde; sie betrachten nämlich jede, über die finanzielle Unterstützung hinausgehende Beteiligung der Regierung als eine Infragestellung ihrer grundsätzlichen Autonomie. Die Entwicklung der Gesundheitserziehung sowie der daran beteiligten Organisationen und Personen hat zu einer Fülle von Erfahrungen geführt, durch die deutliche Zeichen für Veränderungen in diesem Bereich erkennbar sind. Besonders in der jüngeren Generation von Gesundheitserziehung ist das Mißtrauen gegenüber staatlichen Aktivitäten nicht mehr zu beobachten; es ist die Einsicht gewachsen, daß insbesondere innovative Ansätze in der Gesundheitserziehung eine gemeinsame Grundlage und abgestimmte Verfahren erfordern.

## **Können wir unvorhergesehene Veränderungen voraussehen?**

**Harri Vertio**

Jedes gesundheitserzieherische Vorgehen kann in seiner Entwicklung durch verschiedene Faktoren in unvorhergesehener Weise beschleunigt oder verlangsamt werden. Diese Faktoren werden oft vernachlässigt, da sie gewöhnlich in der Planungsphase dieser gesundheitserzieherischen Maßnahmen entweder nicht bekannt sind oder übersehen werden. Aus einer Fehleranalyse könnte man jedoch vieles lernen. Im folgenden werden anhand von je einem kurz zu beschreibenden Beispiel drei Arten solcher unvorhersehbarer Faktoren untersucht, die gesundheitserzieherische Prozesse beeinflussen. Sie betreffen die Wechselwirkung zwischen Forschung, Massenmedien, politischem Druck und plötzlichem politischen Richtungswechsel.

### **Forschungsergebnisse rufen Zweifel hervor**

Das erste Beispiel befaßt sich mit der Selbstuntersuchung der Brust im Rahmen der Krebsfrühd Diagnose. In Finnland wurde die Selbstuntersuchung bei Frauen zuerst von privaten Organisationen und Personen propagiert. Sehr schnell erwachsen daraus konkrete Maßnahmen. Hierzu zählte eine großangelegte Studie, die bei den weiblichen Mitgliedern einer Freiwilligenorganisation durchgeführt wurde. Das Projekt wurde von den Gesundheitsbehörden mit großem Interesse verfolgt, um so festzustellen, ob diese Methode auf das Gesundheitswesen als Ganzes auszuweiten sei. Das Projekt fand bei der Bevölkerung und in der Presse großes Interesse.

Das nationale Gesundheitsamt begann eine Studie in zwei Gegenden des Landes, um die Möglichkeiten dieser Methode zu erforschen. Insgesamt gesehen, schien die Brust-Selbstuntersuchung in Finnland sehr schnell Fuß zu fassen, und sowohl die Bevölkerung als auch das Gesundheitspersonal nahmen sie sofort als neue Vorbeugemaßnahme an.

---

Dr. HARRI VERTIO ist beauftragt mit der Leitung der Abteilung für Gesundheitserziehung, Nationales Komitee für Gesundheit, Helsinki, Finnland.

*Anschrift:* Abteilung für Gesundheitserziehung, Nationales Komitee für Gesundheit, Postfach 223, SF-00531 Helsinki 53.

Dann lieferten plötzlich zahlreiche Studien Ergebnisse, die zu ziemlicher Verwirrung führten. Es hatte den Anschein, als könnten die Knoten, die für eine wirksame Krebsfrüherkennung noch klein genug waren, durch die Selbstuntersuchung gar nicht festgestellt werden. Außerdem zeigte sich, daß die meisten Frauen überhaupt nie gelernt hatten, ihre Brust richtig abzutasten und — was noch schlimmer war — die meisten nach den ersten Monaten die Untersuchungen abbrachen. Gleichzeitig wurde die Mammographie als ebenbürtige Methode zur Früherkennung des Brustkrebses gesehen.

#### *Was war zu tun?*

Sollten die laufenden Maßnahmen sofort gestoppt werden, oder sollte alles so weiterlaufen, als sei nichts geschehen? Die Forschungsergebnisse hatten uns in eine unangenehme Lage gebracht. Beide Lösungen konnten zu mangelndem Vertrauen in die Gesundheitserziehung generell führen. Wir entschieden uns dann, das Gesundheitspersonal in diesem Stadium über die neuen Erkenntnisse zu informieren und ihre Tätigkeit in diesem Licht neu zu diskutieren.

### **Massenmedien und politischer Druck führen zu einer schwierigen Situation**

Unser zweites Beispiel befaßt sich mit dem Alkoholkonsum, was zumindest in Finnland ein sehr schwieriges Thema zu sein scheint. Es sollte erwähnt werden, daß die Gesundheitserziehung in Finnland hauptsächlich mit Problemen des Rauchens beschäftigt war. Folglich wurde eine ganze Reihe anderer Fragen weniger intensiv behandelt. Wir planten — und planen noch — ein Programm zur Verminderung der Alkoholschäden.

Die Pläne waren noch in der Diskussion, als das Fernsehen eine Dokumentarsendung über Jugend und Alkohol brachte. Plötzlich herrschte allenthalben große Unruhe: Betroffen waren drei Gruppen: die Eltern, das Parlament sowie die Schul- und Gesundheitsbehörden. Die Eltern waren sehr beunruhigt, was schließlich zu einer umfassenden öffentlichen Diskussion führte, die von einigen der einflußreichsten Zeitungen getragen wurde und der sich die übrige Presse anschloß. Die Mitglieder des finnischen Parlaments fühlten sich nicht weniger betroffen; sie beschlossen eine Gesetzesänderung über die Weitergabe von Alkohol an Jugendliche, an die der Verkauf verboten ist. Diese Änderung wurde aus einer Eigeninitiative des Parlaments heraus sehr schnell beschlossen.

Die Gesundheits- und Schulbehörden mußten sich wegen ihrer Passivität in dieser Frage heftige Kritik gefallen lassen. Auch den Schulen machte man den Vorwurf, nicht streng genug gegen den Alkoholmißbrauch der Schüler vorgegangen zu sein. Zahlreiche mehr oder weniger öffentliche Diskussionen wurden veranstaltet.

Kurz gesagt, die Erwachsenen im ganzen Land zeigten sich höchst besorgt und verlangten nach wirksamen Sofortlösungen. Hinzuzufügen ist, daß laut den jüngsten Statistiken kein wesentlicher Anstieg des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen ist. Zuvor hatte sich jedoch eine abschwächende Tendenz abgezeichnet, die sich nun nicht fortzusetzen schien.

#### *Was sollte also geschehen?*

Sollte man alle früheren Pläne für ein langsames Vorgehen in der Schublade verschwinden lassen? Sollten sich die Behörden der Frage ganz entziehen und sich le-

diglich mit dem Alkoholgenuß bei Erwachsenen befassen? Was tatsächlich geschah, war, daß überall im Land auf lokaler und regionaler Ebene, Initiativen entstanden. Bisher haben die Gesundheitsbehörden den Planungsprozeß nur leicht beschleunigt, um den entstandenen Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

### **Ein plötzlicher politischer Richtungswechsel in einem anderen Bereich wirkt sich auf die Gesundheitserziehung aus**

Das dritte Beispiel berührt eines der schwierigsten Gebiete der Gesundheitserziehung, die Ernährungserziehung. Es ist allgemein bekannt, daß Milch das wichtigste Grundnahrungsmittel in Finnland ist. Um genauer zu sein, Milch und Milchprodukte. In der Folge der Diskussion über die Problematik der Fette und deren Rolle bei den verschiedenen Krankheiten, entschloß man sich in Finnland, sogenannte fettarme Milch auf den Markt zu bringen. Dieses Produkt hatte einen Fettgehalt von ungefähr 2% und sein Vertrieb beruhte eindeutig auf gesundheitlichen Erwägungen. Das Produkt wurde von der Bevölkerung sehr gut aufgenommen und hatte bald einen erheblichen Marktanteil. Die Gesundheitserziehung wertete dies als einen Fortschritt zur Reduzierung des Fettkonsums.

Dann wurde ganz plötzlich der Fettgehalt dieser Milch auf ungefähr 3% heraufgesetzt und der Preis, der vorher erheblich unter dem für Vollmilch gelegen hatte, wurde erhöht, so daß der Unterschied zur Vollmilch praktisch aufgehoben wurde. Dies hatte mit gesundheitlichen Erwägungen nicht das Geringste zu tun. Verständlicherweise verlor die fettarme Milch einen Teil ihres Marktanteils, da die Leute dachten, sie könnten zum gleichen Preis mehr bekommen, wenn sie Vollmilch kauften.

#### *Was sollte also geschehen?*

Sollten wir es mit einer harten Linie probieren und die Leute auffordern, «mehr Gesundheit und weniger Fett zum gleichen Preis zu kaufen»? Sollten wir die Situation hinnehmen, ohne uns zu Wort zu melden und einfach auf einen neuen Kurs in der Landwirtschaftspolitik hoffen, ohne von der Gesundheitserziehungspolitik Notiz zu nehmen?

### **Schlußfolgerungen**

Diese Beispiele sind nur einige von vielen, die man aus Finnland anführen könnte, und man sollte sich daher nicht zu vorschnellen Schlüssen verleiten lassen. Wir brauchen jedoch mehr Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf diese unerwarteten Veränderungen, die sich auf die Gesundheitserziehung auswirken. Wir sollten in der Lage sein, diese Art von Problemen im voraus zu berücksichtigen. Falls dies nicht möglich ist, sollten wir Strategien zur Gesundheitserziehung entwickeln, die sich plötzlichen Veränderungen rasch und reibungslos anpassen können. In einigen Fällen können solche Veränderungen dann sogar der Gesundheitserziehung förderlich sein, und sie sollten unmittelbar zu diesem Zwecke genutzt werden.

Die Bedeutung der Evaluation sollte nochmals betont werden. Sie sollte sich vor allem mit den negativen Resultaten und deren Veröffentlichung beschäftigen.

Sonst teilen wir noch nicht einmal unsere Zweifel und Ungewißheiten in der Gesundheitserziehung.

KAPITEL II

**Gruppenberichte  
zu Fallstudien**



- 4) Integrierte Gesundheitserziehung  
— Spezifische Themen sollten Bestandteil eines integrierten Programmes zur Gesundheitserziehung sein.

## II. STRATEGIE

- 1) Prozeß — Orientierung?  
— Flexibilität, Entwicklung, Feedback-Struktur
- 2) Wie nehmen Sie das Problem in Angriff?  
— Innovation versus bestehende Interessen: Sind beide vereinbar?  
— Neue Ideen aufrechterhalten: Transfer, Kommunikation, Integration.  
— Sind unorthodoxe Initiativen erlaubt und wie weit?
- 3) Mitwirkung

## III. PROZESS

- 1) Welche Schritte werden unternommen?  
2) Welches sind die kurz- und langfristigen Ziele?  
3) Wer ergreift die Initiative?  
4) Wer/welche Organisation trägt die Gesamtverantwortung?  
5) Welche Art der Kommunikation/der Struktur von Entscheidungskompetenz ist vorgesehen?

## IV. STRUKTUR

- 1) Welche Organisation und Personen müssen beteiligt werden?  
— Grenzen des Systems
- 2) Wer soll mit wem zusammenarbeiten?
- 3) Welches sind die vorgesehenen Veränderungen bei der Machtverteilung?
- 4) Zentralisierung — Dezentralisierung  
— Wird eine Beschreibung der verschiedenen Funktionen und Aufgaben auf zentraler, regionaler und lokaler Ebene gegeben?
- 5) Staatlich-nichtstaatlich: Welches sind die Optionen?

## V. INSTRUMENTE

- 1) Gibt es überhaupt einen Plan im Sinne von Instrumenten?  
2) Harmonisieren die Instrumente mit den Zielen?  
3) Art der empfohlenen Instrumente:  
— finanziell: Subventionen  
— administrativ: Gesetze, Bestimmungen  
— pädagogisch und  
informativ: Aus- und Weiterbildungsprogramme, Forschung  
— materiell: Einrichtungen, Gebäude etc.

\* \* \*

Auf den folgenden Seiten veröffentlichen wir die von den Arbeitsgruppen untersuchten Fallstudien, zu denen die Teilnehmer Kommentare und Anregungen zum Handeln geben.

## **Gesundheitserziehung für Erwachsene: Probleme der Kompetenz und Kooperation**

**Eine Fallstudie von Thomas Härtel**

Innerhalb der letzten zwei Jahre wurden in 7 West-Berliner Bezirken «Gesundheitsberatungsstellen für Erwachsene» eingerichtet. Sie haben die Aufgabe, den Bürger «vorbeugend-sozialmedizinisch» zu beraten sowie «behördliche und freigemeinnützige Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen fachlich zu beraten, zu unterstützen oder derartige Veranstaltungen selbst durchzuführen».

Die Gesundheitsberatung für Erwachsene ist eine Institution des Gesundheitsamtes. Sie soll als eine «bürgernahe Einrichtung» mit ihren Aktivitäten auf den Bürger zugehen und durch Einzelberatung oder Gruppenarbeit zu einer gesundheitsbewußten Lebensweise motivieren und befähigen sowie Anstöße zur Selbsthilfe geben. Außerdem werden Kurse für Übergewichtige, Raucherentwöhnungskurse, «Anti-Streß-Programme» und Ausgleichsgymnastik für Berufstätige durchgeführt. Mit anderen Worten, der Schwerpunkt liegt auf der sekundären Prävention. Obwohl die einzelnen Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen konzipiert werden sollen, sind bislang überwiegend ältere Mitbürger durch die Gesundheitsberatung angesprochen worden.

Die Mitarbeiter der Beratungsstellen kommen überwiegend aus Medizinalfachberufen: Ärzte, Arzthelferinnen, Krankengymnastinnen, Krankenschwestern und Diätassistentinnen. Die einschlägige Senatsvorlage, die von der Abteilung «Ambulante Dienste» der Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz erarbeitet worden ist, geht zwar davon aus, daß auch Psychologen in der Gesundheitsberatung einen sinnvollen Beitrag leisten können, doch wurde bis heute nur in einer Beratungsstelle eine Psychologin anstelle eines Arztes eingestellt. Die Einstellung von Diplompädagogen, Sozialarbeitern und ähnlichen Berufsgruppen stößt, obwohl von Ge-

---

THOMAS HÄRTEL ist Referent für Gesundheitserziehung beim Senator für Gesundheit und Umweltschutz. Berlin (West).

*Anschrift:* Referent für Gesundheitserziehung beim Senator für Gesundheit und Umweltschutz, An der Urania 12-14, D-1000 Berlin 30.

sundheitsstadträten einiger Bezirke gewünscht, auf große Schwierigkeiten, da jede abweichende Stellenbesetzung von der zuständigen Innenbehörde des Landes Berlin genehmigt werden muß.

### **Das Problem**

Die Probleme liegen darin, daß die Mitarbeiter nur unzureichend auf ihre Tätigkeit in der Gesundheitsberatung vorbereitet sind, daß kaum einer von ihnen Erfahrungen in der Gruppenarbeit mit Erwachsenen hat und schließlich die Tatsache, daß die berufliche Sozialisation der Mitarbeiter häufig dazu führt, daß sich die Rollenstruktur der ärztlichen Praxis wiederholt. Es bestehen beträchtliche Unklarheiten und Unsicherheiten in bezug auf Konzeptionen der gesundheitlichen Aufklärung, Bildung und Erziehung. Fort- und Weiterbildung auf diesem Gebiet ist nur in einem sehr begrenzten Umfang möglich. Selbst an den zahlreichen Berliner Fach- und Hochschulen sind entsprechende Angebote kaum zu finden.

Die Unsicherheit über die Konzeption der Gesundheitsberatung hat zur Folge, daß auch innerhalb des Gesundheitsamtes die Aufgaben der Gesundheitsberatung von anderen Stellen (Jugendgesundheitsdienst, Schwangerenfürsorge etc.) nicht deutlich erkannt werden und daher Kooperationsformen selbst innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes nur schwer zu entwickeln sind.

Die Berliner Volkshochschulen betrachten die Gesundheitsberatung als «Konkurrenz-Unternehmen». Sie bieten in den letzten Jahren zunehmend Kurse zur «Gesundheitspflege» an, für die jedoch nach dem Berliner Schulgesetz Teilnehmergebühren erhoben werden müssen. Eine Abstimmung mit den zuständigen Stellen der Erwachsenenbildung hat vor Einrichtung der Beratungsstellen nicht stattgefunden. Eine Koordinierung der Angebote findet in keinem Bezirk statt. Auch die Kooperation mit anderen Trägern der Erwachsenenbildung gestaltet sich sehr schwierig.

Auch von seiten der niedergelassenen Ärzte findet sich wenig Unterstützung. Die Kassenärztliche Vereinigung geht davon aus, daß gesundheitliche Beratung prinzipiell Aufgabe der niedergelassenen Ärzte sei. Sie hält die Beratungsstellen für überflüssig. Der öffentliche Gesundheitsdienst wird von ihr eher für zuständig für «Randgruppen» bezeichnet, während der niedergelassene Arzt als kompetenter Fachmann für individuelle Prävention angesehen wird.

Nur vereinzelt findet daher eine Zusammenarbeit mit den Kassenärzten statt (z.B. Übergewichtskurse für Patienten der entsprechenden Arztpraxis).

Probleme der strukturellen Prävention finden in der gegenwärtigen Phase kaum Berücksichtigung. Umweltschutzinitiativen, Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsplätze, laufen parallel zur individuellen Prävention in der Gesundheitsberatung. Informationsaustausch oder gar Verzahnung einzelner Maßnahmen findet nicht statt.

### **Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe**

- Die Einführung von Innovationen in bereits bestehende Strukturen kann nur erfolgreich sein, wenn bei der Planung die zu erwartenden Widerstände berücksichtigt und mögliche Kooperationspartner gefunden werden, so daß selbst bei unterschiedlichen Interessen, die augenblickliche Arbeitssituation sowie die Aussichten für die Zukunft verbessert werden können.
- Es ist wichtig, die Unterstützung des ärztlichen Berufsstandes zu erlangen. Ärz-

te, die zur Kooperation bereit sind, sollten von Anfang an in innovative Aktivitäten einbezogen werden.

- Werden Mittel für ein neues Projekt bewilligt, sollten mehrere Faktoren in Betracht gezogen werden, und zwar:
  - die Notwendigkeit, das Projekt in ein globales Innovationskonzept zu integrieren, da kurzfristige und isolierte Aktivitäten nicht die gewünschte Breitenwirkung haben werden;
  - der Schwerpunkt sollte auf Primärprävention liegen, und von Anbeginn an sollte die Evaluation Bestandteil der Pläne sein;
  - die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren sollte unter den verschiedenen zu unterstützenden Maßnahmen Vorrang haben.
- Das Problem der «Zuverlässigkeit» der verschiedenen Experten, die Verantwortung im Bereich der Gesundheitserziehung tragen, sollte ebensowenig bagatellisiert werden wie die Notwendigkeit, die Erzieher zu erziehen. Denn sehr häufig sind die Initiatoren gesundheitserzieherischer Interventionen in keiner Weise motiviert, die in ihrem eigenen Bereich erforderlichen Strukturveränderungen durchzuführen. Der Berufsstand der Gesundheitserzieher macht im Augenblick einen Entwicklungsprozeß durch, und diese Anmerkung sollte daher unter diesem Aspekt gesehen werden.
- In Anbetracht der Tatsache, daß der Gesundheitszustand durch sekundäre Prävention verbessert werden kann, sollte man den einzelnen nicht nur ermutigen, seine Gesundheit zu erhalten, sondern ihn vielmehr befähigen, daß er *a)* Risikofaktoren in seiner Umgebung erkennen und bekämpfen kann und *b)* zu diesem Zweck «Partner» finden kann, die seine Ansichten teilen, indessen machtlos sind, ihr Ziel allein zu erreichen.

Die berufsbegleitende Weiterbildung des Personals sollte dementsprechend ausgerichtet sein und die Supervision einschließen.

---

Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 1, der folgende Mitglieder angehörten: Dr. Hans Berner, Klaus Eickmann, Thomas Härtel, Peter Sabo, Dr. Christel Schultze-Rhonhof und Prof. Werner Wilkening (alle Bundesrepublik Deutschland); Dr. P. Hufschmid (Türkei) und Dr. Brigitte Svoboda (Österreich).

## **Patientenerziehung: Politische Entscheidungsprozesse auf regionaler und nationaler Ebene**

### **Eine Fallstudie von C.H.M. Krug**

Kennemerland ist ein Gebiet an der Nordseeküste mit über 550.000 Bewohnern. Die wichtigste Stadt ist Haarlem. Vor mehreren Jahren bildeten die verschiedenen für das Gesundheitswesen zuständigen Institutionen der Region, d.h. die Kommunalverwaltungen und die Krankenkassen, ein «Forum» mit dem Ziel, Informationen auszutauschen und eine Koordinierung bei der Strategieentwicklung zu erreichen.

Im Oktober 1975 formalisierte das Gesundheitsministerium dieses Forum, wandelte es in einen Ausschuß um und gab ihm den Status eines offiziellen Experiments in Zusammenhang mit der Vorbereitung von Gesetzen zur Dezentralisierung und Integrierung politischer Entscheidungsprozesse, die sich auf Gesundheitseinrichtungen beziehen. Zwei Jahre später wurde dem Ausschuß die Verantwortung zum Aufbau eines Systems übertragen, das die politischen Entscheidungsprozesse und die gesundheitserzieherische Umsetzung in der Region fördern, steuern und koordinieren sollte.

In diesem Zusammenhang wurde vor ein paar Monaten entschieden, die Möglichkeit der Verbesserung der Patientenerziehung in allgemeinen Krankenhäusern zu untersuchen. Während der Vorgespräche mit den Leitern von sieben allgemeinen Krankenhäusern der Region wurde klar, daß der Vorschlag zum systematischen Ausbau der Patientenerziehung aus mehreren Gründen begrüßt würde: (a) in vielerlei Hinsicht war dies ein unterentwickeltes Handlungsfeld innerhalb der Gesundheitsversorgung und (b) mangelte es an methodischem Know-how, an Arbeitskräften, Finanzmitteln, an einer staatlichen Politik etc. und (c) gab es keine «zuverlässigen» Programme zur Patientenerziehung. Man einigte sich daher, in drei oder vier Krankenhäusern Pilotprojekte zu starten, Die sich aus diesen kleinen Projekten er-

---

Dr. C.H.M. KRUG ist Regionalberaterin für Gesundheitserziehung, Kennemerland, Niederlande.

*Anschrift:* Spaarne 86, NL-2011 CL Haarlem.

gebenden Resultate würden dann dazu dienen, gesundheitserzieherische Interventionen in einem größeren Rahmen durchzuführen.

## Das Problem

Im Planungsstadium müssen mehrere Faktoren — einige positive und einige negative — berücksichtigt werden; diese beinhalten auch Faktoren, die auf nationaler wie auch auf regionaler Ebene auftreten.

*Hemmende Faktoren auf nationaler Ebene:* der staatliche Krankenhausausschuß verfügt über keine Regeln oder Richtlinien im Hinblick auf die Patientenerziehung; bis vor kurzem schenkte die Regierung in ihren politischen Programmen solchen Angelegenheiten, wie der Stellung oder den Rechten der Patienten, kaum Aufmerksamkeit; professionelle Gesundheitsorganisationen und das (para-)medizinische Erziehungssystem haben sich hauptsächlich mit dem medizinischen Aspekt der Patientenbetreuung beschäftigt; die wirtschaftliche Rezession und die daraus resultierenden strengen Haushaltskürzungen wirken sich auf die mögliche Aufbringung von Mitteln für neue Aktivitäten aus.

*Fördernde Faktoren auf nationaler Ebene:* die öffentliche Meinung scheint Maßnahmen zur Verbesserung der Stellung der Patienten zu befürworten; auch unter Politikern ist zunehmendes Interesse an diesen Angelegenheiten spürbar; vor nicht allzu langer Zeit veröffentlichte das Gesundheitsministerium ein Strategiepapier, in dem die Notwendigkeit einer systematischen Behandlung der Patiententherapie betont wurde.

*Hemmende Faktoren auf regionaler Ebene:* die in Krankenhäusern tätigen Ärzte sind sehr unabhängig und haben im Krankenhaussystem Schlüsselpositionen inne. Doch sie haben kein allzu großes Interesse an der Patientenerziehung. Mehrere Probleme, wie begrenzte finanzielle Mittel und fehlendes Pflegepersonal, haben zu einem Klima geführt, das zur Einführung von Veränderungen, die zusätzliche Arbeitszeit von seiten des Personals erfordern, nicht besonders geeignet ist. Obwohl die Krankenhäuser auf regionaler Ebene an politischen Entscheidungsprozessen beteiligt sind, haben Entscheidungen des Ausschusses, mit deren Hilfe versucht wird, die Patientenerziehung zu verbessern, kaum Einfluß auf die Politik der einzelnen Krankenhäuser; für das ganze Gebiet gibt es nur einen Berater für Gesundheitserziehung.

Daher müssen eine Reihe wichtiger Punkte, insbesondere die folgenden, untersucht werden:

- Welche Organisationsstruktur brauchen wir für unser Ziel?
- Welche Organisationen und auf welcher Ebene sollten gebeten werden, an dieser Struktur mitzuarbeiten, um:
  - a) Pilotprojekte zu starten;
  - b) sicherzustellen, daß die Ergebnisse des Experiments in eine spezifische Politik umgesetzt werden oder aber Auswirkungen haben auf die Politik der Krankenhäuser, der Gesundheitsorganisationen, die für die Finanzierung verantwortlich sind, sowie der staatlichen Entscheidungsorgane, d.h. des Gesundheitsministeriums;
  - c) die notwendigen finanziellen Mittel zu erhalten.
- Wie können politische Entscheidungsträger auf regionaler und nationaler Ebene fruchtbar zusammenarbeiten? Welche Beziehung besteht zwischen ihren Aufgaben, Verantwortlichkeiten und ihren Einflüßbereichen?

### **Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe \***

- Anstelle eines *Patientenerziehungs*programms, wie ursprünglich vorgesehen, sollte ein *Patienteninformationssystem* in 3 bis 4 Krankenhäusern eingeführt und getestet werden. Die Ziele dieses Pilotversuchs sollten darin bestehen:
  - Krankenhauspatienten genau und auf verständliche Weise zu informieren;
  - die Behandlung im Krankenhaus verständlicher zu machen;
  - den Heilungsprozeß zu intensivieren;
  - das Sicherheitsgefühl und die Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen.
- Ein wichtiges «sekundäres» Ziel sollte darauf gerichtet sein, das Interesse und Verständnis der Patienten für die Gesundheit und für gesundheitsbezogenes Verhalten, besonders im Hinblick auf Arzneimittelmißbrauch und andere ungesunde Praktiken, zu wecken oder zu verstärken.
- Sofortige und langfristige Schritte sollten beinhalten:
  - die Verabschiedung eines die Rechte der Krankenhauspatienten betreffenden Gesetzes;
  - die Bereitstellung von Mitteln und Personal zur Durchführung und wissenschaftlichen Auswertung der Pilotstudien;
  - die Motivation der Krankenhausleitung und die Harmonisierung gleichlautender Zielsetzungen;
  - die Weckung des Bewußtseins für Probleme bei den zwei Hauptzielgruppen, d.h. den Krankenhausärzten und dem Pflegepersonal.
- Angemessene Ausbildung des Personals ist ein wichtiger Punkt, und Schritte sollten unternommen werden in Richtung auf:
  - die Erarbeitung zielorientierter Information und die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Gesundheitspersonal (spätere Integration in das Studium);
  - die Bereitstellung alternativer und /oder gleichlautender Maßnahmen auf regionaler Ebene.
- Schließlich sollten die mit der Verteidigung der Rechte der Patienten befaßten Verbraucherorganisationen und Krankenkassen angesprochen werden.

---

\* Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 2, der folgende Mitglieder angehörten: Wilfried Bolles, Wilfried Brauer und Dr. Hans Stein aus der Bundesrepublik Deutschland; Dr. George Gonda (Ungarn); Dr. C.H.M. Krug (Niederlande); Sorens Thorning (Dänemark) und Dr. Harri Vertio (Finnland).

## **Steuern als Waffe im Kampf gegen das Rauchen**

**Eine Fallstudie von Brian Lloyd**

Im Jahre 1964 wurde der britischen Regierung die Empfehlung vorgelegt, in England und Wales eine starke Zentralbehörde zu schaffen, deren Aufgabe es sein sollte, «ein günstiges Klima für gesundheitserzieherische Maßnahmen zu schaffen, Rahmenprogramme für besonders dringliche Problembereiche zu entwickeln und für eine entsprechende landesweite Unterstützung durch alle in Frage kommenden kommerziellen, gemeinnützigen sowie medizinischen Institutionen zu sorgen und die kommunalen Behörden und andere Einrichtungen bei der Durchführung der Programme auf kommunaler Ebene zu unterstützen. Diese zu schaffende Zentralbehörde sollte dann die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitserziehungsexperten unterstützen; die gesundheitserzieherische Ausbildung von Ärzten, Krankenschwestern, Lehrern und Zahnärzten fördern sowie die im Rahmen der Gesundheitserziehung erzielten Ergebnisse evaluieren.»

Die Regierung folgte dieser Empfehlung und gründete 1968 den Health Education Council (HEC). Diese Behörde trat an die Stelle des Central Council for Health Education, der 1927 auf Initiative der örtlichen Regierungsbehörden zur Formalisierung und zentralen Koordinierung und Unterstützung gesundheitserzieherischer Aktivitäten geschaffen worden war.

Die Arbeit des HEC umfaßt gegenwärtig vier Hauptbereiche: die breite Bevölkerung, die Gesundheitsexperten, die Erziehungseinrichtungen und die Medien.

### **Das Problem**

In vielen Bereichen — von denen Rauchen, Alkohol und Ernährung nur die augenfälligsten sind — kollidieren die Interessen des HEC mit denen des Staates, wobei es

---

Dr. BRIAN LLOYD ist Vorsitzender des Health Education Council, London, Vereinigtes Königreich.

*Anschrift:* Health Education Council, 78 New Oxford Street, London WC1A 1AH, Vereinigtes Königreich.

weniger um die Frage der politischen Zielformulierung als vielmehr um die Umsetzung politischer Ziele in praktische Maßnahmen geht. Ich möchte die Aufmerksamkeit nur auf das Rauchen lenken. Das Problem besteht darin, daß das Rauchen für den Staat eine Einkommensquelle darstellt, für die Bevölkerung Beschäftigung und Genuß bedeutet, aber gleichzeitig vielfach Ursache für Krankheit und Tod ist. Der HEC hat sich die Abschaffung des Rauchens zum Ziel gesetzt. Die Erhebung von Steuern als Waffe in diesem Kampf ist bislang kaum genutzt worden, höchstens in negativem Sinne.

Der mögliche Nutzen des Einsatzes dieser Waffe müßte daher erforscht und eine Reihe von Fragen geprüft werden, und zwar:

- Sind Steuern eine wirksame Waffe zur Reduzierung oder völligen Einstellung des Tabakkonsums?
- Ruft ihr Einsatz unerwünschte Nebeneffekte hervor?
- Werden durch steuerliche Maßnahmen die gesundheitserzieherischen Aussagen entwertet oder gar unglaubwürdig?
- Sind die gesundheitserzieherischen Aktivitäten in bezug auf das Rauchen Zeitverschwendung und könnten sie eingestellt werden, wenn sich diese Waffe als wirksam erweisen sollte?
- Ist diese steuerliche «Lösung» zu mechanistisch, zu materialistisch, könnte sie womöglich unvorhergesehene Gefahren heraufbeschwören, die letzten Endes vielleicht schwerwiegender wären als das Rauchen?
- Falls die Besteuerung als Methode in Frage käme, wie könnte dann die Regierung dazu gebracht werden, einen Gesamtplan zu entwickeln, der sowohl ein Programm zur Steuererhöhung als auch ein Auffangprogramm für freigewordene Produktionskapazitäten der Industrie sowie ein Programm für alternative Konsum- und Genußangebote für den Verbraucher enthalten müßte?
- Wie kann eine Regierung ein Besteuerungsprogramm aufstellen, das über mindestens 10 Jahre läuft, mit Ergebnissen, die vielleicht erst in 20 Jahren erkennbar sind, wenn sie selbst nur 4 oder 5 Jahre an der Macht ist?
- Welche Erfahrungen liegen dazu aus anderen Ländern vor? Lassen sich daraus Gefahren ablesen? Sind entsprechende Vorhersagen möglich?
- Ist es besser, wenn ein Land im Alleingang Maßnahmen ergreift, oder sollten Programme im internationalen Rahmen entwickelt werden?
- Wie lassen sich nationale Steuerbeschränkungen mit multinationalem Tabakexport vereinbaren?
- Ist dieser steuerliche Ansatz zu repressiv und womöglich mit den Wertvorstellungen der «klassischen» Gesundheitserziehung unvereinbar?
- Welche Bedeutung hat der Tabakexport für Entwicklungsländer?

#### **Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe\***

- Die Durchführbarkeit steuerlicher Maßnahmen hängt von den Machtstrukturen in unserer pluralistischen Gesellschaft ab, wo zumeist starke Gruppeninteressen

---

\*Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 3, der folgende Mitglieder angehörten: Dr. Anders Bohlin (Schweden); Dinant Haslinghuis (Niederlande); Dr. Michael Kunze (Österreich); Dr. D.M.D. Lambert und Dr. Brian Lloyd (Vereinigtes Königreich); Jerry O'Dwyer (Irland); Halina Osinska (Polen) und H.T. Sevil (Türkei).

das politische Geschehen beeinflussen. Diese Tatsache macht deutlich, daß es in erster Linie darauf ankommt, Interessengruppen für sich zu gewinnen und die öffentliche Meinung zu mobilisieren, wenn es um die Durchsetzung der Ziele der Gesundheitserziehung geht, wobei dahingestellt sein mag, ob sich Steuererhöhungen als sinnvolle Möglichkeit herausstellen oder nicht. Eine der wichtigsten gesundheitserzieherischen Aufgaben besteht darin, in der Öffentlichkeit ein entsprechend günstiges Klima zu erzeugen, um z.B. steuerpolitische Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens in die Wege leiten zu können; andernfalls würden die Ausgaben für die Gesundheitserziehung vergeblich sein und nur der Beruhigung des Gewissens dienen.

- Es ist schwierig, Gesundheitserziehung und Politik miteinander zu koppeln und wirtschaftliche Interessen mit zu berücksichtigen, wenn es um die Erreichung gesundheitserzieherischer Ziele geht. Obwohl in dieser Hinsicht Vorsicht geboten ist, sollte dennoch jede Gelegenheit aufgegriffen werden, um gleichlaufende Interessen von Wirtschaft und Gesundheitserziehung zu nutzen. So sollten sich die Gesundheitserzieher — im weitesten Sinne des Wortes —, falls ihre Ziele politische Konsequenzen haben, politisch einflußreiche Interessengruppen als mögliche Befürworter ihrer (politisch unterstützungsbedürftigen) Ziele suchen.
- In diesem Zusammenhang verdienen die traditionellen medizinischen Ständevereinigungen und Berufsverbände besondere Beachtung. Sie haben oft großen politischen Einfluß, und ihre Unterstützung bei der Verwirklichung gesundheitserzieherischer Ziele in der politischen Arena kann - wie sich in mehreren Fällen gezeigt hat — sehr wertvoll sein.
- Da steuerpolitische Maßnahmen offensichtlich internationale Bedeutung haben, wäre es auch sinnvoll zu prüfen, ob und wie dieses Problem auf internationaler Ebene angegangen werden kann.
- Steuerpolitische Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens würden sich in den meisten Ländern als großes Problem erweisen, da die Vorstellungen über die Risiken des Rauchens in verschiedenen Ländern sehr weit auseinanderklaffen.
- Bis jetzt hat die Besteuerung nur zu einer Reduzierung des Tabakkonsums geführt und das auch nur vorübergehend; allerdings ist diese Wechselwirkung bis jetzt auch noch nie in vollem Umfang untersucht worden.
- Der Vorschlag, eine Besteuerung als mögliche Maßnahme zur *Abschaffung* des Rauchens einzusetzen, wurde nur von einem Seminarteilnehmer unterstützt.
- Steuerpolitische Maßnahmen können zu unerwünschten Nebenwirkungen führen und negative Auswirkungen auf die Familie, die Schmuggelszene und die Kriminalitätsrate haben und schließlich zum Ausweichen auf mindestens ebenso ungesunde Alternativen führen.
- Dieser relativ neue und bis jetzt wenig untersuchte Ansatz verdient Aufmerksamkeit und sollte im Hinblick auf seine Durchführbarkeit genauer geprüft werden. Wissenschaftliche Untersuchungen über seine Möglichkeiten und Grenzen in bezug auf gesundheitserzieherische Zielsetzungen sollten gefördert werden; dabei sollte möglichst ein Modell entwickelt werden, das den Einsatz steuerpolitischer Maßnahmen *in Verbindung* mit gesundheitserzieherischen Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums vorsieht.

## **Veränderung der Rauchgewohnheiten bei schwer zugänglichen Bevölkerungsgruppen**

### **Eine Fallstudie von Derek M.D. Lambert**

Während die Zahl der rauchenden Männer im Vereinigten Königreich von 65% (1948) auf 45% (1978) signifikant zurückgegangen ist, läßt sich bei den rauchenden Frauen nur ein leichter Abwärtstrend von 41% (1948) auf 37% (1978) feststellen. Nach den neuesten Vergleichszahlen von 1980 rauchen bei den Männern immer noch 44% und bei den Frauen 37%. Die beiden letzten Jahre haben also für beide Gruppen kaum eine Veränderung gebracht.

Seit 1961 hat sich entsprechend den sozioökonomischen Gruppen ein deutliches Gefälle im Rauchverhalten entwickelt, wobei sich Frauen und Männer zunächst kaum unterscheiden. 1976 gab es zwischen der obersten und untersten sozioökonomischen Gruppe sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen eine Differenz von etwa 20%; 1978 betrug die Differenz 35% bei den Männern und 18% bei den Frauen. (Zwischen 1976 und 1978 gab es in der untersten sozioökonomischen Gruppe einen Zuwachs von 2% bei den Männern und 3% bei den Frauen.) Der deutlichste Unterschied im Rauchverhalten liegt zwischen den nicht manuell und ausgebildeten manuell arbeitenden Gruppen einerseits und den angelernten und ungelerten Berufsgruppen andererseits; dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

Aus einer Erhebung von 1978 geht hervor, daß in der obersten sozioökonomischen Gruppe 25% der Männer Raucher, 26% ehemalige Raucher und 49% Nichtraucher waren, während in der untersten Gruppe 60% der Männer rauchten und nur 18% ehemalige Raucher und 22% Nichtraucher waren.

In der obersten sozioökonomischen Gruppe war die Zahl der Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, doppelt so groß wie in der untersten Gruppe, und der Anteil der Frauen, die noch nie geraucht hatten, lag hier ebenfalls höher.

---

Dr. DEREK M. D. LAMBERT ist leitender Amtsarzt im Ministerium für Gesundheit und Soziales, London, Vereinigtes Königreich.

*Anschrift:* Department of Health and Social Security, Alexander Fleming House, Elephant and Castle, London SE1 6BY, Vereinigtes Königreich.

## Das Problem

Unter dem Einfluß gesundheitserzieherischer und wirtschaftlicher Maßnahmen hat im Vereinigten Königreich die Zahl der Zigarettenraucher abgenommen, auch wenn dies hauptsächlich nur die oberen sozioökonomischen Gruppen und eher Männer als Frauen betrifft.

Im folgenden geben wir eine kurze Zusammenfassung der während des Erhebungszeitraums durchgeführten Maßnahmen:

1) Im *gesundheitserzieherischen Bereich* werden durch die Massenmedien und das im Gesundheitswesen tätige Personal hauptsächlich Informationen über die Schädlichkeit des Rauchens für die Gesundheit verbreitet. In zunehmendem Maße werden auch positive Leitlinien für eine gesunde Lebensführung verbreitet, wobei vor allem die Vorteile des Nichtrauchens herausgehoben werden.

2) Im *ökonomischen Bereich* ist die Erhöhung der Tabaksteuer zu nennen, auch wenn diese Erhöhung hinter den Einkommenssteigerungen zurückbleibt.

3) Im *Werbesektor* wurde 1965 die Zigarettenwerbung im Fernsehen verboten, und seit 1971 sind auf den Zigarettenpackungen Warnhinweise des Gesundheitsministeriums obligatorisch. 1975 wurden auf freiwilliger Basis mit den Zigarettenherstellern Vereinbarungen über Reklamebeschränkungen getroffen, und seit 1976 ist die Zigarettenwerbung im Kino und anderswo gesetzlich geregelt.

Es ist also offenkundig, daß Stoßrichtung und Strategie aller Maßnahmen gegen das Rauchen geändert werden müssen, damit auch jene Bevölkerungsschichten erreicht werden, die auf die bisherigen Maßnahmen am wenigsten reagiert haben.

1) Wie kommt es, daß spezifische Bevölkerungsgruppen, wie z.B. die unteren sozioökonomischen Gruppen sowie Frauen auf gesundheitserzieherische Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens kaum anzusprechen scheinen?

2) Welche Strategien (im erzieherischen, wirtschaftlichen oder politischen Bereich) bieten sich an, um auch bei diesen Gruppen eine Reduzierung des Rauchens zu bewirken?

## Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe\*

- Die Gründe für die Wirkungslosigkeit gesundheitserzieherischer Maßnahmen gegen das Rauchen liegen möglicherweise darin, daß
  - untere sozioökonomische Gruppen einerseits für Informationen jeder Art, also auch zum Thema gesundheitliche Aufklärung, weniger aufgeschlossen sind, während sie andererseits für Zigarettenwerbung besonders empfänglich sind;
  - Schule und Massenmedien sich eher an den sozial besser gestellten Gruppen orientieren, was sich besonders für Angehörige von Randgruppen negativ auswirkt;
  - vor allem junge Leute selbstzerstörerische Neigungen haben, wie es sowohl in der Musik als auch in der Literatur zum Ausdruck kommt; Selbstmordge-

---

\*Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 3, der folgende Mitglieder angehörten: Dr. Anders Bohlin (Schweden); Dinant Haslinghuis, (Niederlande); Dr. Michael Kunze (Österreich); Dr. D.M.D. Lambert und Dr. Brian Lloyd (Vereinigtes Königreich); Jerry O'Dwyer (Irland); Halina Osinska (Polen) und H.T. Sevil (Türkei).

danken bilden im Verein mit Langeweile und Auflehnung eine gewaltige Hürde für die von den jungen Leuten als autoritären Eingriff empfundenen gesundheitserzieherischen Maßnahmen;

- in den sozial schlechter gestellten Gruppen die familiären Bindungen stärker sind, so daß dem Vorbild von Eltern und anderen Familienangehörigen größere Bedeutung zukommt.
- Der «zweite Durchgang» gesundheitserzieherischer Maßnahmen zielt deshalb jetzt auf die beiden sozialen Gruppen ab, bei denen Antiraucher-Kampagnen bisher ergebnislos geblieben sind. Ein Vorteil besteht nunmehr darin, daß die Zielgruppen klarer definiert sind und dementsprechend auch gezieltere Strategien entwickelt werden können.
- Aus früheren Erfolgen — der Tatsache etwa, daß durch die gesundheitserzieherischen Maßnahmen hauptsächlich Männer mit höherer Bildung und höherem Einkommen erreicht wurden — wie auch aus Fehlschlägen können nützliche Lehren gezogen werden. So hat die Erfahrung gezeigt, daß gesundheitserzieherische Maßnahmen in engerem Kontakt mit den betroffenen Gruppen in Angriff genommen werden müssen: positive Beispiele sind aus der Sozial- und Gemeindegarbeit bekannt. Die Erkenntnis, daß es auf direkte Kontakte ankommt, wenn man diesen «harten Kern» erreichen will, legt nahe, daß man ständige Kontaktpersonen, die nach Möglichkeit auch Vertrauenspersonen sein sollten, enger in die Maßnahmenplanung und -durchführung einbeziehen sollte: die Schule kann dabei eine wichtige Rolle spielen, und besondere Berücksichtigung sollten auch die Gruppen der Gleichaltrigen finden.
- Die gesundheitserzieherische Arbeit zur Bekämpfung des Rauchens ist in ein neues Stadium getreten, in dem sie sich nur noch mit den harten Fällen konfrontiert sieht. Diese neue Situation muß wissenschaftlich noch eingehender untersucht werden. Die Ergebnisse werden dann möglicherweise auch auf andere Bereiche der Gesundheitserziehung — auch in internationalem Kontext — übertragbar sein, wo sich dieses Phänomen des Übergangs in ein neues Stadium sehr wahrscheinlich ebenfalls zeigen wird.
- Eine besondere Situation herrscht in den Ländern, wo Tabak produziert und exportiert wird. Dort gerät die Politik hinsichtlich des Tabakproblems zwangsläufig in Widersprüchlichkeiten. Länder wie die Türkei und Griechenland könnten durch ihren Eintritt in die EG und den Europarat bei ihren gesundheitserzieherischen Anstrengungen zur Eindämmung des Rauchens von den anderen Mitgliedsstaaten unterstützt werden, da diese bereits eine besser entwickelte und energischere Politik gegen das Rauchen verfolgen. Diese internationale Dimension sollte in der EG und im Europarat sowie unter den Mitgliedern der IUGE in diesen Ländern weiter untersucht werden.

## **Eine Strategie zur Förderung gemeindenaher Programme zur Gesundheitserziehung**

**Eine Fallstudie von Harry D. Crawley**

Der Gesundheitsdienst in der Republik Irland wird von acht regionalen Gesundheitsämtern verwaltet. Diese sind weiter in Bereiche zur gemeindenahen Versorgung unterteilt. Die Gesundheitsämter sind verantwortlich für die Bereitstellung gesundheitserzieherischer Dienste in ihrer Region, die in der Regel von dem auf kommunaler Ebene in der Gesundheitsversorgung tätigen Personal getragen und manchmal von besonders für die Gesundheitserziehung zuständigen Beamten unterstützt und koordiniert werden.

Für die laufende Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitsversorgung ist jeweils ein Direktor zuständig, der gleichzeitig Amtsarzt ist. Die oberste Zuständigkeit für Fragen der Gesundheitserziehung in den Gesundheitsämtern liegt bei dem für die kommunale Gesundheitsversorgung zuständigen Programmdirektor. Ihm unterstehen die Direktoren der kommunalen Gesundheitsversorgung, und er selbst untersteht dem obersten leitenden Direktor des regionalen Gesundheitsamts (Chief Executive Officer = C.E.D.). Mit anderen Worten, der Bereich Gesundheitserziehung erstreckt sich über drei Verwaltungsebenen. Das bedeutet, daß die Gesundheitserziehung in eine im wesentlichen medizinisch ausgerichtete Organisation eingebunden ist. In Anbetracht dieser besonderen Situation werden gesundheitserzieherische Innovationen sehr erschwert.

Im Jahre 1975 wurde vom Gesundheitsminister auf nationaler Ebene das Health Education Bureau (HEB) geschaffen, das drei Zuständigkeitsbereiche hat, die sich im wesentlichen mit denen der regionalen Gesundheitsämter überschneiden.

Das Health Education Bureau hat die Aufgabe:

- im Einklang mit nationalen Prioritätensetzungen gesundheitserzieherische Programme sowohl für den nationalen als auch kommunalen Bereich zu entwickeln;
- diese Programme mit Unterstützung öffentlicher und privater Einrichtungen im Bereich der Gesundheitserziehung durchzuführen;

---

Dr. HARRY D. CRAWLEY ist Leiter des Health Education Bureau, Dublin, Irland.

*Anschrift:* Health Education Bureau, 34 Upper Mount Street, Dublin 2, Irland.

- diese Einrichtungen bei der Durchführung ihrer kommunalen Programme zu unterstützen, einschließlich der Herstellung und Verteilung gesundheitserzieherischer Materialien.

Trotz der allgemein bestehenden Regelung, daß das Health Education Bureau für die nationalen Programme und die regionalen Gesundheitsämter für die kommunalen Programme zuständig sein sollen, entstehen immer wieder Probleme und Konflikte, sobald die nationalen Programme auch kommunale Dimensionen haben und die kommunalen Programme sich mit nationalen Prioritäten überschneiden oder mit ihnen konkurrieren.

### **Das Problem**

Besonders im kommunalen Bereich überschneiden sich ganz offensichtlich die gesundheitserzieherischen Kompetenzen des Health Education Bureau und der regionalen Gesundheitsämter. Jede Seite erwartet von der anderen, daß die jeweiligen Aufgaben erfüllt werden, ohne daß dabei eine der beiden Seiten ihre Autonomie aufzugeben bereit ist. Jede Seite erwartet es als die Pflicht der anderen, geeignete Mittel, Materialien, Personal und Sachkenntnis bereitzustellen.

Das Problem besteht daher darin, einen organisatorischen Rahmen zu schaffen, der eine klare Aufgabenteilung, persönlichen Einsatz und Kooperation und damit eine effektive Gesundheitserziehung sicherstellt.

Mit anderen Worten, es müssen strukturelle und verfahrensmäßige Veränderungen erreicht werden, die eine gemeinsame Politik auf nationaler und regionaler/kommunaler Ebene ermöglichen, damit Konflikte und Konkurrenzdenken ausgeschlossen werden können und die Verwirklichung gesundheitserzieherischer Ziele in allen Gesundheitsämtern oberstes Ziel wird.

Dazu bedarf es einiger grundsätzlicher Überlegungen:

- 1) Wie sollte die Verantwortlichkeit für verschiedene Aufgabenbereiche der gemeindenahen Gesundheitserziehung, z.B. für Forschung, Ausbildung, Projektarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, konzeptionelle Entwicklungsarbeit verteilt sein-auf mehrere Träger gemeinsam, getrennt oder von Fall zu Fall unterschiedlich?
- 2) Kann die gemeinsame Verfügung über einen bestimmten Haushalt ein entsprechendes Engagement und eine hinreichende Betreuung von laufenden Projekten sicherstellen?
- 3) Ist ein Verfahren, bei dem die Verantwortlichkeit für Management, Forschung, Finanzierung und Ausbildung geteilt ist, geeignet, eine gemeinsame Prioritätenfindung zu fördern und die Wahrscheinlichkeit der Aufgabenüberschneidung oder der Vernachlässigung wichtiger gesundheitserzieherischer Projekte zu reduzieren?

### **Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe\***

- Um das Ziel einer wirksamen gemeindenahen Gesundheitserziehung erreichen zu können, ist ein planvolles und systematisches Vorgehen erforderlich. Dazu gehören 3 wesentliche Komponenten:

\* Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 4, der folgende Mitglieder angehörten: Dr. Michael Church (Schottland); Dr. Harry Crawley (Irland); Helen Dimou (Griechenland); Alastair Mackie (Vereinigtes Königreich); Dr. Lea Maes (Belgien); Tony Morris (Irland); Dr. Marsden Wagner (WGO/EURO).

a) Klarstellung der Kompetenzen; b) Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen; c) Weitergabe von Innovationsanreizen.

- Genauer heißt das:
  - *Klarstellung* der verschiedenen Funktionen, die auf nationaler und regionaler Ebene wahrgenommen werden sollen, wobei auf nationaler Ebene die langfristige Politik bestimmt werden sollte, die auf eine qualitative Verbesserung der Gesundheitserziehung im allgemeinen abzielt (Forschung, Ausbildung, Organisation, konzeptionelle Entwicklungsarbeit) und nur solche Aktivitäten in Angriff nimmt, die regional nicht zu bewältigen sind;
  - *systematische Kommunikation* nicht nur mit den Regionalbehörden, sondern auch mit Interessengruppen, gemeinnützigen Organisationen und den relevanten Bildungsinstitutionen;
  - *Weitergabe von Innovationsanreizen* an jene Regionen, Gruppen und Organisationen, die dafür besonders aufgeschlossen sind.
- Die Entwicklung neuer Handlungsstrategien für eine effektivere Gestaltung der Gesundheitserziehung müßte ihren Kristallisationspunkt in einem Prozeß finden, an dem alle betroffenen Personen und Organisationen *gemeinsam* beteiligt sind. Es sollte dabei also die «Doktrin eines einseitigen Transfers» vermieden werden, derzufolge ein bestimmtes Klientensystem, d.h. die einzelnen Regionen etc. zu passiven Konsumenten von Innovationsprodukten gemacht würden und stattdessen nach Möglichkeiten gesucht werden, um die Wertvorstellungen, Probleme und situativen Bedingungen eines Klientensystems voll berücksichtigen zu können.
- Dies alles wird sehr schwierig durchzuführen sein. Da jedoch viele Aspekte noch zu klären sind und unterschiedliche Instrumente zur Anwendung kommen werden, ist eine sorgfältige Planung unerlässlich. Schnelle und einfache Lösungen sind deshalb nicht zu erwarten.
- Zunächst müßte es eine Einigung über die Hauptziele und den Zweck des Vorhabens geben, etwa in Form eines Grundsatzpapiers oder einer Grundsatzerklärung des Gesundheitsministeriums, die nach erfolgter Rücksprache mit dem Erziehungs- und Sozialministerium, dem Health Education Bureau und den regionalen Gesundheitsämtern veröffentlicht werden sollte. Auf der Grundlage einer solchen Erklärung sollte dann ein detaillierter Plan vorgelegt werden, der etwa so aussehen könnte, wie in nachstehender Tabelle dargelegt.
- Der Erfolg des Vorhabens wird um so größer sein, je mehr man den besonderen Gegebenheiten Rechnung trägt, wie etwa der Tatsache, daß im regionalen Gesundheitsdienst in Irland der medizinische Verwaltungsapparat und die Ärzte eine beherrschende Stellung einnehmen. Deshalb wären umsichtige Absprachen mit diesen Gruppen auch auf nationaler Ebene ratsam, ohne daß dabei freilich die innovativen Inhalte des Vorhabens aufs Spiel gesetzt werden sollten.
- Der *innovative* Charakter eines Vorhabens könnte vielmehr noch zusätzlich abgesichert werden, insbesondere durch
  - eine Statusverbesserung (Qualifikationen, Bezahlung) des gesundheitserzieherischen Personals im regionalen Bereich;
  - die Förderung von Projekten für neue, aber aufgeschlossene Gruppen außerhalb der traditionellen Strukturen;
  - die Einbindung nationaler und regionaler gemeinnütziger Organisationen;
  - die Betonung einer langfristig orientierten Ausbildungspolitik (Gesetzgebung, universitäre Bildungsgänge, Curriculumentwicklung);

- die Mobilisierung der Öffentlichkeit, vor allem auf regionaler Ebene unter besonderer Berücksichtigung bestehender Laienorganisationen, politischen Parteien, Gewerkschaften und öffentlichen Medien (regionale Fernsehprogramme, Zeitungen etc.).

ORIENTIERUNGSMATRIX FÜR DIE PROGRAMMENTWICKLUNG IM BEREICH  
DER GESUNDHEITSERZIEHUNG DURCH DIE REGIONALEN  
GESUNDHEITSÄMTER

Gesundheitserzieherische Aktivitäten und Funktionen

<i>Instrumente</i>	<i>Formulierung der Programm- Leitlinien</i>	<i>Kampagnen- Programme</i>	<i>Ausbildung</i>	<i>Forschung</i>
Finanzen		Neuregelung für Gemeinschaftsfinanzierung von nationalen und regionalen Leistungen	Zweckgebundene Mittel für bestimmte Regionen	Zweckgebundene Mittel für bestimmte Regionen Modellversuche
Personal	Rollenzuweisung und Funktionsbeschreibung für: — HEB — regionale Gesundheitsämter — gesundheitserzieherisches Personal im regionalen Bereich — Ärzte, Krankenschwestern, Lehrer, Sozialarbeiter		Personal wird in verschiedene Regionen abgestellt Lehrgänge in Gesundheitserziehung für Verwaltungspersonal auf regionaler Ebene	Personal wird in verschiedene Regionen abgestellt
Kommunikation	regionale Ausschüsse der beteiligten Stellen	Jahrestagungen über die Gesamtplanung nationaler und regionaler Programme	Jahrestagungen über Ausbildungsfragen auf nationaler Ebene	Jahrestagungen über Forschungsprogramme und -planung
Struktur	Lenkungsausschuß mit Vertretern des HEB der regionalen Gesundheitsämter und des Ministeriums		Ständiger Ausschuß	Ständiger Ausschuß Verlaufsanalyse und Handlungsforschung zugunsten neuer Programme

## **Ernährungserziehung: Schwierigkeiten bei der Planung einer Kampagne**

### **Eine Fallstudie von Manuela Santos-Pardal**

Im Jahre 1979 konstituierte sich eine Gruppe von Mitarbeitern verschiedener Ministerien mit dem Ziel, die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung zu verbessern. Es sollte zweierlei erreicht werden:

- eine Einschränkung des Fett- und Zuckerkonsums und
- eine Verbesserung der Frühstücksgewohnheiten.

Mehrere Institutionen wurden zur Mitarbeit an diesem Projekt aufgefordert, insbesondere die Abteilung für Gesundheitserziehung. Gleichzeitig wurde die Entwicklung gesundheitserzieherischer Fähigkeiten von Ärzten, Krankenschwestern und Sozialarbeitern im klinischen Bereich hervorgehoben. Als das Projekt Anfang 1981 in seine Realisierungsphase gelangte, trat eine Vielfalt von Problemen zutage:

- mangelnde Koordination zwischen präventiven und kurativen Einrichtungen;
- ausbleibende staatliche Unterstützung der lokalen Aktivitäten, z.B. im Hinblick auf die Überbrückung personeller und materieller Engpässe;
- fehlende staatliche Ernährungspolitik;
- Überlappung des Leistungsspektrums in Einrichtungen mit ähnlichen Aufgaben bei gleichzeitigen Leistungslücken in anderen Bereichen;
- fehlendes Interesse bei den Medien, insbesondere beim Fernsehen, für gesundheitserzieherische Aktivitäten im Ernährungsbereich;
- vergebliche Anstrengungen der Abteilung für Gesundheitserziehung, die sich inzwischen in ihrer Rolle völlig überfordert fühlt.

In Anbetracht dieser Probleme hat die Regierung die Weiterarbeit an diesem Projekt gestoppt, bis adäquate Lösungsvorschläge für die anstehenden Probleme vorliegen.

---

Dr. MANUELA SANTOS-PARDAL ist Leiterin der Abteilung für Gesundheitserziehung im Sozialministerium, Lissabon, Portugal.

*Anschrift:* Ministerio dos Assuntos Sociais, Direcção-Geral de Saúde, Alameda D. Afonso Henriques 45, P-Lissabon 1.

## Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe\*

- Bevor eine gesundheitserzieherische Kampagne über Ernährungsfragen gestartet wird, muß die Unterstützung durch alle betroffenen Parteien, einschließlich beispielsweise der Gewerkschaften oder religiöser Organisationen gesichert sein.
- Wenn die Kampagne darauf abzielt, die Ernährungsgewohnheiten breiter Bevölkerungsschichten zu verändern, ist es unerlässlich, vorher festzustellen, ob a) alternative Lebensmittel guter Qualität auf dem Markt erhältlich sind und ob b) solche Lebensmittel zum gleichen Preis erhältlich sind.
- Die Planer einer solchen Kampagne müssen sich die Tatsache bewußtmachen, daß eine Veränderung der familiären Ernährungsgewohnheiten oft Veränderungen in anderen Lebensbereichen voraussetzt.
- Bei der Entwicklung gesundheitserzieherischer Maßnahmen empfiehlt es sich, das Gesamtvorhaben in mehrere Teilprogramme aufzuteilen; so sollte beim Thema Ernährungserziehung ein besonderes Programm für das Stillen vorgesehen werden.
- Es ist empfehlenswert, bestehende Einrichtungen zu nutzen, ohne ihnen eine Mehrbelastung zuzumuten, d.h. das betroffene Personal muß überzeugt sein, daß das vorgesehene Projekt in das laufende Arbeitsprogramm integrierbar ist.
- Wenn bei den in Frage kommenden Stellen mangelndes Interesse erkennbar ist, sollten sofort die Gründe dafür erforscht werden.
- Eine Kampagne sollte nur zu einem Zeitpunkt gestartet werden, wenn die Zielgruppe für das Problem zugänglich ist und die zuständigen Behörden aus politischen oder anderen Erwägungen heraus motiviert sind, ihre Unterstützung zu geben. Die Planer sind gut beraten, auf die Methoden der Massenmedien zurückzugreifen.
- Den Lehrern kommt im Hinblick auf die langfristige Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten eine Schlüsselposition zu; deshalb müßten Einführungskurse in die Gesundheitserziehung Bestandteil der Lehrerausbildung werden.
- Die Behörden sollten Werbegeschenke von Firmen, deren Produkte bei jungen Leuten zwar beliebt, jedoch alles andere als gesund sind (süße Getränke etc.), nicht mehr zulassen.
- Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft müßten auch der besonderen Lage von Gastarbeitern Rechnung tragen. Ihre Zahl beläuft sich in Europa auf 12 Millionen, die eine Gruppe mit ganz anderen und sehr spezifischen Problemen bilden.

---

\* Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 5, der folgende Mitglieder angehörten: Prof. Lamberto Briziarelli (Italien), Dr. José Lopez Dias (Portugal), Dr. Luigi Giannico (Italien), Dr. Manuela Santos-Pardal (Portugal), Dr. Pierre Recht und Gina Treu (EG), Dr. Gilberte Reginster-Haneuse (Belgien), Daniel Sigaudès (IUGE) und Dr. Bratislav Tomić (Jugoslawien).

## **Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz: Prozesse und Probleme**

### **Eine Fallstudie von Lamberto Briziarelli**

Am Ende der 60er Jahre entstand in Italien eine sehr interessante Gesundheitsbewegung, die sich einerseits auf die *Prävention* als eine Möglichkeit zur Bewältigung umweltbedingter Risikofaktoren konzentrierte und andererseits auf die *Mitwirkung* der Bevölkerung als Grundvoraussetzung für die Durchführung von Maßnahmen. Diese Bewegung fand rasch Anhängerschaft unter den Arbeitern, und es wurden mehrere Interventionen im Bereich der Arbeitswelt durchgeführt, die bewirkten, daß *a)* Arbeitsmethoden am Arbeitsplatz verändert wurden; *b)* das für die Gesundheit des Arbeiters und seiner Umweltbedingungen verantwortliche Personal neue Methoden einführt und *c)* in mehreren Regionen gesundheitserzieherische Aktivitäten am Arbeitsplatz entwickelt wurden.

#### **Das Problem**

Die Gesundheitserziehung der arbeitenden Bevölkerung wirft eine Reihe von Problemen auf, die sich im wesentlichen durch drei Faktoren kennzeichnen lassen:

- den sozialen Kontext, in dem die gesundheitserzieherischen Aktivitäten ablaufen, d.h. das sehr empfindliche soziale Kräfteverhältnis zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern;
- das Dilemma, in dem sich die Gesundheitserzieher und Sozialarbeiter befinden, die oft eine schwierige Wahl zu treffen haben und in einem Widerstreit leben zwischen ihrem Wunsch, neutral zu sein (wenn dies überhaupt möglich ist) und ihren Sympathien für die eine oder andere Seite;
- die Rolle der Behörden, die einerseits für die Einhaltung der Gesetze sorgen und andererseits offen sein müssen für gesellschaftliche Entwicklungsprozesse und die Dynamik des soziopolitischen Kräftespiels.

---

Prof. LAMBERTO BRIZIARELLI ist Professor für Präventivmedizin am Institut für Hygiene der Universität Perugia, Italien.

*Anschrift:* Istituto d'Igiene, Università degli Studi di Perugia, Via del Giochetto, Piazzale Ruata, 106100 Perugia, Italien.

Deshalb müssen die folgenden Punkte sorgfältig durchdacht werden :

- die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und dem privatwirtschaftlich organisierten Sektor ;
- die Beziehungen zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Gewerkschaften und Betriebsleitungen ;
- die Rolle des Gesundheitserziehers in diesem sozialen Spannungsfeld ;
- ob und in welchem Ausmaß die Gesundheitserziehung die Probleme, die in einem solchen Spannungsfeld entstehen, sowie die verschiedenen Phasen der sozioökonomischen Entwicklung berücksichtigen soll ;
- ob die gesundheitserzieherischen Methoden der jeweiligen Zielgruppe angepaßt werden sollten, also für Arbeiter aus dem öffentlichen oder privaten Bereich, für Beschäftigte in der Landwirtschaft, für Heimarbeiter, Büroangestellte, Künstler, Handwerker etc.

### **Problemanalyse und Lösungsvorschläge der case-study-Gruppe\***

- Es handelt sich hier um einen Problembereich mit wirtschaftlichen, sozialen und sogar deontologischen Implikationen. Es muß berücksichtigt werden, um welche der unterschiedlichen Zielgruppen es sich handelt, also um Industriearbeiter, Beschäftigte in der Landwirtschaft, Handwerker etc. und ob die Intervention nur den Gesundheitsbereich oder noch andere Bereiche betrifft.
- Ungeachtet der Umstände und vorausgesetzt, daß ein differenzierter Ansatz gewählt wird, sind die gesundheitserzieherischen Interventionsmöglichkeiten beträchtlich und bislang noch weitgehend ungenutzt.
- Die wesentliche Voraussetzung für einen Erfolg ist die aktive Mitwirkung der Arbeiter. Eine solche Mitwirkung kann nur erreicht werden, wenn die entsprechenden Organisationen, z.B. die Gewerkschaften, Mitentscheidungsmöglichkeiten haben.
- Die Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz darf sich nicht nur auf die «Arbeits»-Situation beschränken, sondern sie muß auch verkehrstechnische Beförderungsprobleme und familiäre Lebensbedingungen berücksichtigen. Mit anderen Worten, die Gesundheitserziehung muß über einen umfassenden Lösungsansatz verfügen.
- Die Arbeitgeber müßten gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Arbeiter über alle mit ihrer Arbeit verbundenen Risiken zu informieren und sie über die Möglichkeiten aufzuklären, wie diese Risiken in angemessenen Grenzen gehalten werden können.
- Aus der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und Gewerkschaften sollte sich eine Erweiterung der gewerkschaftlichen Aktivitäten ergeben, einschließlich der Gesundheitsförderung der Arbeitnehmer. In diesem Zusammenhang gibt es Beispiele, wie im Anschluß an Interventionen durch die staatlichen Gesundheitsbehörden positive Ergebnisse erzielt wurden.

---

\* Diese Kommentare sind eine Zusammenfassung des Berichts der case-study-Gruppe Nr. 5, der folgende Mitglieder angehörten : Prof. Lamberto Briziarelli (Italien), Dr. José Lopez Dias (Portugal), Dr. Luigi Giannico (Italien), Dr. Manuela Santos-Pardal (Portugal), Dr. Pierre Recht und Gina Treu (EG), Dr. Gilberte Reginster-Haneuse (Belgien), Daniel Sigaudés (IUGE) und Dr. Bratislav Tomić (Jugoslawien).

- Ein Ziel sollte darin bestehen, gemeinsame gesundheitserzieherische Aktivitäten zu entwickeln, an denen sich Vertreter der Gewerkschaften, der Sozial- und betrieblichen Gesundheitseinrichtungen sowie, falls erforderlich, die Vorarbeiter in größeren Industriebetrieben beteiligen. Die Erreichung dieses Zieles ist zwar mit vielen Schwierigkeiten verbunden, würde jedoch zu einer Verbesserung des gemeinsamen Informationsstandes sowie des gegenseitigen Verständnisses aller betroffenen Parteien führen.
- Bedauerlich ist, daß die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen — die theoretisch gut organisiert sind — praktisch sehr wenig Einfluß haben und faktisch kaum über wirkliche Interventionsmöglichkeiten verfügen. Außerdem müßten die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen Kontakte zu den jeweiligen Hausärzten haben und umgekehrt, was bis jetzt jedoch nicht der Fall ist.

KAPITEL III

**Planspiele: ein Planungs-  
und Erkenntnisinstrument**

## **Erfahrungen beim Einsatz von Als-ob-Situationen: ein Trainingsinstrument**

**Rainer Vagt**

«In den Planspielen der Regierung hat sich gezeigt...» — solche oder ähnliche Formulierungen, wobei statt «Regierung» auch die Namen anderer gesellschaftlicher Macht- und Entscheidungsträger stehen können, finden wir in den Massenmedien zunehmend häufiger. Demnach scheinen Planspiele recht verbreitet zu sein. Schaut man aber genauer hin, so meint der Satz zumeist, daß hier Konsequenzen und Alternativen möglicher Entscheidungen überdacht, geplant und diskutiert wurden. Die dabei eingesetzten *Methoden antizipatorischen Denkens*, die sich oft statistischer Daten und mathematischer Modelle bedienen, mögen für Planungs- und Entscheidungszwecke nützlich sein; Planspiele jedoch sind sie noch nicht.

Zu Planspielen werden solche Methoden erst dann, wenn sie die Möglichkeit, über Entscheidungen und deren Konsequenzen zu diskutieren, um die Notwendigkeit erweitern, selbst Entscheidungen treffen zu müssen und von Entscheidungen anderer betroffen zu sein. Unter den Begriff «Planspiel» (oder «Simulationsspiel») werden sehr unterschiedliche methodische Ansätze subsumiert; Aufgabe der folgenden Hinweise ist es, diese kurz zu skizzieren. Der eben bezeichnete Aktionsimperativ gilt ihnen freilich allen gemeinsam: in einer Als-ob-Situation zu handeln — wenn auch gleichsam zur Probe und mit relativ geringem Risiko.

### **Die Anfänge**

Planspiele in diesem Sinne unternehmen natürlich Entscheidungsträger in Staat, Wirtschaft und Verbänden auch oder lassen sie vielmehr von ihren Stabsabteilungen unternehmen. Aber das geschieht weit weniger oft, als die häufige Verwendung des anfangs zitierten Satzes es nahe legt. Auch wird die Annahme, Planspiele könnten neue Erkenntnisse und Einsichten erbringen, erst seit relativ kurzer Zeit mit der Methode verbunden. Denn das klassische Planspiel, wie es zuerst im militärischen

---

RAINER VAGT ist als freier Dozent in der Erwachsenenbildung tätig. Hamburg, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Siemssenstraße 5, D-2000 Hamburg 20.

und dann im wirtschaftlichen Bereich entwickelt wurde, war und ist primär nicht ein Erkenntnis-, sondern ein *Trainingsinstrument*. Es dient vor allem zur Ausbildung der Führungskräfte. Im Spiel, in dem — vereinfacht gesagt — Scheinarmeen oder Scheinfirmen um Vernichtungsziffern oder Marktanteile konkurrieren, stellt sich den Teilnehmern die Aufgabe, eine möglichst optimale Mittelkombination zur Erreichung bestimmter und vorgegebener Ziele zu finden. Für ein einzelnes Spiel lassen sich jeweils eindeutige Erfolgskriterien benennen, für seine Spielgruppen lassen sich Gewinne und Verluste berechnen.

Die Möglichkeit einer Gewinn- und Verlustrechnung hängt nun nicht allein vom Eindeutigkeitsgrad der Erfolgskriterien, sondern auch vom Formalisierungsgrad des Spiels ab. Einem modernen Unternehmensspiel liegt in der Regel ein weitgehend formalisiertes Modell zugrunde, das das Verhalten von fünf oder sechs Wirtschaftsunternehmen, die auf einem gemeinsamen Markt konkurrieren, abbilden soll. Im Laufe des Simulationsprozesses müssen die Spielgruppen, die jeweils die oberste Leitungsebene eines Unternehmens darstellen, entscheiden, ob und wie sie die Werte einer vorgegebenen Anzahl von Variablen (Produktpreis, Produktionskapazität usw.) verändern. Die Konsequenzen der Spielgruppenentscheidungen sind berechenbar, da die Zusammenhänge der Variablen untereinander (wie z.B. der Zusammenhang von Produktpreis, Werbeausgaben und Absatzmenge bei konkurrierenden Produkten) im Modell festgelegt wurden.

### **Der formalisierte Ansatz: die vorgegebene Realität**

Formalisierte oder teilformalisierte Simulationsspiele, die den methodischen Ansatz des Unternehmensspiels modifizieren, aber das Merkmal der Berechenbarkeit von Entscheidungskonsequenzen beibehalten, erarbeitete man inzwischen für ein weites Feld ökonomischer wie administrativer Tätigkeiten, politischer wie sozialer Prozesse. Vor allem in den USA ergab das in den beiden letzten Jahrzehnten einen boomartigen Anstieg in der Entwicklung dieser Spiele für die verschiedensten Bereiche und Anwendungsgebiete (Abt 1971). Es gibt heute Firmen, die solche Spiele produzieren und vertreiben; es gibt einen Markt, der sie aufnimmt (Wirtschaft, Administration, Bildung und Erziehung). In der Bundesrepublik hat, sieht man vom recht verbreiteten Unternehmensspiel ab, die Verwendung von Simulationsspielen eher noch Versuchscharakter (Böhret/Wordelmann 1975).

Im Zuge ihrer Entwicklung verbanden sich neue Interessen mit der Methode. Sie führten von der beim klassischen Planspiel vorherrschenden Trainingsfunktion weg, wenn auch natürlich diese Funktion weiterhin einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Einerseits sind dies Interessen der Wissenschaftler (und der wissenschaftliche Beratung verlangenden Politiker), andererseits Interessen der Didaktiker.

Wissenschaftlich und politisch-praktisch interessant gilt das Simulationsspiel, weil es im Modell die Komplexität politischer und gesellschaftlicher Realität soweit reduziert, daß die Interdependenzen bestimmter Entscheidungs- und Entwicklungsvariablen experimentell prüfbar und als Prozeß im Zeitablauf darstellbar sind: *Simulationsspiel als Erkenntnisinstrument*.

Eine erkenntnisfördernde Funktion kommt jedoch, so zeigte sich bald, weniger dem durchgeführten Spiel als der ihm vorhergehenden Modellkonstruktion zu. Denn im Modell wird festgelegt, welche Handlungsspielräume die Spieler haben und zwischen welchen Entscheidungsalternativen sie wählen können. Die Güte der Modellkonstruktion bedingt somit weitgehend die Realitätsnähe eines formalisierten Simulationsspiels. Daraus zog man die Konsequenz, auf handelnde Spieler ganz zu verzichten, also individuelle Handlungen, sollen sie überhaupt repräsentiert sein, eben-

falls als Variablen ins Modell einzubauen. Zur Berechnung der Prozesse, die ein Modell darstellen soll, ist man auf die Hilfe eines Computers angewiesen. Die Zahl dieser *Computersimulationen* wächst schnell; die im Auftrag des Club of Rome entwickelten Weltmodelle sind die bekanntesten, aber im Grad ihrer Zuverlässigkeit sicher nicht sehr typischen Beispiele. In politische Entscheidungsprozesse gehen Ergebnisse von Computersimulationen (etwa zur Bildungs- oder Regionalplanung) heute schon ein; darauf bezieht sich der anfangs zitierte Satz gelegentlich ja auch. Simulationsergebnisse lassen sich sinnvoll nur im Bezug auf die Annahmen interpretieren, die zur Konstruktion des Modells verwandt wurden; bei der Rezeption und Verwendung solcher Ergebnisse wird dieser Gesichtspunkt kaum immer ausreichend beachtet (Harbordt 1974).

Didaktisch interessant gilt das Simulationsspiel, weil es die übliche Lernsituation soweit verändert, daß die Interdependenzen von eigenen Handlungen mit Handlungen anderer direkt erfahrbar sind: *Simulationsspiel als didaktische Organisationsform politischer und sozialer Lernprozesse*. Das Raisonement über soziale Strukturen und politische Konflikte wird ergänzt durch das Agieren in ihnen. Konsequenzen von Entscheidungen wie von Unterlassungen können von den Akteuren erfahren werden, ohne jedoch für diese schon die Folgen zu haben, die sie im wirklichen Leben hätten. Wissenserwerb, Wissensanwendung und eigenes Handeln werden im Spiel als zusammenhängende Fertigkeiten erlebt, so daß die Lernmotivation steigt. Erfahrungen mit Spielrealitäten können wirkliche Lebenserfahrungen nicht ersetzen, aber die Teilnahme an einem Simulationsspiel schärft die Wahrnehmung gegenüber gesellschaftlicher Realität und bereitet auf eine aktive Auseinandersetzung mit ihr vor.

Dem Didaktiker sind dies alles freilich eher Hoffnungen oder Hypothesen als nachgewiesene Wirkungen. Die Euphorie, die die Anfangsphase der Verwendung von Simulationsspielen kennzeichnete, war durch Tatsachen wenig begründet. Heute, wo viele empirische Untersuchungen vorliegen, gilt für die Evaluationsforschung zu Simulationsspielen das, was solche Forschung auch in anderen Kontexten ausmacht: sie liefert höchst widersprüchliche Ergebnisse. Im Vergleich zu traditionellen Unterrichtsverfahren jedoch kann die Methode erfolgreich bestehen. Daher finden sich in den USA (aber auch in anderen Ländern) mehr oder weniger formalisierte Simulationsspiele in vielen schulischen wie universitären Curricula, zunehmend auch in solchen der Erwachsenenbildung und -fortbildung. Erste Ansätze zur Verwendung dieser Methode im Bildungsbereich werden inzwischen auch bei uns gemacht (Böhret / Wordelmann 1975; Lehmann 1977; Buddensiek 1979).

### **Der nichtformalisierte Ansatz: bessere Realitätswahrnehmung**

Auf diesem Seminar jedoch verwenden wir einen anderen Planspieltyp. Ihm liegt — im Gegensatz zu den bisher behandelten Simulationsspielen — kein formalisiertes Modell der Realität zugrunde. Die Möglichkeit, Handlungserfahrungen in Als-ob-Situationen zu machen, gilt auch hier, wird aber in einem anderen didaktischen Arrangement realisiert. Dies ist methodisch offener und inhaltlich stärker an der spezifischen Realität der Teilnehmer orientiert. Entwickelt wurde dieser Planspieltyp in der politischen Bildung, aber auch in der berufs- und arbeitsfeldspezifischen Aus- und Fortbildung (Reimann 1972; Reinisch 1975; Lehmann 1977; Vagt 1978; Freudenreich 1979). Gerade ihm, dem *pädagogischen oder politischen Planspiel*, wobei wir Politik im weiteren Sinne als gesellschaftlich bedeutsames Handeln verstehen, schreiben wir nun beides zu: sowohl eine sinnvolle Organisationsform von Fortbildung als auch ein fruchtbares Erkenntnisinstrument zu sein. Ein Erkenntnisinstru-

ment jedoch nicht für andere, die Zukunft planen oder Mitarbeiter testen wollen, sondern für die Teilnehmer des Spiels selbst.

Der Unterschied dieses Planspieltyps zu den formalisierten Simulationsspielen liegt, sieht man von den theoretischen und methodischen Problemen der Formalisierung einmal ab, in der Frage nach der *Simulation der Realität*. Oben wurde kurz erläutert, daß man in formalisierten Spielen die Realität, die Gegenstand des Spiels ist, im Vorwege festsetzt, da alle oder doch die meisten Variablen, welche die teilnehmenden Spieler manipulieren dürfen, vorgegeben sind. Das Modell des Spiels beruht auf einer Auswahl und Formulierung von Bedingungen, die im Spiel die Entscheidungsalternativen und -konsequenzen bilden. Da die Konstrukteure des Modells sich dabei auf ihre Kenntnis und Einschätzung der zu simulierenden Realität stützen müssen, bleibt zu fragen, ob denn ihre Realitätswahrnehmung mit der der Spieler übereinstimmt. Setzt man die Methode zu Trainingszwecken ein, wird man diese Frage weniger wichtig nehmen, als wenn man auf ihre Erkenntnisfunktion abzielt. Für die Spielteilnehmer, so vermuten wir, erfüllt ein Spiel diese Funktion um so eher, je weniger die Realität des Spiels qua Modell vorgegeben wird, je mehr also die Spieler im Spiel ihre Realitätswahrnehmung thematisieren und darstellen können.

Ohne jede Setzung von Realitätsbedingungen kommen natürlich auch nichtformalisierte Spiele (Planspiele und Rollenspiele) nicht aus. So geht auch in ein Planspiel, wie es Gegenstand dieses Seminars ist, die Realitätswahrnehmung seiner Konstrukteure ein. Ausgangslage und Rollenbeschreibung für die Spielgruppen gelten als verbindliche Vorgaben. Doch in diesem Rahmen sind die Spieler, halten sie sich an minimale Bedingungen der Wahrscheinlichkeit und an die Spielregeln, frei, ihre Ziele und Mittel zu wählen, ihre Realitätseinschätzungen und Handlungsinteressen in Spielzüge umzusetzen. Ich spreche hier von einer *Konstruktion der Realität* — einer Spielrealität freilich, deren erkenntnisfördernde Relevanz erst noch nachzuweisen ist.

Die Formulierung, Planspiele bilden Ausschnitte der Realität ab, ist eine weit verbreitete, aber sehr mißverständliche Redeweise. Mit dem Ausdruck «Konstruktion der Realität» will ich demgegenüber den aktiven, den produktiven Anteil der Spieler in einem Planspiel hervorheben. Im Planspiel wird Realität nicht einfach abgebildet, sondern als eigene Spielrealität neu geschaffen. Dabei können die Spieler bestimmte Perspektiven und Interessen gegenüber der darzustellenden Wirklichkeit deutlich machen. Sie können die Gesichtspunkte schärfer akzentuieren, die ihnen für die Behandlung des Planspielthemas wichtig erscheinen. Die so geschaffene Spielrealität zu analysieren, ist dann Aufgabe während der Auswertung des Spiels.

### **Die Auswertung: eine persönliche Angelegenheit**

Das Produkt eines Planspiels, die Spielrealität, darf nicht losgelöst von seinen Produktionsbedingungen, der Spielmethode und den Interaktionsprozessen der Teilnehmer, gesehen werden. Die Spielrealität entspricht nicht der wirklichen Realität, das So-tun-als-ob im Planspiel ersetzt nicht praktische Erfahrungen noch praktisches Handeln. Aus beidem ergibt sich der wichtige Stellenwert, den die *Auswertung des Planspiels* auf einem Planspielseminar einnimmt. Dabei sollten die Teilnehmer Realitätsnähe und Erkenntniswert des Spiels nicht zuletzt an den Folgerungen messen, die sie aus der Spielerfahrung und Spielreflexion für ihre professionelle Praxis ziehen können. Da Planspiele die Realitätswahrnehmung der Beteiligten vielleicht verbessern, aber sicher nicht vereinheitlichen, sind hier unterschiedliche Beurteilungen zumeist häufiger als übereinstimmende.

Die Bestimmung des Lernerfolgs eines Planspiels muß sich daher vordringlich an den Urteilen der Teilnehmer orientieren. Sie formulieren in ihrer Bewertung und Analyse der im Spiel gemachten Erfahrungen wie der in der Auswertungs- und Transferdiskussion erarbeiteten Ergebnisse ihren eigenen «Lernerfolg». In diesen Teilnehmerurteilen zeigt sich oft, daß verschiedene Teilnehmer ein- und desselben Planspiels ihren Lernerfolg auch an ganz verschiedenen Inhalten und Erkenntnissen festmachen. Das didaktische Arrangement des Planspiels fügt sich damit dem orthodoxen Modell von Lehr-/Lernzielformulierung und Lernerfolgskontrolle nicht, wobei jetzt dahingestellt bleiben kann, inwieweit dies Modell für die Fortbildung von Erwachsenen überhaupt angemessen ist.

### Schlußfolgerung

Zum Schluß fasse ich allgemein die möglichen *Wirkungen des Planspiels* in folgende Hoffnungen oder Hypothesen zusammen:

- Planspiel macht Spaß;
- im Planspiel verbindet sich Aktion mit Reflexion, konkret-sinnliche Erkenntnis mit rationaler Analyse;
- kognitive, soziale und emotional-affektive Aspekte des Verhaltens werden nicht in unterschiedliche Lern- und Erfahrungsbereiche aufgesplittert, sondern als miteinander vermittelte Qualitäten beruflicher und politischer Handlungsfähigkeit begriffen;
- die vereinfachende Darstellung eines komplexen Konfliktfeldes im Spiel verhilft den Teilnehmern dazu, ihre Interessen an und in der Realität besser zu artikulieren und die Bedingungen ihres Handelns deutlicher zu erkennen;
- im Spiel werden Grenzen von Handlungsspielräumen, werden gesellschaftliche Strukturen und Abhängigkeiten, werden gängige Konfliktlösungsmuster erfahrbar gemacht;
- im Spiel läßt sich freilich auch ausprobieren, ob und wie die Grenzen von Handlungsspielräumen veränderbar sind, läßt sich soziale Phantasie entwickeln, lassen sich neue Verhaltensweisen und unterschiedliche Handlungsstrategien versuchen.

### LITERATUR

- Abt, C.C.: *Ernste Spiele — Lernen durch gespielte Wirklichkeit*, Köln 1971: Kiepenheuer & Witsch. Original: Abt, C.C.: *Serious Games*, New York 1970: Viking Press.
- Böhret, C.; Wordelmann, P.: *Das Planspiel als Methode der Fortbildung*, Köln/Bonn 1975: Heymanns.
- Buddensiek, W.: *Pädagogische Simulationsspiele im sozio-ökonomischen Unterricht der Sekundarstufe I*, Bad Heilbrunn 1979: Klinkhardt.
- Freudenreich, D.: *Das Planspiel in der sozialen und pädagogischen Praxis*, München 1979: Kösel.
- Harbordt, S.: *Computersimulation in den Sozialwissenschaften*, Reinbek bei Hamburg 1974: Rowohlt.
- Lehmann, J. (Hg.): *Simulations- und Planspiele in der Schule*, Bad Heilbrunn 1977: Klinkhardt.
- Reimann, H. L.: *Das Planspiel im pädagogischen Arbeitsbereich*, Bonn 1972: Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Heft 95.
- Reinisch, H. (Hg.): *Planspiele*, Hamburg 1975: Interdisziplinäres Zentrum für Hochschuldidaktik (IZHD), Universität Hamburg.
- Vagt, R.: *Planspiel — Konfliktsimulation und soziales Lernen*, Rheinstetten 1978: Schindele.

## Ein Überblick über Simulationsspiele zu Gesundheitsthemen

**Monika Bonk-Luetkens**

Wenn in der amerikanischen Fachliteratur der Mangel an Simulationsspielen für den Bereich der Gesundheitserziehung und -aufklärung beklagt wird, so führt man dies auf ein noch unterentwickeltes «Spiel-Bewußtsein» der zuständigen Gesundheitsexperten zurück (vgl. Horn 1977, 18). Im Vergleich zu den USA kann jedoch die Situation in der Bundesrepublik regelrecht als «Spiel-Bewußtlosigkeit» apostrophiert werden. Während in der vorliegenden Dokumentation immerhin an die 70 amerikanische Simulationsspiele zum Thema Gesundheit nachgewiesen werden, ist in der allgemein zugänglichen deutschen Planspielliteratur und in den zahlreichen unveröffentlichten Arbeiten so gut wie nichts zu finden.

Lediglich im Rahmen der Jugend- und Erwachsenenbildung verschiedener freier Träger wurden angrenzende Themen — z.B. Rauschgift, Fürsorgeerziehung, Altenbetreuung — bisher bearbeitet (vgl. Reimann/Bonk-Luetkens 1978, 63 ff). Noch überwiegen jedoch bei weitem Plan- und Simulationsspiele aus dem ökonomischen Bereich: sowohl in ihrer direkten Funktion als Management-Training wie auch — mit didaktischer Funktion im engeren Sinne — als Lern/Lehrmethode im Wirtschaftslehreunterricht.

Dieser Tatbestand hat seine Ursachen in der historischen Entwicklung des Planspiels, das in erster Linie auf das traditionelle Kriegsspiel zurückgeht. In dessen Weiterentwicklung gewannen ökonomische Faktoren zunehmend an Bedeutung. Der Durchbruch der Computer-Technologie in den 50er Jahren schließlich erhöhte sowohl die Simulationskapazität als auch die allgemeine Verfügbarkeit dieser strategischen Spiele und ließ sie zu einem zentralen Trainings-, Planungs- und Kontrollinstrument der Wirtschaft werden.

---

Dr. BONK-LUETKENS, Ed. M., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Pädagogik der Hochschule der Bundeswehr, Hamburg, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Nettelburger Straße 23, D-2000 Hamburg 80.

Aus dieser Tradition stammen — etwas verkürzt gesagt — die angelsächsischen «simulation games» für Unterricht und Erziehung, während sich bei den Planspiel-Modellen, die in der Bundesrepublik in den letzten Jahren entwickelt worden sind (vgl. Reimann 1971), sowohl mehr gruppenpädagogische als auch sozialwissenschaftliche Einflüsse — z.B. konflikt- und rollentheoretische Ansätze — nachweisen lassen (vgl. Krappmann 1973).

Der hier angedeutete Unterschied zwischen amerikanischen Simulationsspielen und deutschen Planspielen<sup>1</sup> soll im folgenden auf seine Bedeutung für die Gesundheitserziehung und -aufklärung hin betrachtet werden. Zu den Bezeichnungen Plan- und Simulationsspiel sei zuvor angemerkt, daß es sich auch beim «Planspiel» um Simulation von Realität handelt und «Simulationsspiel» daher der allgemeinere Begriff ist. Da den angelsächsischen «simulation games» im großen und ganzen jedoch ein grundsätzlich anderes Spielkonzept zugrundeliegt als den hier gemeinten pädagogischen Planspielen<sup>2</sup>, sollen die beiden Begriffe hier verschiedene didaktische Modelle bezeichnen:

Die *Simulation Games* gehen größtenteils von einem relativ stark vorstrukturierten Modell der Realität aus (mit z.T. detailliert vorliegenden Spielmaterialelementen wie Rollen- und Entscheidungskarten, Spielgeld, Würfeln etc.); sie weisen meistens klar umrissene «objectives» (objektive Lernziele) und definierte Spielergebnisse auf, in denen ihre Orientierung an dem Spielkonzept «game» — nämlich am Konkurrenz- und Gewinnspiel — zum Ausdruck kommt (vgl. Coleman 1968, 31 ff). Häufig sind sie nichtinteraktiv angelegt und richten sich vorwiegend auf die kognitive Dimension des Lernens.<sup>3</sup>

Das *pädagogische Planspiel* hingegen ist gekennzeichnet durch strukturelle Offenheit; diese läßt sich auf ein Spielkonzept zurückführen, das die Amerikaner im Unterschied zu «game» als «play» bezeichnen (vgl. auch Vagt 1978, 10 f). Mögliche Lernergebnisse sind nicht eindeutig vorweg definiert, sondern werden — abhängig von den jeweiligen Anwendungsbedingungen und dem daraus resultierenden Spielverlauf — im Rahmen allgemeiner, vorwiegend sozialer Lernziele realisiert. Konstituierendes Merkmal des Planspiels ist aufgrund der gruppenpädagogischen Tradition seine interaktive Struktur und die Orientierung am sozialen Konflikt.

Unter dem Blickwinkel der öffentlichen und privaten Gesundheitserziehung läßt sich für Plan- und Simulationsspiele ein Anwendungsschema skizzieren, das anhand der

1. Darüber hinaus gibt es auch bei uns ein umfangreiches Angebot pädagogischer Simulationsspiele (wie z.B. die sogenannten «geographischen Planspiele»), die eher dem amerikanischen Modell entsprechen.
2. Zur Einführung in das pädagogische Planspiel empfiehlt sich — für Eilige — H.L. Reimann 1971 und — bei dem Wunsch nach etwas mehr Ausführlichkeit — besonders R. Vagt 1978. J. Lehmann und G. Portele (1976) geben mit ihrer Auswahl in- und ausländischer Beiträge einen Einblick in die verschiedensten theoretischen und praktischen Positionen, während C. Böhret und P. Wordelmann (1975) sich speziell mit der Simulationsmethode in der öffentlichen Verwaltung auseinandersetzen. Alle genannten Autoren ermöglichen einen Einstieg in diesen didaktischen Bereich.
3. Hier gibt es jedoch Zeichen für einen beginnenden Umdenkprozeß: Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit und des Selbstwertgefühls rücken als Simulationsaufgaben mehr in den Blick (vgl. Hay 1981, 71).

Kategorien «Zielgruppe», «Funktion», «Lernziel» und «didaktische Struktur» die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten verdeutlicht (vgl. Tab. 1).

Es wird dabei im wesentlichen von drei verschiedenen Zielgruppen ausgegangen, für deren jeweilige Aufgaben und Interessen sich Plan- bzw. Simulationsspiele unterschiedlich gut eignen. Eine zentrale Position nimmt die Gruppe der «Multiplikatoren» ein.

TAB. 1. EINSATZMÖGLICHKEITEN VON PLAN- UND SIMULATIONSSPIELEN IN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG

	<i>Planspiel</i>	<i>Simulationsspiel</i>
<i>Zielgruppe</i>	Gesundheits- erzieher (Planungsebene)	Gesundheits- erzieher (Multiplikatoren)  Adressaten der Gesundheitser- ziehung und -aufklärung
<i>Funktion</i>	Problemfindung Problemdefinition Problemstrukturierung	Problemeinführung Problembearbeitung Problemlösung
<i>Lernziel</i>	Erkennen der gesell- schaftlichen Zusammen- hänge, die öffentliche und private Gesundheits- probleme bedingen und bei deren Lösung berücksichtigt werden müssen	Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten, die der konkreten Bearbeitung gesundheitlicher Probleme dienen
<i>didakti- sche Struktur</i>	relativ offen; vorgegeben: allgemeine und spezielle Ausgangslage, Verfahrens- regeln	vorstrukturiert; vorgegeben: Spielproblem, detaillierte Spiel- und Verfahrensregeln, Spielmaterialien, Lernerfolgskriterien («points», «score»)

ren» in der Gesundheitserziehung ein, denn sie hat letztlich die Vermittlung zwischen Theorie und Praxis zu leisten und sollte daher sowohl in den Problemfindungs- als auch in den Problemlösungsprozeß miteinbezogen sein.

Für die Arbeit mit pädagogischen Planspielen werden in den Anmerkungen einige Literaturhinweise gegeben. Eine erste Hilfestellung für den Einsatz von Simulationsspielen in der Gesundheitserziehung und -aufklärung soll die vorliegende Dokumentation geben. Sie fußt auf einer englischen (Gibbs 1974) und fünf amerikanischen Bibliographien (Belch 1973; Stadskev 1975; Horn 1977; SSEC Data Book 1977; Sleet / Stadskev 1977), die in jeweils unterschiedlicher Ausführlichkeit unter bestimmten Ordnungskriterien teils verschiedene, teils die gleichen Simulationsspiele vorstellen.

Der alphabetischen Auflistung von 76 Spielen (vgl. Tab. 2) folgt eine Übersicht über Themenbereiche, denen die entsprechenden Titel zugeordnet sind (vgl. Tab. 3).

TAB. 2. TABELLARISCHE ÜBERSICHT ÜBER DIE SIMULATIONSSPIELE ZUM THEMA «GESUNDHEIT»

Nr.	Titel	Jahr	Gegenstand	Zielgruppe	Spieleranzahl	Spiel-dauer	Quelle
1	<i>After You've Gone</i>	—	Abtreibungs-problematik	Schwesternschüle-rinnen	—	—	Gibbs
2	<i>Assignment (Game)</i>	1970	Krankenpflege	Aus- und Fortbildung	2-6	40-120 Min.	Belch, Horn
3	<i>Bingo I/II</i>	1971	Kenntnisse (Medikamente, Diagnostik)	Aus- und Fortbildung	3-9	10-40 Min.	Horn
4	<i>Birth Control Simulation Game</i>	1971	Kontrazeption	Jugendliche (Schule, College)	2-8	10-60 Min.	Horn
5	<i>Biswick and District Times</i>	1971	Unterbringung von geistig Behinderten	Oberstufe	24	—	Gibbs
6	<i>Blood Money</i>	1975	Hämophilie	College, Fortbildung	20-35	2,5 Std.	Horn
7	<i>Calorie Game</i>	1972	Nahrungsmittel-lehre	Kinder und Erwachsene	2-6	1-2 Std.	Horn, Stadskev
8	<i>Circulation</i>	1975	Kreislaufleiden	Mittelstufe bis Erwachsene	2-4	45 Min.	Sleet / Stadskev
9	<i>Community at the Crossroads</i>	1972	Drogenmißbrauch	Oberstufe, Erwachsene	20-32	3-5 Std.	Belch, Horn

Nr.	Titel	Jahr	Gegenstand	Zielgruppe	Spieleranzahl	Spiel-dauer	Quelle
10	<i>Community Challenge</i>	1970	Drogenmißbrauch, soziale Probleme	Oberstufe	15-30	—	Belch
11	<i>Community Health Worker</i>	1974	Sozialarbeit und Gesundheitserziehung	Oberstufe bis Erwachsene	2-12	1-2 Std.	Sleet / Stadskev
12	<i>Community Mental Health Game</i>	1974	Geistige Behinderung	Oberstufe bis Erwachsene	16-40	2 Std.	Sleet / Stadskev
13	<i>Community Target: Alcohol Abuse</i>	—	Alkoholmißbrauch	Oberstufe, Erwachsene	3-30	4-5 Std.	Stadskev
14	<i>Contracept</i>	1976	Kontrazeption	Oberstufe bis Erwachsene	2-6	45-90 Min.	Sleet / Stadskev
15	<i>Contraction Land</i>	1977	Sexualkunde	Mittelstufe bis Erwachsene	2-8	1-2 Std.	Sleet / Stadskev
16	<i>Cooperation and Conflict</i>	—	Gesundheitsfürsorge	Erwachsene (Gemeinwesenarbeit)	9	4-5 Std.	Horn
17	<i>Coronary Care Tic Tac Toe</i>	1971	Herzleiden	Unter- bis Mittelstufe	2-8	30-60 Min.	Sleet / Stadskev
18	<i>Cutting Grass</i>	1971	Drogenerziehung	Mittel- und Oberstufe	—	—	Belch, Gibbs
19	<i>Doctor's Dilemma</i>	—	Medizinisches Rechnen	Oberstufe	—	—	Gibbs

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Jahr</i>	<i>Gegenstand</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Spieleranzahl</i>	<i>Spiel-dauer</i>	<i>Quelle</i>
20	<i>Downer Roulette</i>	1972	Alkohol- und Drogenmißbrauch	Mittelstufe bis Erwachsene	2-40	1-2 Std.	Stadsklev
21	<i>Drug Abuse: A Problem Solving, Decision Making Program</i>	1971	Drogenmißbrauch in der peer group	Mittel- und Oberstufe, Erwachsene	2-4	6 Sitzungen zu je 1 Std.	Horn
22	<i>Drug Attack</i>	1971	Drogenberatung, Drogenschmuggel	Mittel- bis Oberstufe	3-5 in einem Team	ca. 1 Std.	Data Book, Belch, Gibbs, Horn, Stadsklev
23	<i>The Drug Debate</i>	1970	Drogen, Einstellungsänderung	Mittelstufe bis Erwachsene	10-35	1-2 Std.	Belch, Gibbs, Horn, Stadsklev
24	<i>El Sombrero Cafe</i>	—	Teenager-Verhalten, Drogen	Oberstufe	—	—	Gibbs
25	<i>End of the Line</i>	1975	Altenproblematik	Mittelstufe bis Erwachsene	20-60	2-4 Std.	Sleet / Stadsklev
26	<i>Epidemic</i>	—	Epidemiologie	Medizinstudenten	1	10-60 Min.	Horn
27	<i>Epispace, Infla, Measles, Areas, Ages</i>	1971	Epidemiologie	Medizinstudenten	1 in 1 Team	variabel, interaktiv	Horn
28	<i>Family Planning Bingo</i>	1977	Familienplanung	Mittelstufe bis Erwachsene	1 und mehr	10 Min. bis 2 Std.	Sleet / Stadsklev

Nr.	Titel	Jahr	Gegenstand	Zielgruppe	Spieleranzahl	Spiel-dauer	Quelle
29	<i>Family Planning Computer Simulation: The Costa Rica Population Control Model</i>	1972	Bevölkerungskontrolle, Politik	Politische Entscheidungsträger	—	—	Horn
30	<i>Family Planning Policy Game</i>	1970	Bevölkerungskontrolle, Soziologie	College, Erwachsene	1	variabel	Belch
31	<i>A Game for Life</i>	1973	Sport und körperliche Gesundheit	Unter- bis Oberstufe	1-10	5-60 Min.	Sleet / Stadskev
32	<i>Game Model for Initial Class Periods of Organization and Administration of Health and Physical Education</i>	1971	Gesundheits- erziehung, Sport	College	7 in 1 Team, jede Anzahl von Teams	2-6 Std.	Belch
33	<i>Go To Health</i>	1973	Gesundheits- erziehung	Mittelstufe bis Erwachsene	2-10	30-120 Min.	Stadskev
34	<i>Good Loser</i>	1972	Gewichtskontrolle, Nahrungsmittel- lehre	Unterstufe bis Erwachsene	2-6	1 Std.	Horn, Stadskev
35	<i>Guts</i>	1973	Verdauung	Mittelstufe bis Erwachsene	1-6	20-90 Min.	Sleet / Stadskev

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Jahr</i>	<i>Gegenstand</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Spieleranzahl</i>	<i>Spiel-dauer</i>	<i>Quelle</i>
36	<i>Handling Conflict in Hospital Management (Conflict among peers)</i>	1973	Kommunikationsprobleme im Krankenhaus	College, Gesundheits-Management	3 und mehr in 1 und mehr Teams	2, 5 bis 3 Std.	Horn
37	<i>Handling Conflict in Hospital Management (Conflict Superior / Subordinate)</i>	1973	Konfliktlösung im Krankenhaus	College bis Gesundheits-Management	3 und mehr in 1 und mehr Teams	2, 5 bis 3 Std.	Horn
38	<i>Health Education Planning Game</i>	—	Gesundheits-erziehung	Professionelle Gesundheits-erzieher	8-14	—	Gibbs, Horn
39	<i>Health Game No. 1</i>	1972	Gesundheits-planung und -erziehung	Oberstufe, College, Management, Agenturen für ge-sundheitliche Auf-klärung	5 und mehr in 5 bis 15 Teams	4 und mehr Std. in 45 Min.-Phasen	Horn
40	<i>Horse is Boss</i>	1971	Drogenmißbrauch	Mittelstufe bis Erwachsene	2-4	2-3 Std.	Sleet / Stadskev
41	<i>The Hospital Exercise in Long Term Planning</i>	—	Krankenhaus-planung	Management	—	—	Gibbs
42	<i>HOSPITEX Hospital Ward Management Exercises</i>	1972	Krankenhaus-Stations-Management	Kranken-schwestern-schülerinnen	6 bis 30 in Teams von 2	1-2 Std.	Gibbs, Horn

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Jahr</i>	<i>Gegenstand</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Spieleranzahl</i>	<i>Spiel-dauer</i>	<i>Quelle</i>
43	<i>Human Body I und II</i>	1969	Physiologie	Vorschule bis Unterstufe	1-4	20-30 Min.	Gibbs
44	<i>INFLU</i>	—	Immunologie	Erwachsene	—	—	Gibbs
45	<i>The Junkie Game</i>	1972	Drogenabhängigkeit und Drogenhandel	Oberstufe bis Erwachsene	2-7	20-120 Min.	Horn
46	<i>Learning Experience Guides for Nursing Students</i>	1970-1972	Krankenpflege	Erwachsene	—	4 Semester	Belch
47	<i>Lung Association Bingo</i>	1974	Gesundheitsrisiken für die Lunge	Unterstufe bis Erwachsene	1-40	10 Min. bis 2 Std.	Sleet / Stadsklev
48	<i>The Marriage Game</i>	1973	Familiengründung	Oberstufe bis Erwachsene	12 und mehr	7-10 Std.	Sleet / Stadsklev
49	<i>MED 5</i>	—	Medizin	Medizinstudenten	1 pro Computer-Terminal	1-2 Std.	Belch
50	<i>Medplan</i>	—	Öffentliche Gesundheits-erziehung	Gesundheits-experten	—	—	Gibbs
51	<i>Mental Health</i>	—	Geistige Behinderung	Oberstufe bis Erwachsene	—	—	Gibbs

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Jahr</i>	<i>Gegenstand</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Spieleranzahl</i>	<i>Spiel-dauer</i>	<i>Quelle</i>
52	<i>Metabolism</i>	1972	Nähr- und Wirkstoffe	Oberstufe bis Erwachsene	2-6	1-3 Std.	Sleet / Stadsklev
53	<i>METRO-CHP</i>	1973	Gesundheitsplanung und -verwaltung	College, Fortbildung, Management	30-120	4-10 Perioden zu je 4 Std.	Horn
54	<i>Muscle Puzzle</i>	1974	Wie arbeiten die Muskeln	Mittelstufe bis Erwachsene	1-3	6-30 Min.	Sleet / Stadsklev
55	<i>Myth Information</i>	1974	Sexualkunde	Mittelstufe bis Erwachsene	4 und mehr	1-3 Std.	Sleet / Stadsklev
56	<i>The New Baby Game</i>	1975	Familienplanung	Unterstufe	2-6	10-30 Min.	Sleet / Stadsklev
57	<i>Nutrition Bingo</i>	1975	Nahrungsmittellehre	Mittelstufe bis Erwachsene	2-8	30 Min. und mehr	Stadsklev
58	<i>The Nutrition Game</i>	1972	Nahrungsmittellehre	Kinder und Erwachsene	4-7 pro Kartensatz	10-60 Min.	Horn, Stadsklev
59	<i>Piece of Mind</i>	1974	Geistige Behinderung	Erwachsene	30-80	3-4 Std.	Sleet / Stadsklev
60	<i>Planafam I und II</i>	1971	Familienplanung	Mittelstufe bis Erwachsene	4 und mehr pro Gruppe	20 Min. bis 4 Std.	Horn, Stadsklev
61	<i>Poppin' Swap (Nutritional Game)</i>	1973	Nahrungsmittellehre	10 Jahre bis Erwachsene	3-7 pro Kartensatz	5-10 Min.	Horn, Stadsklev

Nr.	Titel	Jahr	Gegenstand	Zielgruppe	Spieleranzahl	Spiel-dauer	Quelle
62	<i>Pregnancy Game</i>	1975	Familienplanung	Mittelstufe bis Erwachsene	2-4	30-90 Min.	Sleet / Stadsklev
63	<i>Rural Health</i>	—	Gesundheitsfürsorge	Professionelle Gesundheitsfürsorger	6 und mehr	—	Horn
64	<i>Score High</i>	—	Drogenkenntnis		3-40	30 Min.	Sleet / Stadsklev
65	<i>SHAPE (Simulated Hospital Administration and Planning Exercise)</i>	1969	Krankenhaus-Administration	Erwachsene	—	—	Belch
66	<i>SIM 1/2</i>	—	Anaesthesie	Medizinisches Personal	—	—	Gibbs
67	<i>Social Seminar</i>	1972	Drogenmißbrauch	Mittelstufe bis Erwachsene	32	4-6 Std.	Stadsklev
68	<i>Soup's on</i>	1971	Nahrungsmittellehre	Unterstufe bis Erwachsene	4-40	15-30 Min.	Horn, Stadsklev
69	<i>Super Sandwich</i>	1975	Nahrungsmittellehre	Unter- bis Oberstufe	2-4	45 Min.	Sleet / Stadsklev
70	<i>Surgical Scheduler's Hospital Management Game</i>	—	Krankenhausverwaltung	Management	1 und mehr	5 und mehr Computer-Runden	Horn

<i>Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Jahr</i>	<i>Gegenstand</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Spieleranzahl</i>	<i>Spiel-dauer</i>	<i>Quelle</i>
71	<i>Terminex</i>	1972	Sterben + Tod	Gesundheitsfürsorger	20-30	2, 5 Std.	Sleet / Stadskev
72	<i>To Drink or Not To Drink</i>	1972	Alkoholmißbrauch	Mittelstufe bis Erwachsene	5-16	15 Min. bis 3 Std.	Belch, Horn, Stadskev
73	<i>Trip or Trap Bingo</i>	1971	Drogenkenntnis	Unter- bis Oberstufe	2-40	30-60 Min.	Stadskev
74	<i>Vitamins</i>	1975	Nahrungsmittellehre	Mittelstufe bis Erwachsene	2-6	1-3 Std.	Stadskev
75	<i>Wheels</i>	1972	Nahrungsmittellehre	Mittelstufe bis Erwachsene	2-40	1-2 Std.	Horn, Stadskev
76	<i>You and Your Heart</i>	1976	Herzleiden	Mittelstufe bis Erwachsene	2-6	45 Min.	Sleet / Stadskev

TAB. 3. THEMENBEREICHE UND TITEL DER SIMULATIONSSPIELE

- 1 *Gesundheitserziehung und -aufklärung*
- Circulation (8)
  - Coronary Care Tic Tac Toe (17)
  - A Game of Life (31)
  - Game Model for Initial Class Periods of Organization and Administration of Health and Physical Education (32)
  - Go To Health (33)
  - Health Education Planning (38)
  - Health Game No. 1 (39)
  - Lung Association Bingo (47)
  - Medplan (50)
  - Muscle Puzzle (54)
  - You and Your Heart (76)
- 2 *Gesundheitsvorsorge und -pflege*
- Biswick and District Times (5)
  - Community Health Worker (11)
  - Community Mental Health (12)
  - Cooperation and Conflict (16)
  - End of the Line (25)
  - Mental Health (51)
  - Piece of Mind (59)
  - Rural Health (63)
- 3 *Gesundheitsplanung und -verwaltung*
- Handling Conflict in Hospital Management (37)
  - The Hospital Exercise in Long Term Planning (41)
  - HOSPITEX: Hospital Ward Management Exercises (42)
  - METRO-CHP (53)
  - SHAPE (Simulated Hospital Administration and Planning Exercise) (65)
  - Surgical Scheduler's Hospital Management Game (70)
- 4 *Drogenaufklärung und Drogenberatung*
- Community at the Crossroads (9)
  - Community Challenge (10)
  - Community Target (13)
  - Cutting Grass (18)
  - Downer Roulette (20)
  - Drug Abuse (21)
  - Drug Attack (22)
  - Drug Debate
  - El Sombrero Cafe (24)
  - Horse is Boss (40)
  - The Junkie Game (45)
  - Score High (64)
  - Social Seminar (67)
  - To Drink or Not To Drink (72)
- 5 *Ernährungserziehung*
- Calorie Game (7)
  - Good Loser (34)
  - Guts (35)
  - Metabolism (52)
  - Nutrition Bingo (57)
  - The Nutrition Game (58)
  - Poppin' Swap (61)
  - Soup's On (68)
  - Super Sandwich (69)
  - Vitamins (74)
  - Wheels (75)
- 6 *Geburtenkontrolle und Sexualkunde*
- After You've Gone (1)
  - Birth Control Simulation Game (4)
  - Contracept (14)
  - Contraction Land (15)
  - Family Planning Bingo (28)
  - Family Planning Computer Simulation: The Costa Rica Population Control Model (29)
  - Family Planning Policy Game (30)
  - The Marriage Game (48)
  - Myth Information (55)
  - The New Baby Game (56)
  - Planafam (I/II) («Bedroom Baccharat») (60)
  - Pregnancy Game (62)
- 7 *Krankenpflege und medizinische Ausbildung*
- Assignment (Game) (2)
  - Bingo (I/II) (3)
  - Doctor's Dilemma (19)
  - Epidemic (26)
  - Epispase, Infla, Measles, Areas, Ages (27)
  - Human Body (I/II) (43)
  - INFLU (44)
  - Learning Experience Guide for Nursing Students (LEGS) (46)
  - Med 5 (49)
  - SIM (I/II) (66)
  - Terminex (71)
  - Trip or Trap Bingo (73)

Eine Aufschlüsselung der Simulationsspiele nach Bereichen und Jahrgängen (vgl. Tab. 4) weist die Drogenproblematik als zentrales Anliegen der frühen 70er Jahre aus, das dann jedoch — vermutlich als Zeichen wachsenden Umweltbewußtseins — von Fragen der gesunden Ernährung als Spielthema in den Hintergrund gedrängt wird.

TAB. 4. SIMULATIONSSPIELE: HÄUFIGKEITEN

Themenbereiche	o.J.	69	70 71	72 73	74 75	76 77	
1 Gesundheitserziehung	2		2	1 2	2 1	1	11
2 Gesundheitsvorsorge	3		1		3 1		8
3 Gesundheitsplanung	2	1		1 3			7
4 Drogen	3		2 4	5			14
5 Ernährung			1	5 2	3		11
6 Geburtenkontrolle	1		1 2	1 1	1 2	1 2	12
7 Krankenpflege	5	1	2 3	1	1		13
	16	2	5 13	14 8	6 8	2 2	76

Leider ist es im Rahmen dieser Dokumentation aus Platzgründen nicht möglich, genauere Angaben zu den Spielen — wie etwa Zielsetzungen, Kommentare und Bezugsquellen — wiederzugeben. Der Leser wird daher an die Originaltexte oder an die Autorin\* dieser Zusammenstellung verwiesen.

#### LITERATUR

- Belch, Jean (Ed.): *Contemporary Games*. Detroit, Mich. 1973.
- Böhret, Carl / Wordelmann, Peter: *Das Planspiel als Methode der Fortbildung. Zur allgemeinen und speziellen Verwendung der Simulationsmethode in der öffentlichen Verwaltung*. Bonn 1975.
- Coleman, James S.: *Social Processes and Social Simulation Games*. In: Boocock, S. / Schild, E.O.: *Simulation Games in Learning*. Beverly Hills, Cal. 1968, 29-52.
- Gibbs, G.I. (Ed.): *Handbook of Games and Simulation Exercises*. London 1974.
- Hay, Christine: *Games and Simulations in Health Education*. In: *Simulation/Games for Learning* Vol. 11, 2, 1982, 68-74.
- Horn, R.E. (Ed.): *The Guide to Simulations/Games for Education and Training*. Lexington, Mass. 1977 (3. Auflage).
- Krappmann, Lothar: *Soziale Kommunikation und Kooperation im Spiel und ihre Auswirkungen auf das Lernen*. In: Daublebsky, B. (Hg.): *Spielen in der Schule*. Stuttgart 1973, 190-226.
- Lehmann, Jürgen / Portele, Gerhard (Hg.): *Simulationsspiele in der Erziehung*. Weinheim 1976.

\* Dr. Monika Bonk-Luetkens, Ed. M., Fachbereich Pädagogik, Hochschule der Bundeswehr Hamburg, Postfach 70 08 22, 2000 Hamburg 70.

Reimann, Hans Leo: Simulierte Realität. Grenzen und Möglichkeiten des Planspiels in der Erwachsenenbildung. In: *Erwachsenenbildung* 1971, 2, 53-73.

Reimann, Hans Leo/Bonk-Luetkens, Monika: Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode des Planspiels im Bereich der Pädagogik und Sozialplanung. Zwischenbericht. Hamburg 1978.

Sleet, David A./Stadsklev, Ron: Annotated Bibliography of Simulations and Games in Health Education. In: *Health Education Monographs* Vol. 5, Supplement 1, 1977, 74-90.

Social Science Education Consortium (SSEC) (Ed.): *Social Studies Curriculum Materials Data Book*. Boulder, Col. 1977.

Stadsklev, Ron: *Handbook of Simulation Gaming in Social Education*. University of Alabama 1975.

Vagt, Rainer: *Planspiel; Konfliktsimulation und soziales Lernen*. Rheinstetten 1978.

## **HEAD: ein Planspiel über Jugendliche, Drogen und die Schule: das Problem, die Spieler und die Regeln**

**Rainer Vagt und Monika Bonk-Luetkens**

Die traditionelle Organisationsform von Seminaren (mit den bekannten Merkmalen: Vortrag, Gruppenarbeit und Plenardiskussion) kennzeichnet neben vielen Vorzügen ein gewichtiger Nachteil: man redet, aber man handelt nicht. Diskutieren die Teilnehmer eines Seminars Probleme ihrer Praxisfelder, so reden sie über geplante und ausgeführte Entscheidungen und Handlungen, über Ziele, Programme und Zielgruppen, auch wohl über Erfolge und Mißerfolge. Es bleibt jedoch beim «Reden über die Praxis», denn tatsächlich zu entscheiden und zu handeln brauchen die Teilnehmer während des Seminars nicht.

### **Eine zusätzliche Dimension**

Die Organisationsform «Planspiel» verändert das übliche Seminarmodell in einem wichtigen Punkt. Denn hier wird die Möglichkeit, über Entscheidungen und deren Konsequenzen zu diskutieren, um die Notwendigkeit erweitert, selbst Entscheidungen treffen zu müssen und von Entscheidungen anderer betroffen zu sein. Gehandelt wird in einer Als-ob-Situation — gleichsam zur Probe und mit relativ geringem Risiko. Planspiele stellen somit eine Form simulierter Aktionen dar. Das Rollenspiel ist in der Gesundheitserziehung nicht unbekannt; andererseits gibt es inzwischen zumindest in den angelsächsischen Ländern auch eine Reihe von standardisierten Simulationsspielen für diesen Bereich. Vergleicht man unser Planspiel mit diesen Formen simulierter Interaktion, so ist es stärker strukturiert als die erste, aber weniger formalisiert als die zweite. Genaue Abgrenzungen sind hier schwierig; es ist jedoch

---

RAINER VAGT ist als freier Dozent in der Erwachsenenbildung tätig; Dr. Monika Bonk-Luetkens, Ed.M., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Pädagogik der Hochschule der Bundeswehr; beide Hamburg, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* R. Vagt, Siemssenstraße 5, D-2000 Hamburg 20; Dr. Bonk-Luetkens, Nettelburgerstraße 23, D-2050 Hamburg 80.

auch nicht die Absicht von HEAD, methodische Probleme solcher Art zu diskutieren.

## Das Problem

In Planspielen werden Probleme simuliert, die für die Teilnehmer praktisch relevant sind. Das Hauptproblem von HEAD\* läßt sich als Konflikt zwischen verschiedenen, konkurrierenden Institutionen (und deren Strategien) bezeichnen, die miteinander interagieren müssen. Wir wählten als Beispiel den Bereich schulischer Gesundheitserziehung aus.

Das Planspiel HEAD möchte seinen Teilnehmern ein Stück gemeinsamer Erfahrungen in einem gemeinsamen (wenn auch fiktiven) Handlungskontext geben. Im Spiel selbst sahen sich die Teilnehmer mit einigen der vielfältigen Probleme der Gesundheitserziehung konfrontiert, und zwar: widersprüchliche Einschätzungen über Ziele, Methoden und Wirkungen eines Interventionsprogramms, Schwierigkeiten beim Kontakt zu den Zielgruppen, Erwartungs- und Einstellungsunterschiede bei den Interaktionspartnern, Fragen der Professionalisierung und Kompetenz, Knappheit von Ressourcen, Konflikte zwischen verschiedenen Institutionen, Probleme der Kooperation zwischen Personen aus unterschiedlichen Ebenen und Sektoren.

## Die Spieler und die Regeln

### *Die Spielgruppen*

Planspiele sind Interaktionsspiele; die Interaktionen laufen zwischen sogenannten «Spielgruppen» ab. Jede Spielgruppe stellt eine bestimmte Rolle dar; sie repräsentiert die Vertreter einer Institution, Organisation oder sozialen Gruppe. Die Rollen, die die Spielgruppen übernehmen, werden ausgelost. Zu Beginn des Planspiels hat jede Spielgruppe Gelegenheit, ihre Ziele zu finden und ihre Strategie zu definieren. Dazu gehörte die Diskussion der folgenden Punkte:

*Ziele, Interessen und Probleme* — Welches sind die Ziele und Interessen der Spielgruppe? Gibt es Prioritäten? Was bestimmt sie als ihr primäres Problem? Strebt die Gruppe längerfristige Veränderungen an?

*Lösungswege und Zielerreichung* — Welche Lösungswege will die Gruppe gehen, um ihre Ziele zu erreichen? Entwickelt sie Alternativen? Welche Mittel will die Gruppe zur Zielerreichung einsetzen? Welche Konsequenzen sieht die Gruppe für andere Gruppen, wenn sie ihre Ziele erreicht?

*Kommunikationsprozesse* — Welche Kommunikationsstrategien entwickelt die Gruppe gegenüber ihren Interaktionspartnern? Welche Kommunikationsstrategien vermutet sie bei den anderen Spielgruppen? Von wem erwartet sie im Spielverlauf eher Unterstützung, von wem eher Widerstand?

*Institutionelle Strukturen* — Über welche Kompetenzen und Ressourcen verfügt die Gruppe? Wie will sie diese einsetzen? Wie will die Gruppe die durch das Szenario vorgegebenen institutionellen Strukturen nutzen? Strebt die Gruppe Veränderungen dieser Strukturen an? Erwartet sie derartige Bestrebungen von anderen Gruppen?

---

\* Zu Einzelheiten siehe das Szenario des Planspiels HEAD auf Seite 103.

Normalerweise tauschen die Gruppen ihre Interaktionen in schriftlicher Form untereinander aus, es sei denn, sie treffen sich zu Gesprächen oder Konferenzen. Die schriftliche Form der Kommunikation (ein wichtiges Hilfsmittel zur Dokumentation des Spiels) ist in diesem Seminar nicht möglich, da die notwendige Übersetzungsarbeit nicht zu leisten wäre. Der Austausch von Interaktionen geschieht hier daher ausschließlich mündlich.

Für die Gruppentreffen unterscheiden wir zwei formale Typen von Situationen.

*Situation (1): Austausch von Spielzügen* — Hier können die Gruppen Informationen, Stellungnahmen, Entscheidungen und Handlungen bekanntgeben; andere Gruppen können darauf entsprechend reagieren; eine Diskussion zwischen den Gruppen ist jedoch nicht möglich.

*Situation (2): Diskussionen* — Hier können zwischen Gruppen Gespräche, Verhandlungen und Konferenzen jeder Art stattfinden.

Nach jedem Treffen werden die Gruppen regelmäßig Zeit haben, um ihre weiteren Aktivitäten und Entscheidungen zu planen.

### **Drei weitere Gruppenstrukturen**

Neben den Spielgruppen gibt es drei weitere Gruppen: eine Case-study-Gruppe, eine Transfer-Gruppe und eine koordinierende Gruppe, die Spilleitung.

#### *Die Case-study-Gruppe*

Diese Gruppe hat die Aufgabe, den Ablauf des Spiels, die Interaktionen seiner Akteure und die dabei auftauchenden Probleme darzustellen. Sie untersucht die Spielrealität als einen möglichen Fall, wobei die gleichen Punkte wie bei der Spielgruppe, allerdings unter einem anderen Gesichtspunkt, berücksichtigt werden.

*Ziele, Interessen und Probleme* — Welches sind die Ziele, Interessen und Probleme jeder Spielgruppe? Verändern sich diese während des Spiels? Wie und warum?

*Lösungswege und Zielerreichung* — Welche Lösungswege werden im Spiel von den einzelnen Spielgruppen entwickelt? Wie und wann wird im Spielverlauf zwischen alternativen Lösungswegen entschieden? Welche Ziele werden realisiert? Auf wessen Kosten? Zu wessen Nutzen?

*Kommunikationsprozesse* — Welche unterschiedlichen Kommunikationsstrategien setzt jede Gruppe ein? Wann kommunizieren die Gruppen bei Kontakten zwischen Personen eher formell, wann eher informell? Wie kann man das kommunikative Verhalten jeder Gruppe in seiner Abhängigkeit von den strukturellen Bedingungen bestimmen?

*Institutionelle Strukturen* — Wie werden Kompetenzen und Ressourcen zur Zielerreichung genutzt? Welche im Spiel entwickelten Lösungswege werden durch die institutionelle Struktur erleichtert, welche durch sie blockiert? In welchen Punkten weisen die Spielprozesse über die durch das Szenario vorgegebenen Strukturen hinaus? Möglichkeiten struktureller Innovation?

#### *Die Transfer-Gruppe*

Diese Gruppe bilden diejenigen, die das gesamte Seminar inhaltlich vorbereitet haben. Ihre Aufgabe war es zu analysieren, welche allgemeinen Strukturen sich herausarbeiten lassen, um die Diskussion der anderen im Seminar zu behandelnden Fälle zu erleichtern.

### *Die Spielleitung*

Diese Gruppe hatte die Aufgabe, den nicht ganz einfachen Ablauf des Planspiels angemessen zu organisieren. Freilich: auf ein bißchen Chaos sollte man sich bei einem Planspiel immer einstellen. Die Bewertung des Spiels war natürlich eine gemeinsame Aufgabe aller Teilnehmer.

Dieses waren die Protagonisten des Spiels sowie die Spielregeln, an die sie sich halten mußten. Im folgenden Beitrag werden wir die schwierige Situation beschreiben, in die sich die Teilnehmer schließlich versetzt sahen.

## Das Szenario von HEAD

**Monika Bonk-Luetkens, Rainer Vagt,  
Gottfried Weber und Hansjörg Ryser**

Das Szenario geht von einem realen Fall in der Schweiz aus. Die Darstellung hier behält die entsprechenden Bezeichnungen (Kanton, Fürsorgedirektion etc.) bei. Es kann jedoch nicht darum gehen, die Realsituation im Szenario eines Planspiels detailliert abzubilden. Einen Vergleich mit der Realität liefert Hansjörg Ryser in seinem Beitrag «Anmerkungen zur Wirklichkeit» auf Seite ...

### Die Spielrealität

Seit ungefähr 15 Jahren wird im Kanton Bern (920.000 Einwohner) Suchtprophylaxe betrieben. Zu diesem Zweck hat der «Verband bernischer Fürsorgestellen und Heilstätten für Alkoholranke» in den Städten Thun, Bern und Biel in Übereinkunft mit der kantonalen Fürsorgedirektion (=Ministerium für Soziales) drei sogenannte «Vorsorgestellen» errichtet. Träger ist somit der erwähnte Verband, welcher der Oberaufsicht der Fürsorgedirektion untersteht und von dieser auch die Betriebsdefizit-Kosten für die Vorsorgestellen (z.ZT. SFrs. 550.000.—) vergütet erhält, wobei die Direktion diese Mittel aus der Alkoholsteuer abzweigt.

Die Mitarbeiter der Vorsorgestellen nehmen folgende Aufgaben wahr:

- Beratung der Lehrer in Schulen aller Stufen bei der Durchführung von Lektionen zur Suchtprophylaxe;

---

Dr. BONK-LUETKENS, Ed. M., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Pädagogik der Hochschule der Bundeswehr, Hamburg, Bundesrepublik Deutschland. Rainer VAGT ist als freier Dozent in der Erwachsenenbildung in der Bundesrepublik Deutschland tätig. Gottfried WEBER ist Leiter des Instituts für Kooperatives Lernen, Großpienzenau, Bundesrepublik Deutschland, und Hansjörg RYSER ist Beauftragter für Suchtfragen der Kantonalen Fürsorgedirektion, Bern, Schweiz.

*Anschriften:* Dr. Bonk-Luetkens, Nettelnburger Straße 23, D-2050 Hamburg. Rainer Vagt, Siemssenstraße 5, D-2000 Hamburg 20. Gottfried Weber, Institut für Kooperatives Lernen in Forschung, Fortbildung und Beratung, D-8153 Großpienzenau 27. Hansjörg Ryser, Beauftragter für Suchtfragen der Kantonalen Fürsorgedirektion Bern, Herrengasse 22, CH-3011 Bern.

- Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien (Filme, Dias, Papers etc.);
- Auf Wunsch der Lehrer Erteilung von Lektionen;
- Öffentlichkeitsarbeit, Aktionen zur Bekämpfung der Suchtgefahren.

Das Vorgehen der Vorsorgestellen stößt zunehmend auf Kritik; es heißt etwa:

- mit der Methode der Informationsvermittlung werde das Gegenteil des beabsichtigten Zwecks erreicht;
- da die Stellen personell unterbesetzt sind, werden nie alle Schüler im Kanton erreicht;
- es wäre Aufgabe des Lehrers, Suchtprophylaxe durchzuführen;
- die Mitarbeiter der Vorsorgestellen seien ausbildungsmäßig nicht in der Lage, diese Aufgabe wahrzunehmen.

Aufgrund dieser Kritik hat die Fürsorgedirektion sich über Veränderung und Erweiterung der Aufgaben der Vorsorgestellen Gedanken gemacht. So wurde eine Gruppe junger Psychologen aus dem Bereich der Jugendberatung ermutigt, ein alternatives Projekt für die Schule zu entwickeln und durchzuführen. Eine Beschreibung dieses Projekts folgt.

Die Schüler einer Schulklasse werden unter Ausschluß des Lehrers zu ein bis zwei Diskussionsgruppen zusammengefaßt. Im Gespräch werden dann die Inhalte der Drogengefährdung diskutiert, und es wird versucht, auf verursachende Bedingungen dieser Gefahren hinzuweisen. Die Schüler werden ermuntert, Beiträge aus ihrem eigenen Erlebnisbereich zu bringen, welche dann in der Gruppe erarbeitet werden. Daneben werden auch gruppendynamische Probleme aufgenommen, wie sie in jeder Schulklasse vorkommen. Die Lehrer werden nach drei 6stündigen Lektionen, daß heißt nach Abschluß der Maßnahme, über den Verlauf orientiert. Schüler, bei denen im Verlauf der Gespräche eine Suchtgefährdung erkannt worden ist, werden ermuntert, zur weiteren Beratung die Dienste einer Jugend- und Drogenberatungsstelle in Anspruch zu nehmen.

Die Mitarbeiter dieser Gruppe haben für die dreijährige Dauer des Versuchs einen befristeten Arbeitsvertrag erhalten, der am 31. Juli 1981 abläuft.

Gegen diesen Versuch sind inzwischen von verschiedenen Seiten (Eltern, Lehrer) Einwände erhoben worden. Zu folgenden Fragen sind jetzt Entscheidungen notwendig:

1. Soll das neu entwickelte Programm schulischer Gesundheitserziehung weitergeführt werden?
2. Sollen die Mitarbeiter dieses Programms auf Dauer angestellt werden?
3. Welcher Institution sollen sie zugeordnet werden?

### **Spielgruppen**

Beteiligt sind folgende Protagonisten: die Fürsorgedirektion, die Gesundheitsdirektion, die Erziehungsdirektion, die Vorsorgestellen für Suchtprophylaxe, und die Projektgruppe

Ihre Ansichten, Einstellungen und Zielsetzungen sollen hier beschrieben werden.

#### *Die Fürsorgedirektion*

Die Fürsorgedirektion teilt weitgehend die Kritik an der bisherigen Arbeit der Vorsorgestellen. Sie ist an der Erweiterung des Programms der Vorsorgestellen im Sinne

einer umfassenden Gesundheitserziehung als Primärprävention interessiert. Dabei muß sie beachten, daß in der Gesundheits- wie in der Erziehungsdirektion auch Konzeptionen zu einer veränderten Gesundheitserziehung entwickelt werden, was zu einer Überschneidung der Kompetenzen führen könnte.

Das von der Psychologengruppe entwickelte Projekt will die Fürsorgedirektion im Prinzip weiterführen. Sie muß die an dem Projekt geäußerte Kritik jedoch beachten. In der Fürsorgedirektion besteht — so ist zu vermuten — die Absicht, auf eine Festanstellung der Psychologen beim Trägerverband der Vorsorgestellen hinzuwirken, und zwar nicht zuletzt deshalb, weil sie sich davon einen positiven Impuls für die Arbeit der Vorsorgestellen verspricht.

### *Die Gesundheitsdirektion*

Die Gesundheitsdirektion ist unter anderem auch für alle gesundheitserzieherischen Belange zuständig. Ausdrücklich ausgenommen ist hiervon der Bereich der Suchtprophylaxe, der vom Gesetz der Fürsorgedirektion zugeordnet wurde. Die Gesundheitsdirektion sieht mit Vorbehalt die Bestrebungen der Fürsorgedirektion, ihr gesundheitserzieherisches Aufgabenfeld auszuweiten — zumal sie zur Zeit ein Fortbildungsprogramm für Schulärzte entwickelt, das diese zu einer beratenden Tätigkeit im Sinne der Gesundheitsvorsorge befähigen soll.

Aus Kreisen der kantonalen Ärzteschaft sind kritische Stimmen gegen den sozialwissenschaftlichen Ansatz der Fürsorgedirektion laut geworden.

### *Die Erziehungsdirektion*

Die Erziehungsdirektion verlangt eine genaue Abstimmung der für die Schulen vorgesehenen prophylaktischen Maßnahmen der Fürsorgedirektion mit ihrer eigenen Planung betreffend die Einführung eines fächerübergreifenden Gesundheitsunterrichts auf allen Schulstufen.

Insbesondere fordert sie eine Evaluation der Arbeit der Projektgruppe; dabei müssen die Auswirkungen dieser Arbeit auf den Schulalltag angemessen dargestellt werden. Es ist der Erziehungsdirektion bekannt, daß in der Lehrerschaft unterschiedliche Einschätzungen vorliegen. Einige Lehrer sind von der Arbeit der Projektgruppe begeistert, andere mahnen aus folgenden Gründen zur Vorsicht:

- Die gruppenspezifische Vorgehensweise der Projektgruppe überfordert die noch nicht volljährigen Schüler; in den Klassen werden Prozesse in Gang gesetzt und nicht abschließend bearbeitet, und der verantwortliche Klassenlehrer kann diese Prozesse anschließend nicht mehr auffangen.
- Die Weiterleitung von Schülern an Beratungsstellen durch die Gruppe verstoße gegen die juristischen Kompetenzen der Eltern; einige Eltern hätten sich bereits mit dem Gedanken befaßt, Strafanzeige gegen die Gruppe zu erheben.

Die Erziehungsdirektion sieht ihre Aufgabe darin, den Unterricht vor Störungen und ihre Lehrer vor Überlastungen zu bewahren. Sie sieht jedoch die Notwendigkeit, den Lehrern Fortbildungsmöglichkeiten zur Gesundheitserziehung im Unterricht zu verschaffen.

### *Die Vorsorgestellen*

Die Vorsorgestellen haben haupt- und nebenamtliche Mitarbeiter, zu denen Ärzte, Krankenschwestern und einige Sozialarbeiter gehören. Die Ärzte bestimmen weitgehend das Konzept. Sie verfügen über gute informelle Kontakte zu ihren Kollegen in der Gesundheitsdirektion. Die Vorsorgestellen haben sich bereit erklärt, die Pro-

jektgruppe ihrer eigenen Trägerschaft (Verband bernischer Fürsorgestellen und Heilstätten für Alkoholranke) zu unterstellen. Sie stehen der Methode der jungen Kollegen sehr skeptisch gegenüber und befürchten eine Ausweitung der Tätigkeit der Gruppe zuungunsten ihrer eigenen Ausweitungspläne. Insbesondere wollen sie vermeiden, daß die Gruppe einer anderen Trägerschaft (Jugend- und Drogenberatungsstellen) unterstellt wird.

Der Kontakt zu den Mitgliedern der Projektgruppe ist deutlich gestört; insbesondere finden die früher regelmäßig durchgeführten Koordinationssitzungen mit den Mitgliedern der Gruppe nicht mehr statt.

### *Die Projektgruppe*

Es handelt sich um zwei Psychologinnen und einen Psychologen, die alle eine langjährige Erfahrung in der Jugend- und Drogenberatung haben. Zu den Kollegen der Beratungsstellen besteht ein guter Kontakt. Die Beratungsstellen unterstehen einem anderen Trägerverband; sie unterliegen jedoch auch der Aufsicht der Fürsorgedirektion.

Die Freiheit der Arbeit in den Beratungsstellen hat die Mitarbeiter der Projektgruppe geprägt. Sie wünschen sich deshalb eine organisatorische Anbindung an den Träger dieser Beratungsstellen, weil sie sich dort einen größeren Entfaltungsspielraum erhoffen.

Sie sind an der Fortführung der Arbeit in den Schulen interessiert, weil sie sich ihrer Meinung nach bewährt hat. Ein Beweis hierfür sind zum Beispiel die guten Kontakte zu einigen Jugendlichen auch außerhalb der Schule.

Sie streben eine Festanstellung an. Politisch haben sie verschiedene Maßnahmen ergriffen, die dazu beitragen sollen, daß ihre bisher auf die Region der Stadt Bern beschränkte Tätigkeit ausgedehnt werden kann. Zu den Maßnahmen gehören auch Anträge an die kantonale Fürsorgedirektion um Stellenausbau und Billigung der Pläne zur Ausdehnung des Versuchs auf die Region Biel; die Suche nach politischem Rückhalt sowie Öffentlichkeitsarbeit etc.

## **Prozesse und Ergebnisse: Beobachtungen und Bewertung**

**Jerry O'Dwyer**

### **Allgemeine Beobachtungen**

Die von der case-study-Gruppe gemachten allgemeinen Beobachtungen lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- 1) Bei der Beobachtung des Spiels fiel vor allem der sehr unterschiedliche Management- und Planungsstil auf, der teilweise aktive und teilweise passive Formen hatte. Weiterhin wurden bei den verschiedenen Gruppen Unterschiede in den Kommunikationsformen und der Methodenwahl deutlich.
- 2) Die Mitspieler waren mit Begeisterung und guter Laune bei der Sache und hielten sich im allgemeinen an die Regeln, wenn auch der Umgangston im Spiel etwas geschäftsmäßiger war, als er im Alltag üblich ist.
- 3) Die Machtverteilung wie sie für das Planspiel vorgesehen war, wurde von allen Gruppen außer der Projektgruppe akzeptiert. Dieser Gruppe gelang es dann aber ziemlich müheelos, das Spiel in ihrem Sinne umzufunktionieren und dabei die ursprünglich vorgesehenen Machtstrukturen zu verändern.
- 4) Daß die Gruppe so handeln konnte, lag daran, daß sie als Gruppe offensichtlich sehr gut zusammenarbeitete, ihr Ziel unmittelbar und nachdrücklich verfolgte und daß es ihr gelang, die tatsächliche Machtposition der Gruppe der «Fürsorgedirektion» zu verändern.
- 5) Keine Gruppe, mit Ausnahme vielleicht der Projektgruppe, kam zu einer klaren Zielformulierung; jedenfalls schien sich keine um die «soziale Wohlfahrt» in der Gemeinde zu kümmern und die Erhaltung und Erweiterung dieser Einrichtung als vordringlichstes Ziel zu sehen. Einige Gruppen, darunter z.B. die Gruppe der «Gesundheitsdirektion», betrachteten ihre Rolle lange Zeit als nebensächlich und unwichtig und handelten entsprechend. Ein lobenswerter Einsatz der Gesundheitsdirektion kam leider zu spät und daher nicht mehr in die Wertung.

---

JERRY O'DWYER ist Leiter des Personalwesens, Gesundheitsministerium, Dublin, Irland.

*Anschrift:* Department of Health, Hawkins House, Dublin.

- 6) Die Ressourcen Arbeitskraft und Zeit wurden nur sehr unzureichend eingesetzt, d.h. es gab innerhalb der Gruppen keine Arbeitsteilung, es fanden keine parallel laufenden Besprechungen statt, viele Leute kamen überhaupt nicht zum Einsatz. Außerdem wurden keine richtigen Interessengemeinschaften gebildet.
- 7) Bei der Diskussion über die Gesundheitserziehung war die Frage der Effizienzkontrolle von ausschlaggebender Bedeutung, wie diese Frage ja auch im wirklichen Leben immer wieder im Mittelpunkt steht. Dieses Problem wurde jedoch nur zur Hälfte ausdiskutiert und durch andere Spielabläufe verdrängt.
- 8) Die Ankündigung, «an die Öffentlichkeit zu gehen», ist offensichtlich ein sehr wirksames Machtinstrument in der Gesundheitspolitik; als die Projektgruppe dies tat, zeigte diese Maßnahme jedenfalls ihre Wirkung.
- 9) Das grundlegende Problem mangelnder Koordination zwischen den drei sehr eng verwandten Hauptressorts wurde nicht angeschnitten; das uns vorgetragene Problem war nicht mehr als die Spitze des Eisbergs. Die Gruppen trafen sich während des ganzen Spiels nicht ein einziges Mal.
- 10) Zwischen allen Gruppen, insbesondere zwischen den einzelnen Ressorts, fehlte es spürbar an gegenseitigem Vertrauen; es würde schwerfallen, während des ganzen Spiels auch nur einen einzigen Vertrauensbeweis aufspüren zu wollen.
- 11) Das Spiel, das man als Entwicklungsprozeß sehen kann, wurde von der «Fürsorgedirektion» und der Projektgruppe beherrscht, während die anderen Gruppen alternative und nicht unbedingt parallele Ansätze zu entwickeln versuchten.

### **Anmerkungen zu den einzelnen Gruppen**

Die wichtigsten Anmerkungen zu den einzelnen Gruppen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### *Die Gruppe «Fürsorgedirektion»*

- 1) Diese Gruppe hatte die beste Verteidigungsposition im Spiel mit drei vorzüglichen Verteidigern aber ohne Offensivspieler! Im Hinblick auf das Spielergebnis schnitt sie eindeutig am besten ab, allerdings auf zweitklassigem Niveau! Sie erschien ziemlich chauvinistisch, was vielleicht an der mangelnden Beteiligung der weiblichen Gruppenmitglieder gelegen haben mag. Die Gruppe wirkte so souverän wie eine «bürokratische» Spinne im eigenen Netz.
- 2) Ihre Strategie war eine Art Rückwärtsverteidigung; sie glaubte, wohl ohne zu großen Aufwand mit dem Problem fertig werden zu können. Sie verließ sich, wenn sie unter Beschuß geriet, mehr auf den Scharfsinn, die Erfahrung und Gelassenheit einzelner Mitglieder als auf gemeinsame Gruppenanstrengungen. Ihr Stehvermögen erwies sich als eher fragwürdig.
- 3) Kurzfristig bewältigte sie die Schwierigkeiten, gab aber vielleicht langfristig eine Reihe von Positionen preis. Was für Beziehungen hat sie z.B. jetzt zu ihren neuen Kollegen aus der Gruppe der «Gesundheitsdirektion», die vermutlich über den größten Teil des gemeinsamen Budgets verfügen? Wie ist ihr Verhältnis zum Nachbarressort «Erziehung»? Warum waren für sie die Psychologen wichtiger, als die Zusammenarbeit mit ihren Nachbarressorts? Hatte sie etwas zu verbergen? Warum übergang sie so ohne weiteres die Idee einer öffentlichen Versammlung?

- 4) Ihre Verteidigungsbereitschaft wurde nur einmal von der Gesundheitsdirektion auf die Probe gestellt, der es am Ende aber doch nicht gelang, ihren Vorteil auszuspielen, da sie ihre Position und ihre Ressourcen am Anfang zu wenig zur Geltung gebracht hatte.
- 5) Die Fürsorgedirektion ist nun ähnlichen Angriffen von kleineren Gruppen ausgesetzt, und sie muß sich um Unterstützung von anderer Seite bemühen.
- 6) Die Gruppe war am Anfang des Spiels in einer so guten Position, daß sie den entscheidenden Schritt zur schnellen Lösung des Problems hätte tun können. Wenn vielleicht mehr Zeit für die Analyse der relativen Positionen der einzelnen Gruppen zur Verfügung stünde, würde sich dies auf das Gesamtergebnis des Spiels positiv auswirken.

#### *Die Gruppe «Erziehungsdirektion»*

- 1) Insgesamt wurde die Gruppe im Laufe des Spiels immer besser. Sie brauchte ziemlich lange, bis sie in Gang kam.
- 2) Diese Gruppe war die erste, die über ein Konzept sprach, indem sie die Fürsorgedirektion fragte, ob sie ein Konzept hätte. Die Antwort, die sie bekam, war nicht gerade ermutigend: sie besagte, daß die Projektgruppe der Fürsorgedirektion Bericht erstattet.
- 3) Es war nicht klar, warum die Gruppe eine Einladung für ein Treffen mit der Projektgruppe aussprach. Vielleicht richtete sich dies gegen die Fürsorgedirektion. Die Ablehnung der Diskussion führte zur Abfassung eines offiziellen Briefes, der das Projekt in der Schule mit Wirkung vom 31. Juli beendete.
- 4) Später konzentrierte sich die Gruppe auf die Frage der Effizienzkontrolle, und es wurde nicht deutlich, welche Strategie dahinter steckte. Sie begann eine Auseinandersetzung mit der Fürsorgedirektion, wobei sie deren Position gegenüber den Schulen angriff und die Qualifikationen des Personals und der Schulärzte bemängelte; schließlich veranlaßte sie die Fürsorgedirektion, Druck auf die Projektgruppe auszuüben, schneller zu arbeiten.
- 5) Wenn es im Spiel irgendeinen Gewinner gäbe, dann würde die Gruppe der Erziehungsdirektion dazu gehören, die ihre Arbeit recht erfolgreich abschloß und dabei auch weiterreichende Fragen berücksichtigte.

#### *Die Projektgruppe*

- 1) Ihr gelang es ausgezeichnet, Macht auszuüben, obwohl sie dafür kaum über entsprechende Voraussetzungen verfügte.
- 2) Ihr erklärtes, jedoch nicht erreichtes Ziel war es, die Arbeit in den Schulen fortzusetzen. Die Beteiligten schieden aus dem Projekt aus und mußten sich andere Beschäftigungen suchen.
- 3) Ihre Entscheidung, nicht mit den Drogenzentren zusammenzuarbeiten, war in der gegebenen Situation nicht besonders hilfreich.

#### *Die Vorsorgestellten für Suchtprophylaxe*

- 1) Die Gruppe schien im Verlauf des Spiels ihre Strategie mehrmals zu ändern. Sie bewegte sich von der Demonstration von Überlegenheit über eine kooperative bis hin zu einer strikt professionellen Haltung.
- 2) Die Vorsorgestellten nutzten die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht zum besten. Sie hätten wahrscheinlich ein gutes Stück mehr Erfolg verbu-

chen können, wenn sie sich mit der Gesundheits- und Erziehungsdirektion zusammengetan hätten.

- 3) Sie legte nie ein konkretes Gesamtprogramm als Alternativvorschlag zu den Aktivitäten der Projektgruppe vor. Die Vorsorgestellten hätten wahrscheinlich die Möglichkeit gehabt, mit der Erziehungsdirektion in einem solchen Programm zusammenzuarbeiten, zumal sie im Rahmen ihrer alltäglichen Arbeit durchaus Anknüpfungspunkte gehabt hätten.

#### *Die Gruppe «Gesundheitsdirektion»*

- 1) Die Gruppe erkannte ziemlich spät ihre Einflußmöglichkeiten sowohl auf die Arbeit der Fürsorge- als auch der Erziehungsdirektion. Als dieser Tatbestand jedoch erkannt war, verbesserte sich ihre Leistung beträchtlich.
- 2) Sie deckte auf, daß die Position der Fürsorgedirektion nicht genügend durchdacht war und daß spezifische Fragen nur unzureichend beantwortet werden konnten. Allerdings versäumte sie es, aus diesem Vorteil Kapital zu schlagen.
- 3) Es war überraschend, wie sehr sie in Abrede stellte, über das zur Drogenbekämpfung erforderliche Fachwissen zu verfügen, als die Frage vom Ressort «Erziehung» angeschnitten wurde.
- 4) Die Gruppe war ein sehr gutes Beispiel dafür, wie aufgrund einer anfänglichen Fehleinschätzung der eigenen Position ein großes Potential ungenutzt bleiben mußte.

#### **Einige Vorschläge**

Wahrscheinlich wäre es besser, wenn alle anderen Gruppen die Funktion der case-study-Gruppe und der Transfergruppe kennen würden. Man sollte auch erwägen, den Mitgliedern der case-study-Gruppe die Möglichkeit zu geben, den Spielverlauf in den anderen Gruppen zu beobachten. Das Verhalten der Gruppen in öffentlichen Sitzungen würde dadurch weniger Anlaß zu Fehlinterpretationen geben. Und schließlich sollte es zwischen der Transfer- und der case-study-Gruppe schon vor Spielbeginn eine bessere Zusammenarbeit geben.

Der Stellenwert des Spiels könnte wahrscheinlich in den Augen der Teilnehmer an derartigen Seminaren verbessert werden, wenn ein gewichtigeres Problem ausgewählt würde, das Auswirkungen auf die Organisation und Durchführung von Aktivitäten auf lokaler Ebene hat. Einzelne Länder könnten gebeten werden, Ausschau nach einer geeigneten Lagedarstellung für entsprechende Fallstudien zu halten und sie regelmäßig in geeigneter Form an eine zentrale Stelle zu senden.

## **Von der Simulation zur Realität: ein Überblick über die gegenwärtige Situation**

**Hansjörg Ryser**

Einzelne Aspekte des Szenarios sind von der Spielleitung aus verschiedenen Gründen abgeändert worden und entsprechen nicht der Realität im Kanton Bern.

### **Die Spielrealität**

Im Kanton Bern befassen sich besonders die kantonale Fürsorgedirektion («Ministerium für Soziales») und die kantonale Gesundheitsdirektion («Gesundheitsministerium») mit gesundheitserzieherischen Einrichtungen und Aktivitäten. In Fragen der schulischen Gesundheitserziehung und des Gesundheitsunterrichts ist die kantonale Erziehungsdirektion («Kultusministerium») zuständig. Während die Fürsorgedirektion und die Gesundheitsdirektion vom gleichen Regierungsrat («Minister») geleitet werden, steht der Erziehungsdirektion ein anderer Direktor vor. Diese Ausgangslage macht bereits deutlich, daß die Koordination zwischen den drei erwähnten Direktionen bisweilen auf Schwierigkeiten stößt. Insbesondere ist die Abgrenzung der verschiedenen gesundheitserzieherischen Aktivitäten bzw. deren Koordination oder Zusammenlegung nicht immer leicht zu bewerkstelligen. So fallen beispielsweise die folgenden Bereiche in den Aufgabenkreis der Fürsorgedirektion: Suchtprophylaxe, Ernährungsberatung, Ehe- und Partnerschaftsberatung, Mütterberatung, Eltern- und Erwachsenenbildung etc.

Der Gesundheitsdirektion obliegt die Aufsicht über folgende Tätigkeiten und Einrichtungen: genetische Beratung, Beratung bei Schwangerschafts-Konfliktsituationen, Vorbeugung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, schulärztliche und schulzahnärztliche Dienste etc.

Im Bereich der Suchtprophylaxe hat sich bislang vor allem der «Verband bernischer Fürsorgestellten und Heilstätten für Alkoholranke» betätigt, welcher in den Städ-

---

HANSJÖRG RYSER ist Beauftragter für Suchtfragen der kantonalen Fürsorgedirektion Bern, Schweiz.

*Anschrift:* Kantonale Fürsorgedirektion Bern, Herrngasse 22, CH-3011 Bern.

ten Thun, Bern und Biel nach Absprache mit der kantonalen Fürsorgedirektion drei sogenannte «Vorsorgestellen» geschaffen hat.

Eine weitere Vorsorgestelle soll noch diesen Sommer in der Region Oberaargau/Emmental errichtet werden.

### **Die Vorsorgestellen**

Hier wurde das Szenario relativ drastisch verändert, beschäftigen doch diese Stellen keinerlei medizinisches oder paramedizinisches Personal. Von einer Bestimmung der Konzeption dieser Einrichtungen durch die Ärzteschaft kann nicht die Rede sein, ebensowenig von guten informellen Kontakten zur Gesundheitsdirektion.

Ergänzend ist allenfalls darauf hinzuweisen, daß die kantonale Fürsorgedirektion künftig ein wesentlich umfassenderes Arbeitsgebiet zumessen will, indem die Vorsorgestellen (analog den Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung in der Bundesrepublik) zu zentralen Beratungsinstanzen für gesundheitserzieherische Aktivitäten aller Art ausgebaut werden sollen. Dieser Ausbau hat insbesondere auch personelle und finanzielle Konsequenzen. Die Vorsorgestellen werden also künftig mehr und mehr eine umfassende beratende und koordinierende Tätigkeit im Bereich der Gesundheitserziehung wahrnehmen, wobei sie sich in ihren Aktivitäten nach der Planung der kantonalen Fürsorge- und der Gesundheitsdirektion ausrichten haben. Ihre Aktivitäten, welche sich zur Zeit noch mehrheitlich auf die Schulen aller Stufen ausrichten, werden künftig vermehrt auch andere Adressatenkreise betreffen (Eltern, Arbeits- und Freizeitbereich usw.). Wie bereits erwähnt, soll ihre Beratungstätigkeit über den Bereich der Suchtprophylaxe hinausgehen und andere gesundheitserzieherische Domänen (z.B. Umweltschutz, Ernährungsfragen, Fragen der Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz etc.) umfassen.

### **Die Projektgruppe: die Ansichten der Lehrer**

Hier ist auf die inzwischen durch die kantonale Erziehungsdirektion vorgenommene Evaluation dieser Arbeit hinzuweisen. Dabei hat die betreffende Studie weniger den Charakter einer empirischen, wissenschaftlichen Arbeit als denjenigen einer teilnehmenden Beobachtung.

Die Methode der Auswertungsarbeit bestand darin, daß sämtliche Lehrer, welche im Zeitraum von 3 Monaten die Dienste des Projekts Gruppengespräche in Anspruch genommen hatten, einen Fragebogen ausfüllten. Dabei wurden Lehrer verschiedener Schultypen erfaßt (Primarschulen, Sekundarschulen, Lehrerseminarien, Gymnasien etc.). Die betreffenden Lehrer wurden in sehr offener Fragestellung aufgefordert, ihre Eindrücke und Erfahrungen mit der Projektgruppe wiederzugeben und zur Frage der Weiterführung des Versuchs Stellung zu nehmen. Die Antworten wurden nach folgenden Kategorien unterteilt: Schwierigkeiten, die Projektgruppe zu beurteilen; globale Beurteilung des Experiments durch den Lehrer; Reaktionen der Schüler; Elternabende; Gesprächsführung; Zusammensetzung des Mitarbeiterteams; Beizug außerschulischer Fachkräfte; Zeitpunkt der Intervention; Anregungen zur Gestaltung entsprechender Aktivitäten; Weiterführung des Experiments.

#### *Die Evaluationsstudie hat folgende Resultate gebracht:*

«Einigen Lehrern fiel es ausgesprochen schwer, die Arbeit des Suchtprophylaxeteams zu beurteilen. Sie begründen diese Schwierigkeiten mit dem langen zeitlichen Abstand zu dem Besuch des Teams, mit ihrer Abwesenheit von oder nur teilweisen

Anwesenheit bei den betreffenden Gesprächsstunden, mit ihrer fachlichen Inkompetenz und mit der Unmöglichkeit, den Nutzen der Gesprächsgruppe abzuschätzen. Die *globale Beurteilung* der Gespräche fällt fast durchwegs positiv aus. Diese Art der Suchtprophylaxe wird allgemein als sinn- und wertvoll angesehen und befürwortet. Kritische Stimmen weisen darauf hin, daß die Zusammenarbeit mit dem Lehrer bezüglich Vor- und Nachbereitung noch besser gestaltet werden könnte. Die Gespräche setzen eine tragfähige Beziehung zwischen Lehrer und Schüler voraus, bereits bestehende Probleme könnten verstärkt werden, und zum Teil würden etwas illusionäre Ideen über den wünschbaren Zustand der Schule vorgebracht. Es wird auch angemerkt, daß die Schüler unter Umständen durch den praktizierten Ansatz überfordert sind, besonders dann, wenn ihre Erwartungen in eine andere Richtung gingen. Als unbefriedigend wird betrachtet, daß die Methode nicht beim Namen genannt wurde; therapeutische Gespräche seien kein Unterricht im traditionellen Sinne.

Als besonders positiv wird hervorgehoben, das Aufzeigen von Lösungswegen und -möglichkeiten aus Konflikten und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebenslagen sei eine echte Hilfe und biete den Jugendlichen Halt. Offener Gesprächsbereitschaft, Verbesserung des Verhältnisses zwischen Lehrer und Schüler, Sensibilisierung auf Konfliktsituationen und ihre Verarbeitung sind einige positive Folgen der Gruppengespräche, die genannt werden.

Die Aussagen der Lehrer über *die Reaktionen der Schüler* umfassen ein breites Spektrum: von uneingeschränkt positiven über gleichgültige bis zu negativen Reaktionen. Meistens ist die Aussage eines Lehrers über Reaktionen seiner Schüler auch mit zusätzlichen Informationen verbunden, welche die Bedingungen, unter denen die Gespräche stattfanden, und die Hintergründe der Reaktionen etwas beleuchten. Unterschiedliche Vorbedingungen, Einstellungen und Erwartungshaltungen sind danach am Gelingen der Gespräche wesentlich beteiligt.

Fand im Zusammenhang mit den Gruppengesprächen ein *Elternabend* statt, wird er mit einer Ausnahme von allen Lehrern positiv beurteilt.

Die *Gesprächsführung* wird von wenigen Lehrern erwähnt und unterschiedlich beurteilt. Einige diesbezügliche Aussagen lassen erkennen, daß in einigen Fällen große Schwierigkeiten auftraten.

Die *Beurteilung des Teams* beinhaltet zwei Schwerpunkte. Einerseits wurden seine Mitarbeiter als seriöse, vertrauenswürdige, engagierte, von den Jugendlichen akzeptierte Menschen eingeschätzt, andererseits aber auch als sich mit den Jugendlichen anbietende, sich demonstrativ auf die Seite der Jugendlichen stellende, in ihren Kräften überforderte Menschen wahrgenommen.

In bezug auf den Einsatz *außerschulischer* Fachkräfte für die Aufgaben der Suchtprophylaxe sind die Beurteilungen kontrovers. Lieben es die einen Lehrer nicht, wenn die Klasse von ihnen abgekapselt wird, halten andere die Gruppengespräche auch ohne Einbezug des Lehrers für sinnvoll. Differenzierte Argumente werden angeführt, um die Vorteile des Einbezugs von außerschulischen Fachkräften zu unterstreichen:

- Losgelöstheit von der Schule erlaubt es den Schülern, freier zu sprechen, da keine Sanktionen zu befürchten sind.
- Für heikle Fragen wird lieber ein Außenstehender beigezogen, um die Beziehung zum Lehrer nicht zu belasten.
- Von außen kommende Personen haben eher das Vertrauen, weil sie keine Autoritätspersonen sind.

- Durch direktes Gespräch mit Personen des «Contact» kann die Schwellenangst im Hinblick auf das Aufsuchen von Beratungsstellen gesenkt werden. Dies ist wichtig in Notfällen.
- Im vorliegenden Fall können sich viele Jugendliche mit den Team-Mitarbeitern spontan identifizieren, was den Zugang im Gespräch erleichtert.
- Die Lehrer sind oft noch zu wenig gesprächsfähig, sind nicht in der Lage, solche Gespräche zu führen und dazu auch nicht ausgebildet.

Kritisch wird angemerkt, daß es den Team-Mitarbeitern auch nicht in jedem Fall gelungen ist, ein Vertrauensverhältnis zu den Schülern herzustellen.

Die Vorstellungen bezüglich des günstigsten *Zeitpunktes* für den Einsatz des Suchtprophylaxe-Teams sind ziemlich widersprüchlich. Als Quintessenz könnte man formulieren, daß dieser nicht kurz vor einem Wechsel der Klasse oder Schule stattfinden sollte, um noch eine gemeinsame Auswertung und Weiterarbeit von Lehrer und Schülern zu ermöglichen und daß eine gewisse Reife der Schüler für Gespräche dieser Art Voraussetzung ist.

Folgende *Anregungen* lassen sich aus den Stellungnahmen herauskristalisieren:

- Einbezug des Klassenlehrers;
- durch Lehrer und Team gemeinsam gestaltete Vorbereitung, Durchführung und Nachbesprechung der Gruppengespräche;
- Querverbindungen zu anderen Unterrichtsgegenständen herstellen;
- die Gespräche müßten weitergeführt werden können über längere Zeit, auch in nachfolgenden Klassen;
- die Verfolgung problematischer Fälle müßte garantiert werden können;
- die Qualifizierung von Lehrern für diese Aufgabe durch die Lehrerfortbildung.

Was die Frage der *Weiterführung* der Arbeit des Suchtprophylaxe-Teams betrifft, so sind sich die befragten Personen einig: Trotz der angeführten Vorbehalte und der geäußerten Kritik wird einstimmig eine Weiterführung dieses Suchtprophylaxe-Angebotes begrüßt und gewünscht.» (zitiert nach dem Bericht des Amtes für Unterrichtsforschung und -planung des Kantons Bern der kantonalen Erziehungsdirektion, Oktober 1981).

KAPITEL IV

**Synthese des Seminars**

## **Leitlinien zur gesundheitspolitischen Entwicklung: drei Programmschwerpunkte**

**Annette Kaplun**

Die Gesundheitserziehung ist zweifellos immer mehr in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt und wird nicht mehr nur als «harmloses Hobby für Gesundheitsfanatiker» betrachtet. Heute versprechen sich die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich von der Gesundheitserziehung konkrete Unterstützung bei der Lösung der durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen entstandenen Probleme. Diese neue Situation hat auch ihre Kehrseite. So werden mit der Gesundheitserziehung vielleicht unhaltbare Erwartungen verbunden, die weit über ihre tatsächlichen Möglichkeiten hinausgehen. Wenn aber die Ansprüche unrealistisch sind und die Gesundheitserziehung Aufgaben übernimmt, die nicht einlösbar sind, dann sind Enttäuschungen von Anfang an vorprogrammiert. Andere wiederum mögen die Gesundheitserziehung als Mittel zum Zweck betrachten, d.h. als eine Möglichkeit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und übersehen dabei ihre eigentliche Bedeutung für die Gesundheitsförderung.

Obwohl also dieser neue Aufschwung der Gesundheitserziehung seine Gefahren hat, bietet er dennoch auch eine einmalige Chance. Dies um so mehr, als das von der Weltgesundheitsorganisation proklamierte Ziel, «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000», dem einzelnen, der Familie und dem Gemeinwesen große Verantwortung auferlegt und von allen ihren vollen Beitrag für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit verlangt, was eine entsprechende Erziehungsleistung voraussetzt.

Um diese einmalige Chance nutzen zu können, müssen neue, ideenreiche gesundheitserzieherische Ansätze entwickelt werden. Der Themenschwerpunkt dieses Seminars bezog sich auf Innovationsmöglichkeiten in bezug auf strukturelle Gegebenheiten, die gesundheitserzieherische Prozesse fördern oder hemmen.

Dieses umfassende Thema wurde am Beispiel der bestehenden Strukturen in verschiedenen Ländern abgehandelt. Die von den Teilnehmern zu diesem Thema vor-

---

ANNETTE KAPLUN war z.Zt. Chefredakteurin des *Internationalen Journals für Gesundheitserziehung*, Genf, Schweiz.

*Anschrift*: 3, rue Viollier, CH-1207 Genf.

getragenen Referate und Berichte spiegeln die Vielfalt der existierenden Strukturen wider, wobei die Bandbreite von stark zentralistischen bis hin zu völlig dezentralisierten Lösungen reicht.

In Frankreich z.B. liegt die Verantwortung für die Planung als auch für die Durchführung von Programmen in Form von landesweiten Kampagnen weitgehend in der Hand einer zentralen Behörde. Eine Effizienzkontrolle, die sich über den Zeitraum von 5 Jahren erstreckte, kommt zu dem Ergebnis, daß eine effektivere regionale und kommunale Unterstützung und eine stärkere Förderung von Initiativen auf kommunaler Ebene erforderlich sind.

In der Bundesrepublik Deutschland hingegen gibt es ein komplexes Koordinations-system mit einer Bundesbehörde, eine Reihe von eigenverantwortlichen Länderbe-hörden und nicht weniger als 950 Organisationen, die gesundheitserzieherisch tätig sind. Eine Folgeerscheinung dieser Vielfalt von Organisationen und Institutionen ist, daß nicht nur bei der Durchführung einzelner Maßnahmen oder Kampagnen, sondern mehr noch beim Versuch, einen neuen Kurs zu steuern oder neue Organisa-tionsformen zu etablieren, Koordinations- und Kooperationsprobleme auftreten. Auf der Suche nach geeigneten Lösungen sind schon viele komplexe Vorgehenswei-sen ausprobiert worden. Ein anderes Problem, das mit der gegenwärtigen Struktur der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland zusammenhängt, ist die Diskrepanz zwischen der formalen Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Gesundheitserziehung und der auf diesem Gebiet tatsächlich erbrachten Lei-stungen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß es eine Art Konkurrenzkampf mit an-deren Aufgabenbereichen und knappe Mittel gibt und im einzelnen nicht genau fest-gelegt ist, wieviel für den Bereich Gesundheitserziehung für Personalkosten, Sach-mittel und Zuschüsse verausgabt werden kann.

In den Niederlanden hat sich innerhalb von 4 1/2 Jahren eine ganz andere Struktur herausgebildet. Eine nationale Behörde, die die zuständigen Organisationen reprä-sentiert und deren Beteiligung gewährleistet, sorgt für Beratung, Koordinierung und Unterstützung. Dahinter steht das Ziel, der Gesundheitserziehung im Rahmen der bestehenden Einrichtungen zur vollen Wirksamkeit zu verhelfen.

In Italien dagegen liegt die Verantwortung für die Planung und Organisation der Gesundheitserziehung seit 1978 bei den einzelnen Regionen. Auf nationaler Ebene gibt es keine entsprechenden Einrichtungen. So können sich regionale und kommu-nale Initiativen voll entfalten, wobei die Regionen mehr eine unterstützende Funk-tion haben, während die eigentlichen Initiativen auf kommunaler Ebene angesiedelt sind und von den im Gesundheitswesen Tätigen, von Lehrern Sozialarbeitern und gemeinnützigen Organisationen getragen werden. In jedem kommunalen Einzugs-bereich mit 50.000 — 200.000 Einwohnern gibt es übrigens ein bis zwei qualifizierte Gesundheitserzieher.

### **Sind wir auf dem Weg zu einem europäischen Modell?**

In den Referaten und den sich daran anschließenden Diskussionen zeichnete sich ei-ne Art von Konsensus über ein Modell ab, das eines Tages durchaus zu einem euro-päischen Modell werden könnte. Sein Zustandekommen wäre dann diesem Seminar zu verdanken. Einige wichtige Punkte tauchten in der Diskussion immer wieder auf und lassen sich als eine Art Leitmotiv verstehen:

1. Wir müssen zuhören lernen und Wege ausfindig machen, wie wir dies effektiv tun können, sei es über Kontaktpersonen oder über die Schaffung entsprechen-der kommunaler Strukturen. Als Gewährsleute bzw. Informanten kommen da-bei weniger einheitliche Bevölkerungsgruppen, als vielmehr verschiedene Grup-

pen mit unterschiedlichen Problemen, Bedürfnissen und Zielvorstellungen in Frage.

- Wir müssen kommunalen Initiativen freien Lauf lassen. Solche zumeist organischen Entwicklungen sollten wir mit allen Mitteln unterstützen. Hier werden viele innovative Ideen von Leuten produziert, die in ihrem Bereich oft nichts von den Schwierigkeiten und Hindernissen wissen, die es auf höherer Ebene gibt. Diese Leute zeichnen sich durch ihren Ideenreichtum und ihre Dynamik aus; sie sind diejenigen, die einen organischen Wandel herbeiführen können.
- Wir müssen Experimente, die im kommunalen Bereich unternommen werden, ermutigen und auf ihnen aufbauen.

Solche Initiativen von unten müssen unterstützt und weiter verbreitet werden, damit sie sich voll entfalten können. An dieser Stelle wird jedoch auch deutlich, daß es ohne organisatorische Strukturen nicht geht. Eine solche Struktur sollte

- im wesentlichen eine unterstützende Funktion haben: sie sollte a) individuelle Unterstützung anbieten, d.h. Bedürfnisse des Verbrauchers und vorhandene Sachkenntnis und Erfahrung sollten berücksichtigt werden, anstatt rigide Interventionsmaßnahmen von außen zu oktroyieren; und sie sollte b) Unterstützung für Berufsgruppen und Organisationen, die mit Gesundheitserziehung befaßt sind, bereitstellen;
- die Gelegenheit bieten, daß Menschen zusammenfinden können, um Aktionen gemeinsam zu planen und besser zu koordinieren. Auf diese Weise ließe sich vermeiden, daß Aktivitäten doppelgleisig laufen, wodurch Geld gespart und sinnvoller für andere Zwecke eingesetzt werden könnte;
- eine Plattform für den Austausch von Ideen und Erfahrungen und ihre Verbreitung schaffen;
- gesammelte Daten, wissenschaftliche Forschungsergebnisse und sonstige nützliche Materialien bereitstellen;
- schließlich dort fördernd und unterstützend intervenieren, wo es im kommunalen Bereich ein Vakuum gibt.

Die Schaffung struktureller Voraussetzungen für die Gesundheitserziehung kann zu einem Vehikel für Fortschritte in diesem Bereich werden, kann sie jedoch selbst nicht herbeiführen. Wenn Strukturen richtig funktionieren sollen, müssen sie der relativen Autonomie der beteiligten Organisationen Rechnung tragen. Das Ziel muß darin bestehen, die Entwicklung der Gesundheitserziehung anzuregen und in Gang zu bringen, indem spezielles Wissen und Sachkenntnis, Informationen und Ratschläge, Vorschläge und praktische Hilfen bereitgestellt werden. Die koordinierende Funktion dieser Strukturen hängt dabei von der Kooperationsbereitschaft der betroffenen Organisationen, Gruppen und Personen ab. Hierbei besteht freilich eine wechselseitige Abhängigkeit: bei entsprechendem Umgang mit funktionierenden Strukturen wird es zu Übereinstimmung und Kooperation kommen, und konzertiertes Handeln und gemeinsame Aktivitäten auf freiwilliger Basis wären die Folge.

In diesem Zusammenhang verdienen die Empfehlungen der Arbeitsgruppe, die die Entwicklungsmöglichkeiten kommunaler Gesundheitserziehungsprogramme in Irland untersuchte, besondere Erwähnung. Im Vordergrund stehen dabei 3 Punkte: *erstens*, die besondere Rolle, die den Strukturen auf nationaler Ebene zukommt; dazu gehören die Festlegung der langfristigen gesundheitspolitischen Ziele, die allgemeine Verbesserung der Gesundheitserziehung durch die Schaffung entsprechender Voraussetzungen für Forschung, Aus- und Weiterbildung, Organisation etc. sowie die Durchführung von Aktivitäten, die von den Regionen nicht übernommen

werden können; *zweitens*, die Bedeutung einer verstärkten systematischen Kommunikation zwischen den Regionalbehörden, Interessengruppen, gemeinnützigen Organisationen, Bildungsinstitutionen etc. und *drittens*, die Notwendigkeit von Innovationsanreizen für jene Regionen, Gruppen und Organisationen, die dafür besonders aufgeschlossen sind. In erster Linie sollten bei den Handlungsstrategien die Wertvorstellungen, Probleme und situativen Bedingungen des Klientensystems auf kommunaler Ebene berücksichtigt werden.

Wie wichtig ein solcher Ansatz ist, wird durch eine Studie bestätigt, die vor kurzem in Finnland durchgeführt wurde und zu folgenden Schlußfolgerungen führte: das Vorgehen auf nationaler Ebene sollte in erster Linie die Planungsprozesse widerspiegeln, die auf kommunaler Ebene ablaufen; es sollte sich auf die Schaffung von Feedbackmöglichkeiten konzentrieren und Unterstützung für diejenigen Fälle vorsehen, wo sie gebraucht wird. Diese von unten nach oben laufende Entwicklung löst gleichzeitig einen von oben nach unten verlaufenden Prozeß aus, der flexibel genug sein sollte, um wichtige Initiativen und kreatives Handeln auf kommunaler Ebene zu unterstützen.

Sollte ein europäisches Struktur-Modell entstehen, müßte es natürlich sehr breit angelegt sein, um den Bedingungen der einzelnen Länder angepaßt werden zu können, genauso wie ein nationales Modell flexibel genug sein muß, um den besonderen Bedürfnissen bestimmter Regionen, etwa ländlicher Gebiete oder Städte, gerecht zu werden. Dabei gilt es, bestimmte Faktoren, wie etwa die Organisation des Verwaltungssystems im allgemeinen und des öffentlichen Gesundheitswesens im besonderen, die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung, die Tradition parallel laufender Strukturen, die mit Gesundheitserziehung zu tun haben, die Gesundheits- und Krankheitsmodelle, die politischen Strukturen etc. zu berücksichtigen. Ebenso wie es im Hinblick auf die Inhalte der Gesundheitserziehung ein Bedürfnis nach Differenzierung gibt, besteht dieses Bedürfnis auch, wenn es um die Schaffung von Hintergrund-Strukturen geht, die die Entwicklung der Gesundheitserziehung fördern.

Damit haben wir einige der zentralen Empfehlungen der Seminarteilnehmer zur Strukturierung der Gesundheitserziehung innerhalb des Gesundheitswesens zusammengefaßt.

### **Die Notwendigkeit eines mehrdimensionalen Ansatzes**

Hervorgehoben wurde jedoch auch, und zwar mit allem Nachdruck, daß die Gesundheit mit anderen Aspekten unserer Lebenswelt in einem sehr engen Zusammenhang steht.

«Die Lebensweise und das Gesundheitsbewußtsein sind ebenso Produkte sozialer und kultureller Faktoren wie die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.» Diese Tatsache wurde sehr eindringlich von dem anwesenden Vertreter der WGO unterstrichen, der weiterhin betonte, daß die sozialen und umweltbedingten Faktoren, die Entscheidungen im Gesundheitsbereich beeinflussen, von der Gesundheitserziehung mitberücksichtigt werden müssen. Die Gesundheitserziehung sei, wie er bemerkte, inzwischen weit über einen Ansatz hinausgegangen, der von der Vorstellung ausgeht, daß die Gesundheit durch Verhaltensänderung des einzelnen verbessert werden könne und dabei die Umweltbedingungen unberücksichtigt läßt, die eine solche Verhaltensänderung erst ermöglichen oder ihr zur Durchsetzung verhelfen. Deshalb müsse die Gesundheitserziehung auf der Grundlage eines multidimensionalen und multidisziplinären Ansatzes arbeiten.

In diesem Zusammenhang stellte die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Antje Huber, fest, daß die Ziele der Gesundheitspolitik *nur* erreicht werden können, wenn die präventive Gesundheitspolitik mit einer Sozialpolitik koordiniert wird, die die Umwelt-, Arbeits-, Wohn- und Familienverhältnisse berücksichtigt. Solange es die verschiedenen politischen Ressorts unterlassen, gemeinsame Handlungsmodelle zu entwickeln und zu erproben und fortzuführen, weitgehend isoliert voneinander zu arbeiten, wird es keine entscheidenden Erfolge auf dem Gebiet der präventiven Gesundheitspolitik geben, sagte die Ministerin. «Kooperation und Koordination sind unverzichtbare Voraussetzungen.»

Wie fundiert diese Ansicht ist, läßt sich durch ein Fallbeispiel belegen, das in einem Bericht der Arbeitsgruppe 5 beschrieben wird. Es geht dabei um ein Projekt zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten in Portugal, das wegen mangelndem Engagement aller betroffenen Bereiche, etwa der Landwirtschaft, der Massenmedien, der Nahrungsmittelindustrie etc. eingestellt werden mußte.

Eine andere Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit einem sehr heiklen Thema: dem Einsatz von Steuern als Waffe zur Bekämpfung des Rauchens. Von einer solchen Maßnahme sind einzelne Interessengruppen direkt betroffen. Es taucht also ein neuer, sehr wesentlicher Aspekt der Gesundheitserziehung auf, nämlich inwieweit ökonomische Interessen sowie die Interessen mächtiger Verbände, wie etwa der medizinischen Berufs- und Standesvereinigungen, ins Spiel kommen.

Während des Seminars haben sich, wie sich noch an vielen anderen Beispielen nachweisen ließe, die Aussagen der Planungsgruppe bestätigt, die in ihrem Positionspapier über «Gegenstand und Zielsetzung des Seminars» formulierte:

Um die Ziele der Gesundheitserziehung erreichen zu können, ist eine Kooperation sowohl auf «horizontaler» als auch auf «vertikaler» Ebene erforderlich, d.h.

- a) Kooperation mit Personen aus verschiedenen Bereichen und
- b) Kooperation mit Personen, die auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen — auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene — tätig sind.

### Kritische Punkte

Im folgenden werden kritische Äußerungen einiger Teilnehmer zu wichtigen Punkten zusammenfassend wiedergegeben, die es bei der Planung gesundheitserzieherischer Maßnahmen zu beachten gilt, wenn man die Fehler der Vergangenheit sowie neue Irrtümer vermeiden will.

- Die meisten von uns sind Jünger des französischen Philosophen Descartes. Wir mögen die Ordnung. Und in der Tat verschafft es Genugtuung, wenn man ein sorgfältig entworfenes Organisationsschema vor sich hat. Es ist beruhigend und vermittelt den Eindruck von Dauerhaftigkeit. Bei aller Vorliebe für konzeptionelle Lösungen dürfen wir jedoch den Menschen nicht vergessen.
- Koordination hat auch ihre Schattenseiten. Hat jemand einmal versucht, die Kosten der komplexen und imposanten nationalen und regionalen Systeme, die wir uns zur Koordinierung der Aktivitäten ausdenken, zu berechnen und sie in Relation zu setzen zu ihrem tatsächlichen Einfluß auf die Gesundheitserziehung? Der Ausbau von Strukturen führt zur Bürokratisierung, und bürokratisierte Abläufe führen dazu, daß Initiativen erstickt werden.
- Es besteht die Gefahr, daß Kooperation und Harmonisierung mit anderen Bereichen zu sehr in den Vordergrund gerückt werden. Innovative Prozesse brauchen

zu ihrer Durchsetzung eine Machtquelle, die Wachstum und Wandel ermöglichen kann. Für die Gesundheitserziehung bleibt diese Quelle der Gesundheitsbereich. Die Ablehnung des medizinischen Modells sollte nicht zu einer Verschleierung der Notwendigkeit führen, daß die Gesundheitserziehung im Gesundheitswesen verwurzelt bleibt und von daher ihre Impulse und Durchsetzungskraft erfährt.

- Innovative Pläne haben in bestehenden Strukturen nur dann eine Realisierungschance, wenn im Konzept eine Analyse über die zu erwartenden Widerstände und die potentiellen Kooperationspartner enthalten ist. Nur so sind hinreichende Erfolgchancen vorhanden, selbst dann, wenn vielfältige und manchmal sich widerstreitende Interessen im Spiel sind.
- Die Gesundheitserziehung steht inmitten komplexer Machtbeziehungen und -konflikte. Mit der Herbeiführung von Veränderungen stößt man auf angestammte Rechte sowohl bei Laien als auch im professionellen Bereich und bei staatlichen Stellen. Dies ist ein gefährliches Feld, das auch die folgenden beiden Probleme berührt:
  - die Finanzierung sowie die Verteilung oder Umverteilung finanzieller Mittel;
  - die zu betreibende Politik im Hinblick auf die Berufsausbildung und die Änderung von Ausbildungsgängen mit all den Folgeerscheinungen, die eine Veränderung überholter Ansätze mit sich bringt.
- Rahmen und Inhalt der Gesundheitserziehung müssen genau geklärt werden. So entstehen etwa Probleme nur dadurch, daß Gesundheitserziehung nach weitverbreiteter Meinung mit «Gesundheitsinformation», «Gesundheitslehre», «Krankheitslehre» etc. gleichgesetzt wird. Es ist außerdem schwierig, zwischen Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und allgemein vorbeugenden Maßnahmen eine klare Trennungslinie zu ziehen. Gesundheitserziehung sollte als ein Weg zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheit angesehen werden, wobei das grundlegende und vielleicht wichtigste Ziel der Gesundheitserziehung darin besteht, bei der Bevölkerung das Bewußtsein der Verantwortlichkeit für eine gesunde Lebensweise zu schaffen und ihr die Bedeutung der natürlichen und sozialen Umweltbedingungen für ihre Gesundheit bewußtzumachen.
- Die systematische Einbeziehung der Gesundheitserziehung in die «üblichen» präventiven Maßnahmen, die von verschiedenen gesellschaftlichen Instanzen vorangetrieben werden, ist die beste Möglichkeit, aus der Gesundheitserziehung ein «selbstverständliches Element» der offiziellen sozio-ökonomischen Entwicklungsplanung zu machen.
- Schließlich sollte Gesundheitserziehung den einzelnen in die Lage versetzen, ein «sachkundig Handelnder innerhalb seines Gemeinwesens zu werden». Die Gesundheitserziehung soll ihm dabei die nötige Unterstützung bieten, damit ein möglichst vollkommenes physisches, seelisches und soziales Wohlbefinden — wie die WGO Gesundheit definiert — erreicht werden kann. Unsere Botschaft sollte nicht bloß lauten: «Sorge für dich selbst», sondern ebenso: «Sorge auch für die anderen, deine Familie, dein Gemeinwesen, setze dich für die Gesundheit innerhalb deines Lebensbereiches ein.»

### Schlußfolgerung

Dies ist also die positive Botschaft dieses 6. Internationalen Seminars für Gesundheitserziehung. Aus der Vielfalt der Erfahrungen, über die die einzelnen Teilnehmer

— Vertreter der meisten europäischen Länder — berichteten, lassen sich einige Hinweise auf wichtige Trends ablesen:

- erstens: die Notwendigkeit der Dezentralisierung wird allgemein anerkannt, ebenso wie die Suche nach Möglichkeiten des Dialogs mit den zuständigen kommunalen Stellen bei der Planung und Umsetzung gesundheitlicher Strategien auf nationaler Ebene;
- zweitens: es besteht die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Bereichen sowie zur Erprobung gemeinsamer Interventionsmodelle;
- drittens: man hat erkannt, daß das Erbe der Vergangenheit nicht verworfen werden darf, sondern selektiv, mit Vorsicht und Fingerspitzengefühl, zur Entwicklung neuer Strategien für die Gesundheitserziehung genutzt werden soll.

Mit dem Versuch, auf diesem Seminar das für das Gesundheitswesen zuständige Verwaltungspersonal auf Regierungsebene mit Planern und Praktikern aus dem Bereich der Gesundheitserziehung zusammenzubringen, wurde Neuland betreten und dabei ein äußerst nützlicher Dialog in Gang gebracht. Um mit den Worten eines Teilnehmers zu schließen: «Für mich war das Seminar nicht nur eine Gelegenheit für Begegnungen mit anderen Menschen, sondern mir gab es tatsächlich neue Ideen mit auf den Weg, wie man z.B. Probleme anpacken kann.»

## Ein Planspiel deckt Schwachstellen auf

**Jerry O'Dwyer**

Dieser Beitrag hat ein doppeltes Ziel: erstens über Verlauf und Ergebnisse des im Rahmen des VI. Internationalen Seminars für Gesundheitserziehung durchgeführten Planspiels zu informieren und zweitens zu weiteren Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten solcher Planspiele Überlegungen anzustellen.

Zu Beginn empfiehlt es sich, noch einmal die zentralen Aussagen zu Gegenstand und Zielsetzung des Seminars in Erinnerung zu rufen:

- a) Es ist wichtig, die Umstände zu berücksichtigen, die auf eine nationale Politik oder strukturelle Faktoren zurückzuführen sind, und die den Gesundheitserziehungsprozeß fördern oder hemmen.
- b) Mit diesem VI. Internationalen Seminar, das die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranstaltet, sollen die strukturellen Hintergründe für gesundheitserzieherisches Handeln beleuchtet werden.
- c) Politische Maßnahmen in anderen Bereichen haben Auswirkungen auf die Gesundheitserziehung.
- d) Die Gesundheitserziehung ihrerseits beeinflußt die Planung und Entwicklung von Aktivitäten in anderen Bereichen.
- e) Die Erreichung der Ziele in der Gesundheitserziehung erfordert eine Kooperation auf «horizontaler» sowie auf «vertikaler» Ebene, d.h. a) Kooperation mit Personen aus verschiedenen Sektoren und b) Kooperation mit Personen, die auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen — auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene — tätig sind.
- f) In den Plänen zur Strategieentwicklung sollte das «Was» und «Wie» genau festgehalten werden: a) welche Gruppen und Organisationen sollten angesprochen werden; b) wie kann die Unterstützung der betroffenen Gruppen gewonnen

---

JERRY O'DWYER ist Personalchef im Gesundheitsministerium, Dublin, Irland.

*Anschrift:* Department of Health, Hawkins House, Dublin 2.

werden und c) in welcher Weise wird das Vorgehen durch Einstellungen der Regierungen, örtlichen Behörden, von Berufsgruppen und der Öffentlichkeit beeinflusst.

Über den außerordentlich guten Verlauf des Planspiels war man sich im allgemeinen einig. Was jedoch nicht bekannt war und jetzt gesagt werden kann, ist die Tatsache, daß das Planspiel zum ersten Mal durchgeführt wurde, daß es noch in keiner Sprache ausprobiert worden war, geschweige denn in so vielen Sprachen! Dieser Erfolg spricht zweifellos für die Planspielgestalter, für die Leitungsgruppe sowie für die Intelligenz und Anpassungsfähigkeit der Mitspieler.

### **Konsequenzen für die Strategieentwicklung**

Welche signifikanten Schlußfolgerungen können aus dem Spielverlauf und -ergebnis gezogen werden? Je nach Standpunkt und geistigem Hintergrund wird jeder Beteiligte seine eigenen Schlußfolgerungen ziehen und für sich den größtmöglichen Nutzen daraus ziehen. Im Hinblick auf Gegenstand und Zielsetzung des Seminars erscheint mir die Herausstellung folgender Punkte wichtig:

- *Von größter Bedeutung ist eine klare und durchdachte Rollen- und Kompetenzzuweisung an die zentralen Behörden für Gesundheitserziehung.* Die Verwirrung, die im Spiel zwischen den drei Behörden auftrat, war größtenteils auf Versäumnisse in diesem Bereich zurückzuführen.
- *Wer die Hauptverantwortung trägt, muß sich mit dieser Rolle auch identifizieren und entsprechend handeln.* Die Sozialbehörde hatte rechtlich fixierte Machtbefugnisse für den Bereich der Gesundheitserziehung, schien jedoch nicht bereit zu sein, diese Verantwortlichkeit anzunehmen und in entsprechendes Handeln zu übersetzen. Die Tatsache, daß eine bestimmte Behörde eine rechtliche Grundlage für ihre Mitverantwortung hat, darf nicht dazu führen, daß andere Stellen, die für Gesundheitserziehung «nur» *de facto* verantwortlich oder zuständig sind, von dieser Mitverantwortung ausgeschlossen oder aus ihr entlassen werden.
- *Zentrale Behörden neigen dazu zu re-agieren, anstatt selbst die Initiative zu ergreifen.* Die Gesundheitserziehung, eine noch junge Pflanze, braucht sorgfältige Pflege und muß wirkungsvoll und besonnen gefördert werden. Dies sollte bei der Personalrekrutierung für die zentralen Behörden der Gesundheitserziehung berücksichtigt werden.
- *Eine wirksame Zusammenarbeit zwischen den zentralen Behörden in Aufgabebereichen, die sie nur am Rande berühren oder die neu für sie sind, ist schwierig.* Der übliche Ansporn zur Kooperation fehlt in solchen Fällen. Die Gesundheitserzieher sollten über eine Lösung dieses Problems, das sich in ähnlicher Weise auch auf regionaler und kommunaler Ebene stellt, nachdenken.
- *Der Mangel an klar formulierten Strategien begünstigt ad hoc-Entscheidungen.* Jedes Problem wird pragmatisch als Einzelfall behandelt. Dadurch ist die Behörde von außen mannigfaltigem Druck ausgesetzt und hat keine einheitliche innere Linie.
- *Modellprojekte sollten im Rahmen klar formulierter Strategien durchgeführt und von Anfang an nach vorher festgelegten Kriterien evaluiert werden.* Entscheidungen über die Zukunft von Projekten und ihre Mitarbeiter sind meist nur deshalb so schwierig, weil es keine Evaluation gibt. Eine retrospektive Evaluation hat einen sehr begrenzten Wert und dient oft nur der Selbstrechtfertigung.

- *Entscheidungen über die Zukunft von Modellprojekten sollten vor Ablauf des Projekts getroffen werden.* Im Spiel gerieten alle unter Zeitdruck.
- *Nicht-staatliche Stellen, die schon sehr lange im Feld arbeiten, werden oft selbstgefällig und sind den aktuellen Anforderungen oft nicht mehr gewachsen.* Manche Drogenzentren sind dafür ein anschauliches Beispiel: wären sie regelmäßiger überprüft worden, entspräche ihre Arbeit wohl eher den tatsächlichen Bedürfnissen in diesem Bereich. Die zuständige Zentralbehörde, die solche Einrichtungen finanziert, muß hier mehr Verantwortungsbewußtsein zeigen.
- *Das auf lokaler Ebene erfolgreich arbeitende gesundheitserzieherische Personal genießt in diesem Bereich ein besonderes Ansehen, das es konstruktiv nutzen sollte.* Die dort Arbeitenden müssen sich bewußtmachen, daß sie am selben Strang ziehen wie ihre Zentralbehörde, für die sie arbeiten. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, daß die Zentralbehörde auf ein gutes Verhältnis zu ihren im Feld arbeitenden Mitarbeitern achtet.
- *Probleme sollten möglichst auf der untersten Ebene, auf der dies am wirksamsten geschehen kann, gelöst werden.* Vielleicht, so könnte argumentiert werden, kannten sich die Vertreter der zentralen Behörden in diesen Niederungen nicht so gut aus, was im Spiel zu vielerlei Problemen führte. Sie agierten außerhalb ihrer gewohnten Umgebung und standen auf zu hoher Ebene. Dies ist eine Interpretation, über die sich streiten läßt, die aber eine Überlegung wert ist.

### **Weitere Anwendungsmöglichkeiten des Planspiels**

Die Reaktionen auf das Planspiel scheinen sehr positiv zu sein, und es sind, so hoffe ich, nützliche Lehren auf vielen Ebenen daraus zu ziehen.

Das Spiel ist so aufgebaut, daß sich damit auch komplexere Probleme simulieren ließen, und geeignetes Material könnte bei Bedarf zweifellos von vielen Ländern in entsprechender Form geliefert werden. Das Spiel scheint beträchtliche Möglichkeiten der Adaptation zu bieten. So könnten zum Beispiel im Spielverlauf die Umstände verändert werden; Fernsehen und Presseinterviews können angefordert werden, man könnte eine kleine Gruppe von Eltern auftreten lassen, die sich Gehör verschaffen wollen und den Wert einiger Aktivitäten der Projektgruppe in Zweifel ziehen. Das Spiel ließe sich ohne weiteres auch für Fortbildungsseminare als Übungsmöglichkeit einsetzen.

Dieses Experiment wird hoffentlich eine Kettenreaktion auslösen, so daß das Spiel noch bei vielen anderen Gelegenheiten phantasievoll eingesetzt werden kann.

KAPITEL V

# **Teilnehmer**



*Bei der Eröffnung:*

*Antje Huber,  
Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit,  
mit Prof. Werner Wilkening,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*



*Von links nach rechts: Annette Kaplun (Berichterstatter) und A.C.L. Mackie (IUGE);  
Vera Massarelli-Boltho (Europarat) und Dr Pierre Recht (EG)*

*Dr. Marsden Wagner (WGO/EURO), mit Dr. Hans Stein und Dr. Ute Canaris, beide  
Bundesrepublik Deutschland*





*Von links nach rechts: Dr. Brian Lloyd (Vereinigtes Königreich), Jan Halm (Niederlande), Dr. Derek M. D. Lambert (Vereinigtes Königreich) und Dr. Michael Church (Vereinigtes Königreich)*



*Halina Osinska  
(Polen)*



*Dr. Evert Dekker  
(Niederlande)*

*Links: Dr. José Lopes Dias  
(Portugal)*

*Rechts: Dr. Harry D. Crawley  
(Irland)*



*Anthony Morris  
(Irland)*

*Hans A. Hüsgen  
Bundesrepublik Deutschland*



*Dr. Gilberte  
Reginster-Haneuse  
(Belgien)*

*Dr. Brigitte Svoboda  
(Österreich)*



*Dr. Michael Kunze  
(Österreich)*

*Dr. Bratislav Tomić  
(Jugoslawien)*



*Dr. George Gonda  
(Ungarn)*

**Weltgesundheitsorganisation (WGO)***Regionalbüro für Europa**8, Scherfigsvej  
DK-2100 Kopenhagen*Dr. MARSDEN WAGNER  
Regionalbeauftragter für Gesundheit  
von Mutter und Kind**Bundesministerium für Jugend,  
Familie und Gesundheit***Postfach 20 04 90  
D-5300 Bonn 2*ANTJE HUBER  
BundesministerDr. HANS STEIN  
Referent für Gesundheitspolitik**Kommission der Europäischen  
Gemeinschaften (KEG)***Bâtiment Jean Monnet  
Plateau du Kirchberg  
L-Luxemburg*Dr. PIERRE RECHT  
Direktor, Gesundheit und SicherheitGINA TREU  
Direktion Gesundheit und Sicherheit**Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)***Ostmerheimer Str. 200  
D-5000 Köln 91*Prof. WERNER WILKENING  
DirektorDr. UTE CANARIS  
AbteilungsleiterinROSMARIE ERBEN  
Referentin für Auslandsbeziehungen**Internationale Union für  
Gesundheitserziehung (IUGE)**A.C.L. MACKIE, Präsident  
*4, Warwick Drive  
GB-London SW 15*DANIEL SIGAUDÈS, Geschäftsführer  
*9, rue Newton  
F-75116 Paris*ANNETTE KAPLUN  
Herausgeberin des *IJGE*JOAN CAMBITSIS  
Mitarbeiterin des *Internationalen  
Journals für Gesundheitserziehung*  
*3, rue Viollier  
CH-1207 Genf***Belgien**Dr. DANIEL VAN DAELE  
Chefberater  
Ministerium für öffentliches  
Gesundheitswesen und Familie  
Cité Administrative, Esplanade 6  
20, rue Montagne de l'Oratoire  
*B-1010 Brüssel*Dr. LEA MAES  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Nationales Programm für  
Sozialwissenschaften  
Universitätskrankenhaus  
Pintelaan 135  
*B-9000 Gent***Europarat**VERA MASSARELLI—BOLTHO  
Abteilung für öffentliches  
Gesundheitswesen  
Postfach 431 R6  
*F-67006 Straßburg*Dr. GILBERTE REGINSTER—HANEUSE  
Institut für Hygiene und Sozialmedizin  
Universität Lüttich  
Place Delcour, 16  
*B-4020 Lüttich*

## Bundesrepublik Deutschland

Dr. HANS BERNER  
Referent für Gesundheitserziehung  
Hessisches Sozialministerium  
Dostojewskistr. 4  
D-6200 Wiesbaden

WILFRIED BOLLES  
Planungsreferent  
Senator für Gesundheit und  
Umweltschutz  
Bahnhofsplatz 28 — Tivoli-Hochhaus  
D-2800 Bremen

HEINZ B.C. BRAUER  
Sozialtherapeut und Pädagoge  
Cosimastr. 4  
D-5276 Wiehl 1

KLAUS EICKMAN  
Dipl.-Psychologe, Leiter des  
Gesundheitszentrums der AOK  
Friedhofstr. 8  
D-4018 Langenfeld

THOMAS HÄRTEL  
Referent für Gesundheitserziehung  
Senator für Gesundheit und  
Umweltschutz  
An der Urania 12-14  
D-1000 Berlin 30

HANS-A. HÜSGEN  
Ministerialrat  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales in Nordrhein-Westfalen  
Horionplatz 1  
D-4000 Düsseldorf

PETER SABO  
Geschäftsführer  
Landeszentrale für  
Gesundheitserziehung  
Rheinland-Pfalz e.V.  
Karmeliterplatz 3  
D-6500 Mainz

Dr. CRISTEL SCHULTZE—RHONHOF  
Geschäftsführerin  
Landeszentrale für  
Gesundheitsförderung  
Baden-Württemberg e.V.  
Königstraße 2  
D-7000 Stuttgart-70

## Deutsche Demokratische Republik

Dr. WERNER SCHMIDT  
Generaldirektor  
Deutsches Hygiene-Museum in der DDR  
Lingnerplatz 1  
DDR-8012 Dresden

## Dänemark

SORENS THORNING  
Geschäftsführer des dänischen Komitees  
für Prävention  
Innenministerium  
Christiansborg Slotsplads 1  
DK-1218 Kopenhagen K

## Finnland

Dr. HARRI VERTIO  
Leiter der Abteilung für  
Gesundheitserziehung  
Nationales für Gesundheit  
Postfach 223  
SF-00531 Helsinki 53

## Frankreich

FRANÇOISE BUHL  
Generaldelegierte, Französisches  
Komitee für Gesundheitserziehung  
9, rue Newton  
F-75116 Paris

Dr. FRANÇOISE VARET  
Leiterin Abteilung für Epidemiologie,  
Prävention und Gesundheitserziehung  
Gesundheitsministerium  
30, rue d'Estrées  
F-75700 Paris

## Griechenland

HELEN DIMOU  
Beraterin für Gesundheitserziehung im  
Sozialministerium  
17, Aristotoulous Street  
GR-Athen 617

## **Irland**

Dr. HENRY D. CRAWLEY  
Direktor Health Education Bureau  
34, Upper Mount Street  
*IRL-Dublin 2*

JERY O'DWYER  
Welfare Division, Dpt of Health  
Hawkins House  
*IRL-Dublin 2*

ANTHONY MORRIS  
Leiter der Abteilung Verwaltung und  
Finanzen, Health Education Bureau  
34, Upper Mount Street  
*IRL-Dublin 2*

## **Italien**

Prof. LAMBERTO BRIZIARELLI  
Hygiene-Institut, Universität Perugia  
Via del Giochetto, Piazzale Ruata  
*I-06100 Perugia*

Prof. LUIGI GIANNICO  
Generaldirektor für öffentliches  
Gesundheitswesen  
Gesundheitsministerium  
*I-00100 Rom*

## **Jugoslawien**

Dr. BRATISLAV TOMIĆ  
Direktor  
Institut für Gesundheitserziehung  
24, Skerlićeva Str.  
*YU-Belgrad*

## **Niederlande**

Dr. EVERT DEKKER  
Leiter der Abteilung für seelische  
Gesundheit  
Ministerium für Gesundheit und  
Umweltschutz  
Doktor Reijersstraat 12  
*NL-2260 AK Leidschendam*

JAN M. HALM  
Leiter der Abteilung für  
Gesundheitserziehung, Ministerium  
für Gesundheit und Umweltschutz  
Doktor Reijersstraat 12  
*NL-2260 AK Leidschendam*

DINANT HASLINGHUIS  
Direktor der Abteilung für allgemeine  
Gesundheitsvorsorge, Ministerium  
für Gesundheit und Umweltschutz  
Doktor Reijersstraat 12  
*NL-2260 AK Leidschendam*

Drs. C. NELLEKE M. KRUG  
Regionalberaterin für  
Gesundheitserziehung  
Spaarne 86  
*NL-2011 CL Haarlem*

## **Österreich**

Prof. Dr. MICHAEL KUNZE  
Berater des Ministers für Gesundheit  
und Umweltschutz  
Hygiene-Institut der Universität Wien  
Kinderspitalgasse 15  
*A-1095 Wien*

Dr. BRIGITTE SVOBODA  
Verantwortlich für Gesundheits-  
erziehung in der Abteilung II/6  
Bundesministerium für Gesundheit  
und Umweltschutz  
Stubenring 1  
*A-1010 Wien*

## **Portugal**

Prof. JOSÉ LOPES DIAS  
Generaldirektor für Gesundheitswesen  
Ministerium für Soziales  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
*P-Lissabon 1*

Dr. MANUELA SANTOS-PARDAL  
Leiterin der Abteilung für  
Gesundheitserziehung  
Ministerium für Soziales  
Generaldirektorat für Gesundheit  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
*P-Lissabon 1*

## **Polen**

HALINA OSINSKA  
Leiterin der Abteilung für  
Gesundheitserziehung, Ministerium  
für Gesundheit und Soziales  
Miodowa 15  
*PL-00-923 Warschau 55*

## Schweden

Dr. ANDERS BOLIN  
Soziologe, Hälsovårdsenheten KSS  
S-54 185 Skövde

## Schweiz

HANS-JÖRG RYSER  
Beauftragter für Suchtfragen der  
kantonalen Fürsorgedirektion Bern  
Herrengasse 22  
CH-3011 Bern

## Türkei

Dr. PETER HUFSCHEIDT  
Projektleiter GTZ  
Schule f. öffentliches Gesundheitswesen  
Gesundheitsministerium  
Camal Gürsel Caddesi Nr. 18  
T-Ankara

HÜSEYİN T. SEVİL  
Direktor CMET  
Schule für öffentliches  
Gesundheitswesen  
Gesundheitsministerium  
Camal Gürsel Caddesi Nr. 18  
T-Ankara

## Ungarn

Dr. GEORGE GONDA  
Direktor, Nationales Institut  
für Gesundheitserziehung  
Ministerium für öffentliches  
Gesundheitswesen  
Népköztársaság útja 82  
H-Budapest VI

## Vereinigtes Königreich

Dr. BRIAN B. LLOYD  
Vorsitzender  
Health Education Council  
78, New Oxford Street  
GB-London WC 1A 1AH

Dr. DEREK M.D. LAMBERT  
Leitender Amtsarzt, Department  
of Health and Social Security  
Alexander Fleming House  
Elephant & Castle  
GB-London SE1 6BY

Dr. MICHAEL CHURCH  
Medizinischer Berater  
Scottish Health Education Group  
Health Education Centre  
Woodburn House, Canaan Lane  
GB Edinburgh EH10 4SG

## Leiter der Planspielgruppe

Dr. MONIKA BONK—LUETKENS  
Nettelburger Str. 23  
D-2050 Hamburg

RAINER VAGT  
Siemssenstraße 5  
D-2000 Hamburg 20

GOTTFRIED WEBER  
Studienleiter IKOL  
Institut für kooperatives Lernen e.V.  
D-8153 Großpienzenu 27

## Beratergruppe für die Planung

Dr. ROBERT ANDERSON (WGO)  
Mrs FRANÇOISE BUHL (Frankreich)  
Dr UTE CANARIS (BZgA)  
Dr EVERT DEKKER (Niederlande)  
Dr HANS ERISKAT (KEG)  
Mrs ROSMARIE ERBEN (BZgA)  
Dr KARL-HANS ETER (Bundesrepublik  
Deutschland)  
Mr JAN HALM (Niederlande)  
Mr HANS A. HÜSGEN (Bundesrepublik  
Deutschland)  
Dr ANDRÉ JOLIVET (KEG)  
Mrs ANNETTE KAPLUN (IUGE)  
Dr HANS STEIN (Bundesrepublik  
Deutschland)  
Mrs BARBARA WESTHOFF  
(Bundesrepublik Deutschland)  
Prof. WERNER WILKENING (BZgA)