

Literaturzusammenstellung

zum Thema:

Wie groß ist der Einfluß der Sozialisationsinstanz "Familie" auf das gesundheitsbezogene Wissen der Kinder ? Welche Faktoren bestimmen den Grad des Einflusses ?

im Auftrag der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ARCHIVNEHEPLAR

Reg.-Nr.: 2.1.2-2.1.4

Dipl. Soz. Doris Germann  
68 Mannheim - 51  
Walter-Flex-Strasse 25

2.1.2 - 2.1.4  
1 Zusammen

## Inhaltsverzeichnis

1.	<u>Einleitung</u>	S. 1
2.	Familie und Sozialisation	S. 2
3.	Definition von Sozialisation	S. 2
4.	<u>Theoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung</u>	S. 4
4.1	Der psychoanalytische Beitrag	S. 4
4.1.1	Der Ansatz von S.Freud	S. 4
4.1.1	Der Freudsche Sozialisationsansatz und die Erziehung zu einer gesunden Persönlichkeit	S. 7
4.2	Der Beitrag der Entwicklungspsychologie	S. 8
4.2.1	Der Sozialisationsansatz von J.Piaget	S. 8
4.2.2	Die kognitive Entwicklung nach Bruner	S. 10
4.2.3	Pädagogische Konsequenzen für die Vermittlung von Wissen	S. 11
4.3	Der lerntheoretische Beitrag	S. 12
4.3.1	Elementare Formen des Lernens	S. 12
4.3.2	Das Lernen durch Imitation und Identifikation	S. 13
4.4	Interaktionismus und Rollentheorie	S. 16
4.4.1	Der symbolische Interaktionismus von G.H.Mead	S. 17
4.4.2	Die Rollentheorie von T.Parsons	S. 17
4.4.3	Kritik am herkömmlichen Rollenansatz	S. 19
5.	<u>Die Sozialisationsinstanz Familie</u>	S. 21
5.1	Der wissenschaftliche Stand der Familienforschung	S. 21
5.2	Definition von Familie	S. 21
5.3	Die Familienstruktur	S. 22
5.4	Konfliktpotential der Familie	S. 23
5.5	Der Einfluß von Faktoren der Familienkonstellation	S. 23
5.5.1	Die Familiengröße	S. 23
5.5.2	Stellung in der Geschwisterreihe und Geschwisterzahl	S. 24

5.5.3	Unvollständigkeit der Familie	S. 24
5.5.4	Krankheit in der Familie	S. 25
5.5.5	Beziehungen der Eltern untereinander	S. 26
5.6	Mögliche Auswirkungen auf die Vermittlung von Gesundheitswissen	S. 26
6.	<u>Das Problem schichtspezifischer Sozialisation</u>	S. 27
6.1	Soziale Schichten	S. 27
6.1.1	Bestimmungskriterien sozialer Schicht	S. 27
6.1.2	Mittelschicht vs Unterschicht	S. 28
6.2	Verschiedene Aspekte schichtspezifischer Sozialisation	S. 29
6.2.1	Aspekte schichtspezifischer Familienstruktur	S. 29
6.2.1.1	Die Situation am Arbeitsplatz	S. 29
6.2.1.2	Die Freizeitgewohnheiten	S. 30
6.2.1.3	Die Wohnsituation	S. 30
6.2.1.4	Die Sozialbeziehungen	S. 31
6.2.1.5	Konsequenzen für die Vermittlung von Gesundheitswissen	S. 31
6.2.2	Aspekte schichtspezifischer Erziehungstechniken	S. 34
6.2.2.1	Entwicklungslinien in den Erziehungstechniken	S. 34
6.2.2.2	Erziehungstechniken in den USA und der BRD	S. 34
6.2.2.3	Erziehungstechniken und -haltungen	S. 35
6.2.2.4	Konsequenzen für die Vermittlung von Gesundheitswissen	S. 38
6.2.3	Aspekte sprachlicher Entwicklung	S. 39
7.	<u>Das gesundheitsbezogene Wissen</u>	S. 41
7.1	Definition von Wissen	S. 41
7.2	Definition von Gesundheitswissen	S. 44
7.3	Verschiedene Aspekte des Gesundheitswissens	S. 45
7.3.1	Wissen über Prophylaxe	S. 46
7.3.2	Wissen über Krankheitsformen und ihre Ursachen	S. 46
7.3.3	Wissen über Heilmethoden	S. 46

7.3.4	Wissen über Gesundheitswesen	S. 46
7.4	Der Einfluß der Familie auf das gesundheitsbezogene Wissen der Kinder	S. 47
7.4.1	Theoretische Darstellung	S. 47
7.4.2	Schematische Darstellung	S. 48
7.4.3	Empirische Materialien	S. 49
8.	Schlußfolgerungen	S. 54
9.	Literatur	S. 56
10.	Anhang	S. 67 - 104

## 1. Einleitung

Es handelt sich hier um eine Literaturzusammenstellung zu der Frage "Wie groß ist der Einfluß der Sozialisationsinstanz 'Familie' auf das gesundheitsbezogene Wissen der Kinder?" Der Sozialisationsprozeß steht also im Mittelpunkt dieser Abhandlung, die sich vor allem mit dem Problem des Vermittlungsprozesses von gesundheitsbezogenem Wissen innerhalb der Familie beschäftigt und sich daher vorwiegend auf Darstellung der primären Sozialisation beschränkt.

Die Sozialisationsforschung umfaßt die Erklärungsversuche verschiedener Wissenschaftszweige wie Anthropologie, Psychologie, Sozialpsychologie, Erziehungswissenschaften und Soziologie. Das Problem, wie sich ein Mensch an die in der Gesellschaft oder in der Gruppe vorherrschenden Werte, Normen, Verhaltensweisen und Erwartungen anpaßt und sie internalisiert, wird also von den einzelnen Wissenschaftszweigen unter diversen Aspekten untersucht. Es kann also nicht von der Sozialisationsforschung gesprochen werden, da wir es mit verschiedenen Ansätzen zu tun haben.

Im folgenden sollen einige Ansätze zu dem Bereich der Sozialisation aufgeführt werden. Vor allem geht es hier um die schichtspezifische Sozialisation unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes der Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen. Weiter ist darauf hinzuweisen, daß sich die Sozialisationsforschung bisher weit mehr mit dem Vermittlungsprozeß von Normen, Werten und Einstellungen beschäftigt hat als mit der Vermittlung von Kognitionen und Inhalten. (Festinger 1950, 1954; Crutchfield 1955; Thibaut/Kelly 1959, Bandura 1962, Sears 1957). Piaget beschäftigt sich sehr intensiv mit dem Prozeß der kognitiven Entwicklung. Diese Untersuchungen beziehen sich jedoch auf Denkopoperationen ohne nähere Berücksichtigung der in diesen Operationen vermittelten Inhalte.

## 2. Familie und Sozialisation

Im Verlauf seiner Entwicklung erwirbt das Kind notwendige Fähigkeiten, Einstellungen, Werte und Erwartungen und das Wissen über seine psychische und soziale Umwelt. Überträger dieser Fähigkeiten sind die Sozialisationsagenten (Eltern, Geschwister, Lehrer, Kameraden, etc.), jene Personen, mit denen der Heranwachsende entscheidend interagiert. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei dem Sozialisationsprozeß in der Familie zu. Hier erwirbt das Kind die Grundqualifikationen eines handlungsfähigen Subjektes auf beiden Ebenen: der kognitiven wie der motivationalen Ebene. Die Relevanz dieser primären Sozialisation für die Persönlichkeitsstruktur des Erwachsenen resultiert aus der Tatsache, daß während dieser frühen Formierungsphase aufgenommene Erfahrungen langfristige prägende Wirkungen zeigen. So hat Freud die Bedeutung der infantilen Entwicklung der Sexualität für die gesamte Motivationsstruktur erkannt. Bloom (1964) stellt fest, daß in der Periode von der Geburt bis zum Abschluß der Adoleszenz die Stabilität von Merkmalen auf motivationaler Ebene größer ist als die von kognitiven Merkmalen (Intelligenz, Fertigkeiten, Schulleistungen).

Bevor wir uns eingehender mit dem Sozialisationsprozeß in der Familie und den Aspekten der schichtspezifischen Sozialisation beschäftigen, sollen hier zunächst verschiedene Sozialisationsansätze dargelegt werden.

## 3. Definition von Sozialisation

"We are using the term 'socialization' to refer to child-directed maternal behaviour (and the behaviour of other agents) whether it is intended to train the child towards social norms or not." (Maccoby and Masters 1970, p. 132)

Vascovics (1967, S. 117) bezeichnet die Sozialisation als die "komplexen Prozesse des Hineinwachsens jeder neuen Generation in die spezifische Kultur, in die äußere Lebensform ihrer Gesellschaft oder bestimmter Gruppen, aber auch in die Vorstellungen, Einstellungen und Gefühlsproportionen der umliegenden Primär- und Sekundärgruppen, zu welchen als Variablenkomplex noch zahlreiche spezifische Wahrnehmungs- und Denkvorgänge zählen."

Sozialisation ist der "Vorgang, durch den das Kind nach und nach in das Repertoire an Rollen eingeführt wird, die man als erwachsenes Mitglied seiner sozialen Gruppe beherrschen muß." (Krapppmann 1971, S. 161)

"In its usual sense, socialization is the acquisition of behaviour congruent with group norms and values." (Hess 1970, p. 458)

"Socialization refers to the adaption and internalization by individuals of values, beliefs and ways of perceiving the world that are shared by a group." (Jones/Gerard 1967, p. 76)

Diese Vielzahl von Sozialisationsdefinitionen resultiert aus dem Versuch, Sozialisation mit Hilfe einer bestimmten Anzahl von Verhaltensphänomenen zu definieren, so daß Sozialisation entweder z. B. als "child-directed maternal behaviour" (Maccoby, Masters 1970, p. 132) oder als "the acquisition of behaviour congruent with norms" (Hess 1970, p. 458) bezeichnet wird. In Anbetracht der Tatsache, daß Verhaltensphänomene, die in enger Beziehung zu dem Kontakt mit anderen stehen, sehr vielschichtig sind, scheint es ungenügend, Sozialisation nur mit Hilfe eines Sets solcher Verhaltensphänomene zu definieren. So postuliert Kelvin (1971, p. 212) "to define it in terms of its function for the individual." und definiert die Funktion der Sozialisation: "in its broadest and most widely accepted sense, the function of socialization is to enable the individual to 'fit into' and form adequate relationships with other members of his group or culture."

Sozialisation bezeichnet also einen sehr komplexen Vorgang der Interaktion zwischen Individuum und sozialem System, aus dem sich ein Muster von Verhaltensdispositionen des Individuums entwickelt. Wie komplex dieser Vorgang ist, spiegelt sich in der Vielzahl von Sozialisationsdefinitionen und -ansätzen. So kann mit B. Caesar (1972, S. 135) gesagt werden: "Der Begriff Sozialisation dient eher zur Umgrenzung eines allgemeinen Interessensgebietes als zur Bezeichnung eines scharf umreißbaren Prozesses. Ganz allgemein wird er als Sammelkategorie für alle jene Prozesse verwendet, durch die der menschliche Organismus, der als eine bei seiner Geburt mehr oder weniger plastische, modifizierbare Struktur konzipiert wird, in soziale Interaktionsbeziehungen eingliedert wird und seine Identität als sozial handlungsfähige Person entwickelt."

Nachdem auf den Begriff der Sozialisation eingegangen wurde, sollen nun verschiedene Sozialisationsansätze dargelegt werden.

#### 4. Theoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung

##### 4.1. Der psychoanalytische Beitrag

##### 4.1.1 Darstellung des psychoanalytischen Ansatzes von Freud

Der psychoanalytische Beitrag zur Sozialisationsforschung ist im wesentlichen deskriptiv, da es bislang noch nicht genügend empirisch abgesicherte psychoanalytisch orientierte Studien über den Sozialisationsvorgang gibt.

Bei Freud besteht die Persönlichkeit des Individuums aus drei Hauptsystemen, dem Es, dem Ich und dem Überich, die miteinander in dynamischer Wechselwirkung stehen und das Verhalten des Individuums bestimmen.

Das Es ist das ursprüngliche System, aus dem sich allmählich das Ich und Überich entwickeln. Es beinhaltet die unbewußten Triebe und Instinkte, die den Organismus antreiben (Lebenstriebe, Todestriebe).



Das Ich entwickelt sich aus dem Es durch die ständig erforderliche Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Realität der Außenwelt. Das Ich hat Kontrollfunktion. Es ist ein System kognitiver Prozesse (Wahrnehmung, Denken, Planen, Entscheiden).

Das Überich entwickelt sich aus den von der Gesellschaft geforderten Tabus derjenigen Grundimpulse (besonders Aggressivität und Sexualität), die von ihr als gefährlich angesehen werden. Das Überich wird zum sozialen Gewissen und übt eine automatische und unbewusste Kontrolle der Es-Impulse aus.

Der kontinuierliche Sozialisationsprozeß weist bei Freud drei prägenitale Entwicklungsstadien (die primäre Sozialisation) auf, denen sich zwei weitere Phasen anschließen, die Latenzphase und Adoleszenzphase (die sekundäre Sozialisation). Von besonderer Bedeutung für die spätere Entwicklung der Persönlichkeit ist die primäre Sozialisation, die in den ersten fünf Lebensjahren stattfindet.

#### Die orale Phase 1. Lebensjahr

Es entwickeln sich die ersten engen emotionalen Bindungen zwischen dem Kind und der Mutter (oder einer entsprechenden Bezugsperson). Der erste Lustgewinn wird durch Befriedigung des Hungers erreicht. Ist diese Befriedigung auf Dauer unzureichend oder mit Unsicherheit und Angst verbunden, kann dies bei der erwachsenen Persönlichkeit zu der Entwicklung des sogenannten oralen Charakters führen (d. h. zu Abhängigkeit, Passivität, Unersättlichkeit, exzessive orale Neigungen). Spitz (1957) weist darauf hin, daß sowohl ein zeitweiliger wie dauernder Entzug einer festen Bezugsperson bei dem Kind zu Sozialisationschäden (Hospitalismusschäden) führen kann.

#### Die anale Phase 2. und 3. Lebensjahr

Der Bezugsrahmen des Kindes erweitert sich über die Bezugsperson Mutter hinaus auf die Familie. Dem Kind gegenüber werden jetzt vor allem Forderungen hinsichtlich der Sauberkeitserziehung erhoben (Kontrolle der Ausscheidungsorgane). Diese Forderungen werden durch positive und negative Sanktionen verstärkt, Extreme Anforderungen

an das Kind oder übertriebene Belohnungen (übermäßiges Loben bei erfolgreicher Sauberkeit, übermäßige Bestrafung bei nicht erreichter Sauberkeit) können zu einem Rückzug in die orale Phase oder zu ihrer dauerhaften Fixierung führen.

### Die phallische Phase 3. bis 5. Lebensjahr

Das kindliche Interesse wendet sich den Geschlechtsorganen und den mit ihrer Manipulation verbundenen Lustgefühlen zu. In dieser Phase tritt der sogenannte Ödipuskomplex auf (man unterscheidet bei Jungen den männlichen Ödipuskomplex und bei Mädchen den weiblichen Ödipus- oder Elektrakomplex). Der Junge richtet seine erotischen Gefühle und Wünsche auf die Mutter, das Mädchen auf den Vater. Dieses Verhalten führt beim Jungen zu einer ambivalenten Beziehung zum Vater: einerseits Zuneigung, andererseits Eifersucht und Abneigung.

Das Mädchen entwickelt ähnliche Gefühle gegenüber seiner Mutter. Das abweisende Verhalten der Eltern führt, gleichzeitig mit der Entdeckung des physischen Unterschiedes zwischen Jungen und Mädchen, beim Jungen zu Kastrationsangst, beim Mädchen zu Penisneid und Unsicherheit. Ein Ausweg besteht für das Kind in der Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, dessen Verhaltensdispositionen übernommen werden. So entwickelt sich beim Jungen die Identifikation mit der männlichen Geschlechtsrolle, beim Mädchen die Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle. Es beginnt die Entwicklung des Überichs.

Nach der Übernahme der Geschlechtsrolle und der Entwicklung des Überichs ist die primäre Sozialisation abgeschlossen. Die sekundäre Sozialisation beginnt mit Schuleintritt. Der Kreis der Bezugspersonen erweitert sich über den Kreis der Familie hinaus. Die nun eintretende Latenzphase ist durch den Untergang der ödipalen Konstellation und eine Erweiterung des Überichs und somit der Errichtung einer kulturellen Sexualmoral gekennzeichnet. Die Adoleszenzphase erweitert und verstärkt diese Vorgänge.

Es soll hier nicht näher auf die einzelnen Aspekte der Freudschen Theorie eingegangen werden. In diesem Rahmen soll nur kurz auf nachfolgende jüngere Theorien hingewiesen werden: Adler 1930, Fromm 1945, Sullivan 1953, Murray 1938, Allport 1959, Reich 1925, Sears 1957 und Marcuse 1965. Ausführliche Darstellungen des Identifikationsprozesses geben u. a. Bandura 1969, Sears, Rau und Alpert 1966.

#### 4.1.2 Der Freudsche Sozialisationsansatz und die Erziehung zu einer gesunden Persönlichkeit

Geht man vom Freudschen Sozialisationsansatz aus, so zeigt sich die Relevanz der Erziehungsstile in den ersten 5 Lebensjahren des Kindes. Nichtbeachtung oder negative Sanktionierung kindlicher Bedürfnisse und Verhaltensweisen können zu schweren psychischen Störungen in der Persönlichkeitsstruktur des Erwachsenen führen. Eine effektive Vorbeugung solcher psychischer Krankheiten setzt das Wissen um die Zusammenhänge kindlicher Entwicklungsstufen und deren spezifische Bedürfnisse, ebenso wie eine Umsetzung dieser Daten in eine adäquate Erziehungspraktik voraus.

Wie sehen die Erziehungspraktiken in realiter aus? Breiteneicher et al 1971 unterscheiden zwei Arten von Zwangsmaßnahmen, mit deren Hilfe das Kind erzogen wird: (1) die ältere Erziehungsmethodik: Direkter Zwang zur Durchsetzung der Erziehungsziele (Schläge, Wegnehmen von Gegenständen, Essensentzug, Lächerlichmachen, Liebesentzug), (2) die jüngere Erziehungsmethodik: Unausgesprochene Vorwürfe, deutliches Zeigen von Ekelgefühl, Verlagerung des Liebesentzuges auf eine quasi ästhetische Ebene.

Erziehungsmethoden, konstatiert Breiteneicher, hängen eng mit dem sozialen Status der jeweiligen Familie zusammen. In der Alltagspraxis der bürgerlichen Erziehung treten die beiden Erziehungsmethoden (1) und (2) nebeneinander auf. Die reformierte bürgerliche Erziehung

versucht ebenfalls die kindlichen Widerstände mit direkten Zwangsmitteln zu brechen, jedoch ändert sich das Lob-Straf-System in Richtung auf eine zunehmende Verstärkung mittels positiver Sanktionen. Breiteneicher et al postulieren einen Erziehungsprozeß, der in höherem Maß die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt. "Dagegen wird bei Versuchen, das kindliche Spiel mit Kot und Urin zu ersetzen durch ein Angebot von Sand, Wasser und Fingerfarben, dem Kind die soziale Wertung der Reinlichkeit ohne direkten Zwang beigebracht. Das Kind kann lernen zu sublimieren, kann Reinlichkeit als freiwillige Organisation begreifen." (Breiteneicher et al 1971, S. 10) Allerdings muß Breiteneicher zugestehen, daß eine solche Methode auf Grund des notwendigen Zeit- und Geldaufwandes "nur privilegierten Eltern zugänglich" ist.

#### 4.2 Der Beitrag der Entwicklungspsychologie (Piaget)

Viele Entwicklungspsychologen haben versucht die Entwicklung der intellektuellen Fähigkeiten darzustellen. Die größte Anzahl von ihnen stimmt darin überein, daß die kognitive Entwicklung in stufenförmigen Phasen vor sich geht. D. h. nicht, daß erst ein bestimmtes Alter erreicht werden müsse, sondern: bestimmte Fähigkeiten müssen bereits entwickelt worden sein, um weitere Fähigkeiten erlernen zu können. Diese Phasentheorie wurde vor allem von den Beobachtungen und theoretischen Ausführungen J. Piagets beeinflusst. (Piaget 1954, 1965; eine gute Zusammenfassung gibt Flavell 1963)

##### 4.2.1 Der Sozialisationsansatz von J. Piaget

Zur Erfassung der Denkprozesse und Intelligenzstrukturen benutzt Piaget die Sprache der Logik. Die geistige Entwicklung besteht für Piaget in der progressiven Konstruktion von logischen Strukturen, die sich im Verlauf der Zeit zu immer systematischeren und beweglicheren Systemen konstituieren. Kognitionen sind dabei für Piaget immer Handlungen (Operationen). Die geistige Entwicklung stellt einen Prozeß zunehmender Internalisierung der jeweiligen Operationen dar.

Innerhalb der kognitiven Entwicklung kann man die folgenden drei Stadien unterscheiden:

Das Stadium der sensomotorischen Operationen (0-2 Jahre)

Während dieser Zeit entwickelt das Kind Koordinationsfähigkeit von Bewegungen der Hand und des Auges. Es entwickelt einen Objektbegriff, der allmählich unabhängig vom Objekt wird. (Das Kind lernt den Gegenstand als solchen zu bezeichnen, gleichgültig aus welcher Sicht der Gegenstand gezeigt wird.) Es lernt die Objektbezeichnung auch dann zu verwenden, wenn das Objekt nicht unmittelbar zu sehen ist. Das sensomotorische Stadium wird also gekennzeichnet durch Wahrnehmungen und organisierte Handlungen, die einander zugeordnet werden.

Das Stadium der konkreten Operationen (2-11 Jahre)

Hier wird die Sprache erworben. Durch Erwerb der Sprache wird die Kommunikation ermöglicht. Die äußere Welt besteht nicht mehr allein aus Objekten sondern in zunehmendem Maße aus Subjekten. Der erste Teil dieser Phase (2-5 Jahre) wird als "vorbegriffliche" (preconceptual) Phase bezeichnet: obwohl das Kind in der Lage ist zu begreifen, daß bestimmte Objekte, Bilder und Zeichen andere Objekte darstellen können, sind seine Abstraktions- und Kombinationsfähigkeiten noch sehr primitiv. In der folgenden Phase des "intuitiven Denkens" (intuitiv thought) beginnt das Kind nicht mehr wie bisher laut mit sich selbst zu reden, sondern verlegt diesen Sprechvorgang in "covert speech" d. h. es spricht leise mit sich selbst. Die Fähigkeit, Gegenstände gemäß ihren Eigenschaften zu klassifizieren, nimmt zu, aber das Kind ist noch nicht in der Lage, die kombinierten Auswirkungen verschiedener Eigenschaftsdimensionen zu sehen: Bis zum Alter von 7 oder 8 Jahren hat das Kind Schwierigkeiten, das Volumen, die Höhe oder das Gewicht von Gegenständen richtig zu beurteilen (so wird z. B. von zwei mit derselben Wassermenge gefüllten jedoch unterschiedlich breiten Gläsern immer dasjenige als mit

mehr Wasser gefüllte Glas bezeichnet, das schmaler ist und dessen Wasserspiegel daher höher ist.) Das Kind ist noch nicht in der Lage mögliche Situationen zu bewältigen, die nicht unmittelbar vor ihm liegen oder mit denen es noch keine Erfahrungen gesammelt hat.

Das Stadium der formalen Operationen (ab 11 Jahren)

Das Kind lernt Hypothesen aufzustellen und Schlußfolgerungen zu ziehen, ohne auf die Hilfe anschaulicher Objekte angewiesen zu sein. Es lernt beim Problemlösen unterschiedliche Regeln zu kombinieren. Eine der wichtigsten Fähigkeiten ist die der Reflexion über die eigenen Gedanken. Auf Grund dieser kognitiven Entwicklung ist nun der Heranwachsende in der Lage mit seiner Umwelt zu kommunizieren, was ihm die Übernahme, Erhaltung und möglicherweise Abwandlung der kulturellen Werte, Normen und Erwartungen ermöglicht.

#### 4.2.2 Die kognitive Entwicklung nach J. S. Bruner

Während Piaget die kognitive Entwicklung fast nur als eine Sache der Reifung ansieht, die durch einen Prozeß der Internalisierung logischer Formen stattfindet, konzipiert Bruner die kognitive Entwicklung mehr in Ausdrücken der Internalisierung von Technologien der Kultur. Die Sprache wird dabei als effektivste Technologie angesehen, die zur Verfügung steht. Bruner legt daher auch die Betonung mehr auf die Unterschiede in den Arten, in denen die Welt repräsentiert werden kann und unterscheidet:

##### Enaktive Repräsentation

Die Dinge werden durch Handlungen definiert, die man an ihnen ausführt ("ein Loch ist etwas zum Graben"). Es besteht bei dieser Art Repräsentation keine klare Trennung zwischen Wahrnehmungsinhalt und Reaktion.

##### Ikonische Repräsentation

Darunter versteht Bruner die Repräsentation durch Bilder (images). Da die Wahrnehmung die Grundlage der Repräsentation bildet, wirken sich auch die verschiedenen

Eigenschaften auf die Repräsentation aus, z. B. Egozentrik oder leichte Ablenkbarkeit etc.

#### Symbolische Repräsentation

Es wird darunter die Repräsentation durch ein symbolisches System (meist Sprache) verstanden. Symbolische Systeme sind charakteristisch für den Menschen. Minimale Eigenschaften eines solchen Systems sind u. a. Kategorialität, Hierarchie, Kausation und Modifikation. Anders als Piaget, in dessen Konzept die kognitive Entwicklung in mehr oder weniger festgelegten Phasen verläuft, betont Bruner die Relevanz der Repräsentation, d. h. es kommt darauf an, den zu vermittelnden Stoff dem Alter des Kindes entsprechend darzulegen. Also: Jeder Stoff kann jedem Kind in jedem Stadium der Entwicklung in intellektuell redlicher Weise vermittelt werden. Die kognitive Entwicklung ergibt sich nach dieser Auffassung aus Widersprüchen zwischen den einzelnen Repräsentationssystemen. (Als Beispiel soll hier wieder auf die zwei mit derselben Wassermenge gefüllten, jedoch unterschiedlich breiten Gläser hingewiesen werden. Nach Piaget kann das Kind in einem bestimmten Alter die Invarianz der Menge noch nicht begreifen. Bruner hingegen ist der Ansicht, daß, geschieht die Repräsentation dieser Aufgabe auf verschiedene Weisen, z. B. mit Hilfe der enaktiven, der ikonischen und der symbolischen Repräsentation, das Kind in der Lage ist, auf Grund der perzipierten Widersprüche die richtige Lösung zu finden. Diese Theorie widerspricht nicht Piagets Auffassung, sie umfaßt und erweitert sie allerdings.

#### 4.2.3 Pädagogische Konsequenzen für die Vermittlung von Wissen

Gehen wir davon aus, daß das zu vermittelnde Wissen jedem Kind in jedem Stadium der Entwicklung entsprechend vermittelt werden kann, so zeigt sich die große Bedeutung des Vermittlungsprozesses. Die Effektivität der Wissensvermittlung richtet sich nach der Art des

Vermittlungsprozesses. In Bezug auf das in dieser Untersuchung gestellte Problem zerfällt die Aufgabe der Eltern als primäre Sozialisations-agenten in drei didaktische Teilaufgaben: (1) die fruchtbare und lebendige Problemstellung, (2) die Anleitung zur Auswahl der geeigneten Lösungselemente aus dem Reservoir der bisherigen Kenntnisse und (3) die Hilfe im eigentlichen Aufbauprozeß. Die Konsolidierung des vermittelten Wissens geschieht durch Üben und Wiederholen. Hier kommt die Lernpsychologie in die Entwicklungspsychologie herein.

#### 4.3 Der lerntheoretische Beitrag

Als Lernen werden die Veränderungen in der Wahrscheinlichkeit bezeichnet, mit der Verhaltensweisen in bestimmten Reizsituationen auftreten. Ausgehend von Lernexperimenten mit Tieren wurden grundlegende Annahmen der Lerntheorie entwickelt, die in Analogie zu den Lernmechanismen des Menschen gesetzt werden: die Verstärkung bestimmter Verhaltensweisen mit Hilfe von Belohnungsreizen steigert die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Verhaltensweisen. Eine negative Sanktionierung mindert deren Wahrscheinlichkeit des Auftretens.

In den Sozialisationsprozeß gehen lange und komplizierte Lernvorgänge ein. Es gibt jedoch weder eine geschlossene Lerntheorie noch eine einheitliche lerntheoretische Sozialisationstheorie. Hier soll kurz auf einige der wesentlichen lerntheoretischen Ansätze eingegangen werden.

##### 4.3.1 Elementare Formen des Lernens

Die Grundannahme des instrumentellen Lernens lautet: Wird ein auf einen Reiz erfolgtes Verhalten verstärkt, so steigt die Wahrscheinlichkeit seines Auftretens. Bezogen auf den Sozialisationsprozeß des Kindes bedeutet das: Verhalten, das in irgendeiner Art und Weise belohnt wird, wird gelernt. (Z. B. durch affektive oder materielle Belohnung seitens der Eltern, oder



durch die Umstände, die sich aus dem Verhalten ergeben.)  
(Skinner 1953, Ferster u. Skinner 1957)

Die Eltern stellen also für das Kind ein Verstärkungsmuster dar. Das Verhalten des Kindes wird entsprechend ihren Vorstellungen, Werten und Normen durch positive und negative Sanktionierungen kontrolliert. Dies kann bewußt (z. B. durch Lob) oder unbewußt (z. B. durch den Gesichtsausdruck) geschehen. Mit Hilfe der instrumentellen Konditionierung werden also beim Kind bestimmte Verhaltensweisen gefördert und andere gehemmt oder ganz vermieden. Das Kind kann also auf diese Art und Weise sowohl bestimmte Fähigkeiten als auch bestimmte emotionale Reaktionen erlernen, die als Motivationen für bestimmte soziale Verhaltensweisen notwendig sind. Das instrumentelle Lernen ist jedoch nicht in der Lage, die Entstehung neuer Verhaltensweisen zu erklären. Skinner (1953) führt die daher die Theorie der "sukzessiven Approximation" ein: Bereits im Repertoire eines Organismus vorhandenes Verhalten wird verstärkt, wenn es dem gewünschten Verhalten ähnelt. So ändert sich allmählich das Verhalten in Richtung auf die gewünschte Endform. Mit der Wirkung von Strafen auf intendierte Verhaltenänderungen haben sich vor allem Church (1963) und Solomon (1964) beschäftigt.

#### 4.3.2 Das Lernen durch Imitation und Identifikation

Der Erwerb komplexer sozialer Verhaltensstrukturen wird mit Hilfe von Identifikation und Imitation erreicht. Der Vorgang der Imitation verlangt auf der einen Seite ein Modell, das ein bestimmtes Verhalten zeigt, und auf der anderen Seite einen Beobachter (Lernenden), der dieses Verhalten übernimmt. (Einen guten Überblick über Imitationslernen gibt Gewirtz 1969.) D. T. Campbell (1961) konstatiert zwei Formen von Imitationslernen: (1) der outcome eines Handlungsablaufes ist der Imitationsinitiator. (2) Der Handlungsablauf selbst wird zum Auslöser des Imitationsverhaltens. Bandura et al (Bandura & Walters 1963, Bandura 1965) erweitern den Begriff des Imitationslernens. In den

Imitationsvorgang gehen sowohl Lernen durch Beobachtung als auch Lernen durch Verstärkung ein. Das Kind beobachtet z. B. ein bestimmtes Verhalten der Mutter, das unmittelbar auf es selbst gerichtet ist, und dadurch für das Kind einen positiv affektiven Wert, also einen Belohnungswert, hat. Die Wahrscheinlichkeit, daß dies oder ein ähnliches Verhalten imitiert wird, ist erhöht. Zu den Faktoren, die u. a. die Wahl des Modells im Imitationsprozeß beeinflussen, zählen:

(1) Sekundäre Verstärkung (secondary reinforcement)  
Eine Person wird als Modell gewählt, weil sie häufig den Lernenden belohnt. Diesen Ansatz vertritt Mowrer (1950) in seiner "Two-factor-theory of imitation". Auch Bandura & Huston (1961) legen diesen Ansatz einem Imitationsexperiment zu Grunde.

(2) Stellvertretende Verstärkung (vicarious reinforcement)  
Das Verhalten einer Person wird imitiert, weil sie für das Verhalten belohnt wird. Diesen Aspekt betonen die Untersuchungen von Bandura (1962) und Mc Breaty, Marston und Kanfer (1961).

(3) Enthaltung von Liebe (withholding of love)  
Eine Person wird imitiert, weil der Lernende sonst den Entzug der Liebe fürchtet.

(4) Vermeidung von Strafe (avoidance of punishment)  
Eine Person wird imitiert, weil der Lernende sonst Bestrafung fürchtet. Levin (1952) fand eine negative Korrelation zwischen physischer Bestrafung und Imitation.

(5) Defensive Imitation  
Die Person wird als Modell gewählt, vor der sich der Lernende fürchtet. Bettelheim (1943) untersuchte das Verhalten Gefangener und stellte fest, daß sie nach extremer physischer und moralischer Schmähung das aggressive Verhalten ihrer Bewacher imitierten. Bandura und Huston (1961), Bandura, Ross und Ross (1961)

Bandura, Ross und Ross (1963) zeigen in ihren Experimenten, daß Kinder aggressives Verhalten ohne Verstärkung lernen. Das Kind wird jedoch diese gelernte aggressive Verhaltensweise kaum zeigen, wenn das Modell dafür bestraft worden ist.

(6) Statusneid (status envy)

Die Person wird als Modell gewählt, die als Belohnungsrezipient beneidet wird. Hier soll vor allem auf Whiting (1959) hingewiesen werden.

(7) Soziale Macht (social power)

Eine Person wird als Modell gewählt, weil sie die Macht besitzt den Lernenden belohnen zu können. (Untersuchungen von Mussen und Distler 1959 und Maccoby 1959.) Einen Überblick geben Secord und Backman (1964; S. 525 ff.) und Jones/Gerard (1967, S. 105 ff.).

Viele der entscheidendsten Sozialisationsaspekte sind auf irgendeine Art und Weise mit dem Prozeß der Identifikation und Imitation verbunden: Das Verhalten der Eltern, deren Wissen, Werte, Einstellungen und Normen werden vom Kind imitiert und adaptiert. Da ein sehr großer Teil des Sozialisationsprozesses über das Medium Sprache vermittelt wird, soll noch kurz auf den Einfluß der Sprache auf den Lernprozeß eingegangen werden.

#### 4.3.3 Der Einfluß der Sprache auf den Sozialisationsprozeß

Der Lernprozeß des Kindes ist sowohl vom Belohnungs- und Bestrafungskontrollsystem der Eltern als auch von deren sprachlichen Informationen über die Umwelt und ihre Bedeutung abhängig. Das Kind lernt ebenso durch selbstgesteuerte Entdeckungen (R. Glaser 1966) wie durch Informationen, die ihm von Seiten der Eltern oder anderer Sozialisationsagenten vermittelt werden. Diese Informationsabhängigkeit impliziert einen immensen Einfluß der Sozialisationsagenten auf die Entwicklung der kognitiven Strukturen des Kindes: Durch Selektion bestimmter Erklärungen für Ereignisse kann das Realitätskonzept des Kindes und dessen Erfahrungswert beeinflusst werden (Jones und Gerard 1967, S. 79). So werden z. B.

Glaubenssätze, Ansichten und Vorurteile tradiert. Erst wenn das Kind mit verschiedenen Informationsquellen konfrontiert wird, lernt es die Daten auf Grund ihrer Glaubwürdigkeit oder ihrer Bedeutung für das eigene Verhalten zu unterscheiden. Auf die große Bedeutung der Sprache im Sozialisationsprozeß weisen u. a. auch Whorf (1963), Bernstein (1959, 1960, 1961, 1962, 1965) und Oevermann (1966, 1969) hin.

Bernstein untersucht die soziokulturellen Determinanten des Lernens. Sprache ist einer der wichtigsten Regulatoren von Verhalten und Bewußtsein. Bernstein weist auf die schichtspezifische Abhängigkeit der Sprache hin, die sich auch im Lernprozeß manifestiert. Sprachvergleiche zwischen Mittel- und Unterschicht zeigten, daß die Mittelschicht über einen breiteren Wortschatz und über eine größere sprachliche Sensibilität verfügt als die Unterschicht (elaborierter vs restringierter Code).

Oevermanns Hauptthese expliziert die Bernsteinsche Annahme, daß der linguistische Code (der eine Auswahl aus der Kultursprache darstellt) selbst als bedeutsamer kognitiver Prozeß angesehen werden muß. Untersuchungsergebnisse führen zu der Annahme, daß im Hinblick auf die vom Individuum aktualisierten Sprachformen nicht mehr (wie bei Bernstein) einfach behauptet werden kann, daß der geringe Gebrauch von sprachlichen Merkmalen mit der geringen Fähigkeit zu diesem Gebrauch korreliert.

Verhalten kann nicht allein als die Reaktion eines einzelnen Organismus oder als isolierte Äußerung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur begriffen werden sondern als ein Vorgang in einem komplexen System sozialer Interaktionen. Daher soll im folgenden auf das Interaktions- und Rollenkonzept eingegangen werden.

#### 4.4 Interaktionismus und Rollentheorie

"Sozialisation wird mit Bezug auf das Rollenkonzept des sozialen Handelns definiert. Sie wird als ein Vorgang der Integration in bestehende Rollensysteme verstanden" (Habermas 1968, S. 2). In den folgenden Abschnitten soll zunächst auf den Sozialisationsansatz des Interaktionismus eingegangen werden.

#### 4.4.1 Der symbolische Interaktionismus von G. H. Mead

Der symbolische Interaktionismus, der bei G. H. Mead (1934) seine erste klassische Formulierung findet, kann als Versuch angesehen werden, Merkmale der sozialen Struktur begrifflich zu erfassen. Ausgangspunkt ist das alltägliche Interaktionshandeln. Das Erkenntnisinteresse beschränkt sich auf intentional soziales Handeln, d. h. Instinkte, Reflexe und reaktives Verhalten wird ausgeklammert. (Turner 1962)

Sozialisation wird im Interaktionismus vor allem als Lernen von Sprach- und Bedeutungssymbolen aufgefaßt, die dann soziale Kommunikation und das Lernen von kulturellen Normen und Werten ermöglichen. In der frühen Kindheit lernt der Mensch sowohl durch Konditionierung von Reflexen und durch Lernen am Erfolg als auch durch "role-taking" die Erwartungen, Werte und Normen der Gesamtgesellschaft.

Der Sozialisationsvorgang hat zwei Stufen:

Zunächst übernimmt das Kind spielend einzelne Rollen und Verhaltensweisen (es tut als sei es die Mutter, der Vater, ein Verkäufer etc.) In dieser Phase geschieht die Internalisierung der elterlichen (oder anderer) Verhaltensnormen.

Die volle Entwicklung zu einer Identität verlangt mehr als nur die Fähigkeit zur Übernahme einzelner unverbundener Rollen: es verlangt die Übernahme der Rolle des "generalized other", d. h. soziales Geschehen, eigenes Erscheinen und Handeln etc. wird aus der Sicht des "anderen" beurteilt und entsprechend ausgeführt.

Die Darstellung der Sozialisation im Interaktionismus bleibt unbefriedigend, da die Fähigkeit des "role-taking" nicht erklärt wird. Jedoch impliziert der Meadsche Ansatz (im Gegensatz zu Parsons) die Möglichkeit, Normenkonflikte und abweichendes Verhalten zu erklären (durch Verwendung der Kategorie "ich" wird das Moment der Innovation in die Interaktion eingeführt).

#### 4.4.2 Die Rollentheorie von T. Parsons

Hier sollen kurz die zentralen Begriffe T. Parsons skizziert werden, um den Rahmen abzustecken, in dem Sozialisation bei

ihm zu sehen ist. (Parsons 1951, 1964, Parsons u. Bales 1955)

Die Rollentheorie versucht, Merkmale sozialer Strukturen einer Gesellschaft, die Eigenschaften sozialer Beziehungen ihrer Mitglieder und die soziale Gliederung von Normen, Werten und Erwartungen zu beschreiben und zu erklären. Parsons unterscheidet drei Systemtypen, die jeweils verschiedene Ebenen von Handlungsabläufen darstellen: (1) Das personale System (Zusammenhang der Handlungen eines Handelnden), (2) das soziale System (mindestens zwei Handelnde) und (3) das kulturelle System (System von Normen, Symbolen und Werten).

Die Handlungen im sozialen System sind nach den Handlungen der anderen orientiert. Den strukturellen Rahmen dafür bilden Rollen. Rollen sind immer komplementär, d. h. es werden von den Handelnden immer gleichzeitig die eigenen Erwartungen an den anderen und dessen Erwartungen an einen selbst gedacht. Geht der Handlungspartner nicht auf die Bedürfnisse und Erwartungen des Handelnden ein, so verhält sich der Handlungspartner nicht rollenkonform: das Gleichgewicht des Systems ist gefährdet.

Sozialisation ist bei Parsons ein Prozeß der Internalisierung von Normen. Dabei wird mit der eigenen Rolle immer zugleich auch die Rolle des Handlungspartner gelernt. Die ersten entscheidenden Vorgänge der Sozialisation erfolgen in der Kernfamilie. (Mutter-Vater-Sohn-Tochter) In dieser Familienkonstellation sind bereits die wichtigsten Rollen enthalten, die für die spätere Sozialisation als notwendige Grundlage dienen.

Der Sozialisationsprozeß verläuft in fünf diskontinuierlich miteinander verbundenen Phasen. In den ersten drei Phasen ist die Familie alleiniger Sozialisationsagent, danach gewinnen andere Bezugsgruppen (Schule) an Bedeutung. In diesem Rahmen interessieren nur die ersten drei Phasen:

#### 1. Phase

Das Kind ist in der Befriedigung seiner Bedürfnisse

vollständig von seiner Mutter abhängig, ohne deren Verhalten weiter beeinflussen zu können. Am Anfang des Differenzierungsprozesses steht die Identifizierung (im Sinne Freuds) mit der Mutter. In dieser Phase wird Abhängigkeit internalisiert.

### 2. Phase

Das Kind erkennt seine Mutter als ein von ihm unterscheidbares Objekt und erlernt dadurch seine eigene Autonomie. Es lernt, daß es auf das Verhalten der Mutter Einfluß ausüben kann, aber auch, daß die Mutter über mehr Macht verfügt. Durch die Übernahme der eigenen Rolle wird das Kind zum Interaktionspartner. In dieser Phase wird Autonomie und Abhängigkeit internalisiert.

### 3. Phase

Das Kind erweitert seine Beziehungen auf die anderen Familienmitglieder. Es erwirbt die Kategorien Instrumentalität und Expressivität (instrumentelle Rollen regulieren das Verhältnis eines Systems, hier der Familie, zu seiner Umwelt. Expressive Rollen haben die Funktion der Spannungsbewältigung in einem System). In dieser Phase werden Autonomie und Abhängigkeit weiter differenziert nach Instrumentalität und Expressivität.

Am Ende des Sozialisationsprozesses sind grundlegende Interaktionsmuster erworben worden, die ein integriertes Verhalten in jeder Situation ermöglichen.

#### 4.4.3 Kritik am herkömmlichen Rollenansatz und und neuere Rollenansätze

In Parsons Konzept der Universalität von Familienstrukturen werden deren Strukturunterschiede, vor allem auf sozio-ökonomischer Basis, kaum oder gar nicht berücksichtigt. So beschreibt Parsons zwar einen allgemeinen Sozialisationsvorgang, geht aber nicht auf unterschiedliche Lernmechanismen oder Spracheinflüsse ein, die in verschiedenen Subkulturen der Gesellschaft herrschen. Das Rollenkonzept ist zu einer Beschreibung sozialer Phänomene sicher sehr brauchbar, kann aber nicht ausreichende Erklärungen wie z. B. für abweichendes Verhalten und sozialen Wandel liefern.

Neuere Rollenkonzepte als Erklärungsmöglichkeit für Sozialisationsprozesse werden von Krappmann (1971) und Habermas (1968) gegeben. Ausgehend von den theoretischen Ansätzen von Meads und Parsons kritisiert Krappmann die unzulänglichen Erklärungsmöglichkeiten in den Fragen der Entstehung von Motivationen. "Betrachten wir den Regelfall der täglichen Interaktion in Rollen. Er ist dadurch charakterisiert, daß die Rollenspieler auf unklare und inkonsistente Erwartungen stoßen, die zudem mit ihren Bedürfnisdispositionen sich keineswegs decken." (Krappmann 1971, S. 168) Der herkömmlichen Rollentheorie gelingt es nicht, der Spontanität, Kreativität und Individualität des Rollenträgers die notwendige Funktion im Interaktionsprozeß zu geben, geschweige denn daß sie die Entstehungsbedingungen dieser Persönlichkeitmerkmale im Rahmen des Modells angeben kann.

Krappmann weist darauf hin, daß die Vorgänge beim Handeln in Rollen offenbar sehr viel komplexer sind, als es das herkömmliche Rollenmodell unterstellt, und nimmt den Begriff der Ich-Identität der Rollendistanz und Ambiguitätstoleranz in seinen theoretischen Ansatz auf.

Die im Rahmen dieses Gutachtens angeführten theoretischen Ansätze zur Sozialisation geben nur einen, für dieses Thema wichtigen Teil des Gesamtkomplexes an Sozialisationstheorien wieder. Da die primäre Sozialisation in der Familie stattfindet, und daher die familialen Bedingungen in den Sozialisationsprozeß eingehen, soll in dem nun folgenden Teil der Schwerpunkt auf die Familie als schichtspezifische Subkultur gelegt werden.



## 5. Die Sozialisationsinstanz Familie

Die universelle Bedeutung der Familie und ihre Funktion für den Sozialisationsprozeß ist unbestritten. (Goode 1964)

### 5.1 Der wissenschaftliche Stand der Familienforschung

In der deutschen Familiensoziologie und -psychologie besteht die Tendenz, Familie als unersetzbaren Wert ansich anzusehen, was eine über die gegenwärtigen Formen und Funktionen der Familie hinausgehende Fragestellung einschränkt oder sogar verhindert. So stellt R.König (1946) die "Desintegration" der Familie fest, d.h. das Herausfallen der Familiengruppe aus dem System der Gesamtgesellschaft, betont jedoch dennoch die ureigenste und wichtigste Funktion der Familie, den Aufbau der sozial-kulturellen Persönlichkeit des Individuums.

In der amerikanischen Familiensoziologie besteht hingegen die Tendenz, die einzelnen Faktoren, die die Erziehungssituation jedes einzelnen Individuums bestimmen, genau zu analysieren und zu untersuchen, wie z.B. die strukturellen Bedingungen der Familie: die Größe der Familie, Einfluß der Stellung des Kindes innerhalb der Geschwisterfolge, Einfluß der jeweils besonderen Paarstruktur auf das Verhalten der Kinder, die materiellen Bedingungen und der sozio-ökonomische Status der Familie.

### 5.2 Definition von Familie

"Familie kann -formal und idealiter- definiert werden als jene Gruppe, in der wenigstens zwei gegengeschlechtliche psycho-sozial erwachsene Menschen eine weitere Generation produzieren und mindestens so erziehen, daß die nächste Generation dazu motiviert ist, ihrerseits die folgende Generation zu produzieren und ebenso zu motivieren. In diesem Prozeß reproduziert sich Gesellschaft: wird eine solche Gruppenstruktur bejaht -so wird auch der Wert des Weiterbestehens von Gesellschaft bejaht- ohne daß ihre Differenzierung ins Blickfeld gerät." (Claessens u. Menne 1970, S.170). Lüschen und König (1965) weisen auf den Wandel in der Entwicklung und gegenwärtigen Bedeutung

der Familie in der BRD hin. Die patriarchalische Struktur, die früher als unverkennbares Merkmal der deutschen Familie angesehen werden konnte, wird von der weitgehend partnerschaftlich organisierten Familienstruktur abgelöst. Bronfenbrenner (1961) stellt einen Wandel in den Erziehungspraktiken fest. Neidhardt (1970) weist darauf hin, daß die moderne Kleinfamilie in starkem Maß nach außen abgeschlossen ist. Interkulturelle Unterschiede in Familienstruktur und Erziehungspraktiken existieren, sind im Rahmen dieses Gutachtens jedoch nicht von Bedeutung, da sie gegenüber anderen Unterscheidungskriterien, wie z.B. soziale Schicht und soziale Subkultur, nicht ins Gewicht fallen. (Devereux, Bronfenbrenner, Suci 1962)

### 5.3 Die Familienstruktur

Die Rollenstruktur der Familie stellt sich nach Parsons (1964, S.51) folgendermaßen dar:

	Instrumental		Expressiv	
Autorität	univer- salist.	partiku- larist.	univer- salist.	partiku- larist.
über geordnet	Vater		Mutter	
	techn. Fach- mann	instru- mentaler Führer	Expres- sive u. kulturel- le Exper- tin	Expres- sive Führerin
unter geordnet	Sohn		Tochter	
	guter techn. Ausfüh- rer	guter Mitar- beiter	willige u.gefäl- lige Person	loyales Mitglied

Der Vater repräsentiert das 'äußere' System der Familie: ihre ökonomische Erhaltung, die Technik der Lebensplanung, die Berufswelt.

Die Mutter repräsentiert das 'innere' System der Familie: den emotionalen Haushalt, die Solidarität und Integration der Familienmitglieder.

## 5.4 Konfliktpotential der Familie

Richter (1969) bezeichnet folgende Aspekte der Familiensituation als "belastende Faktoren": die "Desintegration", die "zahlenmäßige Kontraktion", die "veränderte Stellung des Vaters" und die "affektsperrenden modernen Arbeitsbedingungen". Von all diesen Faktoren muß die Desintegration der Kleinfamilie als übergeordnet angesehen werden, da sie die übrigen Faktoren erst zu Gefahrenmomenten werden läßt: weil die Familie von der Gesellschaft gewissermaßen isoliert ist, entsteht das Konfliktpotential für die in ihr aufwachsenden Kinder vor allem dadurch, daß sich die einzelnen Kleinfamilien auch noch voneinander isolieren. Mit zunehmender Mobilität der Gesellschaft wird vermutlich auch dieser Vorgang der Isolierung zunehmen. (Bott 1957)

## 5.5 Der Einfluß von Faktoren der Familienkonstellation

Familienstrukturelle Faktoren wie: die Größe der Familie, die relative Vorherrschaft eines Elternteils, die Geburtenfolge, die Einzelkindsituation vs Geschwistersituation, die Stellung der Geschwister untereinander, die unvollständige Familie, die Berufstätigkeit der Eltern, die Beziehung der Eltern untereinander beeinflussen den Sozialisationsprozeß und das Verhalten der Kinder. (Bloom 1970, Clausen 1966, Glidwell 1961, Rutter 1963, Meissner 1966)

### 5.5.1 die Familiengröße

Mit steigender Familiengröße steigt auch das autoritäre Verhalten der Eltern: Organisation, Führungsbereitschaft, Kooperation und Konformität werden hoch bewertet. Die älteren Kinder übernehmen teilweise die Erziehung der jüngeren Kinder. Die direkte Kommunikation zwischen Eltern und Kind sinkt mit steigender Geschwisterzahl. Das Eltern-Kind-Verhältnis in großen Familien ist weniger besitzergreifend. (Clausen 1966 gibt einen Überblick über die hier vorliegende Literatur.)

Kurokawa (1966) stellt fest, daß größere Familien in höherem Maß geeignet scheinen, Kinder vor Gefahren zu bewahren, als dies bei der kleinen Familie der Fall ist. Ein weiterer Faktor ist der Spannungs- und Konfliktgehalt in der Familie: je höher der familiäre Konflikt, desto schwächer entwickelt sich die Fähigkeit des Kindes, sich erfolgreich in gefährvollen Situationen zu verhalten.

#### 5.5.2 Stellung der Geschwisterreihe und Geschwisteranzahl

Erstgeborene lernen im allgemeinen schneller und besser sprechen als Spätergeborene. Eltern ändern ihr Erziehungsverhalten: steht das Einzelkind noch im Mittelpunkt und wird übervorsichtig erzogen, so ändert sich dies bei Hinzukommen von Geschwistern. Kinder aus kinderreichen Familien zeigen meist eine größere Unabhängigkeit von dem Beistand Erwachsener als Einzelkinder.

Brim (1958) stellt fest, daß gleichgeschlechtliche Geschwister weniger über das Verhalten des anderen Geschlechts wissen, als dies bei nicht-gleichgeschlechtlichen Kindern der Fall ist.

Toman (1961) weist auf die Funktion der Stellung in der Geschwisterreihe hin: einem Jungen, der gegenüber seinen jüngeren Geschwistern die Stellung des älteren Bruders einnimmt, fällt es später leichter, Verantwortung und Autorität zu übernehmen, ein harter Arbeiter zu sein und ein gutes kameradschaftliches Verhältnis mit anderen Männern zu haben, als dies bei einem Einzelkind der Fall ist. MacDonald (1969) stellt fest, daß Erstgeborene besser sozialisiert sind als spätergeborene. Sie zeigen daher eine größere Konformität mit den Standards der Eltern. Die Erwartungen und Erziehungspraktiken der Eltern unterscheiden sich hinsichtlich des Geschlechts der Kinder.

#### 5.5.3 Unvollständigkeit der Familie

Viele Untersuchungen in diesem Rahmen entstammen Untersuchungen zur Delinquenz und zum Rauschmittelkonsum. (Rosenberg 1969) Der Verlust eines oder beider Elternteile kann negative Folgen auf das Verhalten und die eigene Geschlechtsidentifikation des Kindes führen.

Hetherington (1967) weist in seiner Untersuchung darauf hin, daß Kinder, die bis zum 5. Lebensjahr vollständig oder teilweise ohne Vater aufgewachsen sind, eine stärkere Abhängigkeit entwickelt hatten, als dies bei Kindern der Fall war, die erst nach dem 5. Lebensjahr ohne Vater aufwuchsen.

Spitz (1945) wies bereits auf die unterschiedlichen Hospitalismusschäden hin, die solche Kinder aufwiesen, die nur unvollständig in ihren Familien hatten aufwachsen können, und die auf Grund des Fehlens von einem oder beider Elternteile, in einem Heim aufwuchsen.

Yarrow (1964) referiert Untersuchungen, die u.a. Auskunft geben über den Zeitpunkt der Trennung von Eltern und Kind, die Dauer der Trennung und die Auswirkungen dieser Fakten auf das Verhalten des Kindes.

#### 5.5.4 Krankheit in der Familie

Krankheit von Familienmitgliedern kann sich negativ auf das Verhalten der einzelnen gesunden Mitglieder auswirken. So kann die chronische Krankheit eines einzelnen das psychische Gleichgewicht der Familie stören und zu Spannungen führen. Crain, Sussman und Weil (1966) belegen mit ihrer Untersuchung, daß die chronische Krankheit eines Familienmitgliedes -hier: diabetischer Kinder- die Beziehungen der anderen Familienmitglieder und deren Verhalten negativ beeinflusst.

Beisser, Glasser und Grant (1967) zeigen, daß Kinder von bereits psychisch gestörten Müttern in erhöhtem Maß Anpassungsschwierigkeiten zeigen.

Safer (1966) schildert die Ergebnisse einer Kurz-Zeit-Familientherapie mit verhaltensgestörten Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren. Die Kinder kamen vorwiegend aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status. Die Therapie versuchte, die repetitiven unbelohnten Eltern-Kind Konfliktmuster zu unterbrechen. Die Familie bekam Unterstützung und jedes ermutigende Zeichen von Steigerung des Selbstvertrauens beim Kind wurde systematisch verstärkt. Später ging man dazu über, speziell die Identifikationsfähigkeit mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil zu fördern. Unabhängigkeitsbestrebungen von den vorläufig noch recht negativ perzipierten Eltern wurden gefördert. 40 % der Kinder zeigten deutliche Besserung.

### 5.5.5 Beziehungen der Eltern untereinander

Die Beziehungen der Eltern untereinander wirken sich unmittelbar auf das Verhalten der Kinder aus.

Pollak (1964) lokalisiert mangelhafte Sozialisation vor allem in einer einseitigen Dominanz einzelner Familienmitglieder (vor allem eines Elternteils).

Kasel und Schlingensiepen (1970) stellen fest, daß zu große Unterschiede der jeweiligen Bildungsniveaus der Eltern zu Verhaltensstörungen bei ihren Kindern führen können.

Koch (1961) zeigt, daß der Faktor Ehescheidung das Verhalten der Kinder negativ beeinflusst. Es treten Schäden sowohl in der sozialen wie in der persönlichen Anpassungsfähigkeit auf.

Landis (1963) untersucht Jugendliche aus glücklichen und unglücklichen Ehen. Es zeigte sich, daß Kinder aus glücklichen Ehen früher dates, eine frühere, intensivere und vertrauensvollere Beziehung zum anderen Geschlecht und eine bessere eigene Geschlechtsidentifikation aufwiesen.

Richter (1969) stellt fest, daß neurotisches Verhalten des Kindes darauf zurückgeführt werden kann, daß Eltern in ihm einen "Ersatz" für den Ehepartner sehen, wenn die Ehe gestört ist.

### 5.6 Mögliche Auswirkungen auf die Vermittlung von Gesundheitswissen

Es wurden keine Untersuchungen gefunden, die sich mit dem Einfluß von Faktoren der Familienkonstellation auf das vermittelte Gesundheitswissen der Kinder bezogen. Es kann vermutet werden, daß sich all jene Faktoren, die sich negativ auf die Sozialisation des Kindes auswirken, auch nachteilig für den Vermittlungsprozeß von Wissen erweisen. So wird in einer kinderreichen Familie, deren sozio-ökonomischer Status niedrig ist, und deren interfamiliale Spannung hoch ist, wenig Zeit für einen ausführlichen und notwendigen Kommunikationsprozeß zwischen Eltern und Kindern verbleiben.

Da die Familie nicht ohne ihre enge Verknüpfung mit der Gesamtgesellschaft gesehen werden kann, soll in dem nun folgenden Teil des Gutachtens über die Auswirkung unterschiedlicher Erziehungspraktiken auf die Sozialisation des Kindes vor allem auf das Problem der Schichtabhängigkeit eingegangen werden.

## 6. Das Problem schichtspezifischer Sozialisation

Da der Faktor Schicht im Rahmen dieses Gutachtens nicht selbst Gegenstand der Analyse ist, sondern nur eine entscheidende Randbedingung darstellt, werden auch die Bestimmungskriterien sozialer Schicht nur in dem hierfür notwendigen Rahmen diskutiert.

### 6.1 Soziale Schichten

Die Gesamtheit jener Faktoren, die den Sozialisationsprozeß in der Familie als schichtspezifische Randbedingung unmittelbar beeinflusst, fällt unter die Kategorie Schicht und schichtspezifische Subkultur.

#### 6.1.1 Bestimmungskriterien sozialer Schicht

In der großen Anzahl vorliegender Literatur über Schichtproblematik erfolgt die Zurdnung von Individuen nach Schichten durch eine mehr oder weniger willkürliche Einstufung auf einer Reihe verschiedener Rangdimensionen, die einzeln, oder in Kombination miteinander, den sozio-ökonomischen Status ausmachen. Diese Rangkriterien, nach denen die Aufgliederung in Schichten geschieht, sind zahlreich und heterogen.

Der in vielen Untersuchungen verwendete "Index of Social Position" von Hollingshead und Redlich (1958) weist eine Unterteilung nach fünf Schichten auf. Die Faktoren, die in diesen Index eingehen, sind u.a. Beruf, Wohngegend und Ausbildungsniveau.

In dem "Index of Status Characteristics" von Warner, Meeker und Belis (1949) werden Faktoren wie Beruf, Einkommen, Haustypus und Wohngegend miteinander verknüpft und ein

sechsstufiges Schichtenmodell konzipiert.

Die am häufigsten verwendete Schichtungsvariablen sind die Berufsposition (hierarchische Ordnung nach Sozialprestige), das Einkommen und das Ausbildungsniveau. (Kahl und Davis 1955, Lipset und Bendix 1951, Lawson und Boek 1960)

#### 6.1.2 Mittelschicht vs Unterschicht

In dem größten Teil der hier referierten Untersuchungen werden aus Gründen einer besseren Kontrastierung von Sozialisierungseffekten schichtspezifischer Subkulturen die beiden Idealtypen Unterschicht und Mittelschicht gewählt. Obwohl die Grenzen zwischen den Schichten fließend sind, ist diese Trennung legitim und nützlich, auch wenn es ihr nicht gelingt, die gesamte Vielzahl der Faktoren zu subsummieren.

Scheuch (1961) unterscheidet Mittel- und Unterschicht auf Grund folgender Kriterien:

##### Unterschicht

gering bewertete Knappheit der Verrichtungen (Widerspiegelung im niedrigen Einkommen), hoher Grad der Zugänglichkeit der Tätigkeit (widergespiegelt in niedriger Schulbildung), geringe Anweisungsbefugnis gegenüber anderen Menschen und geringer Dispositionsspielraum bei der Erfüllung der Arbeitsaufgabe (widergespiegelt in stark abhängiger Berufsposition und schematischer Arbeit: insbesondere ungelernte und angelernte Arbeiter, unselbstständige Handwerker, Dienstleistungsberufe geringer Qualifikation).

##### Mittelschicht

jeweils entgegengesetzte Wertigkeit derselben Kriterien: qualifizierte und leitende Angestellte, technische Spezialisten, höhere Beamte, freie und akademische Berufe, wohlhabende Geschäftsleute, qualifizierte Dienstleistungsberufe. (Scheuch 1961, S.92)



## 6.2 Verschiedene Aspekte schichtspezifischer Sozialisation

Seit dem Ende der fünfziger Jahre ist (vor allem in den USA, jedoch seit neuerer Zeit in verstärktem Maß auch in der BRD) eine Menge an Untersuchungen und Abhandlungen über das Problem schichtabhängiger Sozialisation veröffentlicht worden. Dieses Gutachten muß sich darauf beschränken, einen Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse zu geben, die für diese Thematik relevant erscheinen.

### 6.2.1 Aspekte schichtspezifischer Familienstruktur

Die Familienstruktur ist eng mit den sie umgebenden sozialen Hintergrundsdaten verknüpft.

#### 6.2.1.1 Die Situation am Arbeitsplatz

Oevermann (1969) stellt fest, daß die Unterschicht im Gegensatz zur Mittelschicht folgenden restriktiven Bedingungen unterworfen ist:

- (1) Mit dem Arbeitsplatz sind die einzigen wesentlichen Sozialkontakte außerhalb der Primärgruppe (Familie, Nachbarschaft) verbunden.
- (2) Hohes Maß an Abhängigkeit und Unterordnung, starke Monotonie und fehlende Transparenz der Arbeitsvorgänge, autoritär strukturierte Rollenbeziehungen, geringer individueller Spielraum.
- (3) Geringe Aufstiegschancen, während in Mittelschichtberufen das Leistungskriterium oder das Senioritätsprinzip vorherrscht.

Diese Einschränkungen im beruflichen Erfahrungsbereich werden oft noch durch andere Bedingungen verstärkt, z.B. durch den Faktor der Familienunvollständigkeit (Scheidung), durch ökologische Nachteile (Wohngegend im Industriegebiet), durch das Wohnen in traditionalistisch-immobilen Regionen (z.B. katholische, ländliche Gegend) oder durch einen niedrigen Lebensstandard (geringes Einkommen bei oft großer Kinderzahl).

#### 6.2.1.2 Die Freizeitgewohnheiten

Lüdtke (1971) betont, daß das Freizeitverhalten und der Kulturkonsum

Kulturkonsum der Unterschicht sich vor allem z.B. in der stärkeren Tendenz zur Rezeption kommerzieller Angebote zeigt, im Vergleich etwa zur Bildungs- und Hobby-Orientierung der Mittelschicht. Der soziale Kontakt ist bei der Unterschicht stark auf die Verwandtschaft beschränkt. Reisen sind seltener und auch die Partizipation an Öffentlichkeit (z.B. in Form von Mitgliedschaft in Vereinen).

Bernstein (1970) weist auf die meist geringe Schulbildung von Unterschichteltern hin, deren am Arbeitsplatz meist geringer Umgang mit Sprache und deren allgemeine kulturelle Aktivitäten, die sich nur verschwindend gering auf sprachliche Materialien beziehen (wie z.B. Bücher oder Zeitschriften.)

#### 6.2.1.3 Die Wohnsituation

Brechstein (1970) weist darauf hin, daß die enge Wohngemeinschaft, die mangelhaften sanitären Anlagen und die allgemein sehr beengten Wohnverhältnisse, die zu einem Fehlen an räumlicher Trennungsmöglichkeit führen, bei den Eltern permanentes Kontrollverhalten und das Erziehungsziel permanenten Gehorchens zur Folge hat.

Hoernle (1969, S.58) stellt fest: "Das Zusammenleben auf engem Raum verlangt Ruhe und Rücksicht. Aber diese Ruhe und Rücksicht wird mit brutaler Selbstverständlichkeit in erster Linie von den kleinen Familienmitgliedern gegenüber den älteren und größeren gefordert."

V.Schmidt bezeichnet die Einschränkung des Wissenstriebes als eine wichtige Konsequenz der räumlichen Enge auf die geistige Entwicklung des Kindes.

Auch der Bericht der Bundesregierung über die Lage der Familie in der BRD (Bad Godesberg 1968, S.212) weist auf den hohen Prozentsatz an Familien hin, die gezwungen sind, in beengten Wohnverhältnissen zu leben:

25,8 % der Familien mit zwei Kindern und 20,3 % der Familien mit drei Kindern besaßen 1965 höchstens zwei Wohnräume (die Küche nicht mit eingerechnet).

Auf die ungünstigen Wirkungen des in diesen Fällen auftretenden "overcrowding"

tretende "overcrowding" auf das Verhalten der Familienmitglieder ist in den Emnid Informationen über die Genese abweichenden Verhaltens, 1970/71, S.7 f. enthalten.

Die häusliche Umgebung von <sup>UNTERSCHICHT</sup> ~~Mittelschicht~~ Familien läßt sich also wie folgt charakterisieren:

- (1) überfüllte und hygienisch oft unzureichende Wohnungen;
- (2) das Fehlen einer abgeschlossenen Privatsphäre für jedes Individuum, besonders das Fehlen der räumlichen Trennungsmöglichkeit von Eltern und Kindern;
- (3) mangelhafte Ausstattung der Wohnung: monotone Wohnungseinrichtung, wenig adäquater Spielzeug, beschränkte Möglichkeit, schon in frühem Alter lernen zu können, wie man mit 'wichtigen Kulturgegenständen' umgeht: z.B. mit Bleistiften, Büchern, Zeichenpapier etc.

#### 6.2.1.4 Die Sozialbeziehungen

Wie Roth und Oevermann zeigen, ist die typische Struktur der Sozialbeziehungen in der Unterschicht durch eine gewisse Ritualisierung und durch eine Beschränkung auf enge Primärbeziehungen im Verwandten- und Freundeskreis gekennzeichnet.

Die Sozialbeziehungen der Unterschicht sind weitgehend auf den Rahmen der Familie eingeschränkt. Ein niedriger Bildungsstand und die Situation am Arbeitsplatz verbieten eine aktive Teilnahme am sozialen Leben. Auf dem Hintergrund dieser eingeschränkten Sozialbeziehungen läßt sich das diffuse Gefühl für Solidarität und Schutz verstehen, das in der als bedrohlich empfundenen Außenwelt für das Unterschichtindividuum existenznotwendig ist. Schelsky (1955) nennt dies die "soziale Isolierungstendenz" oder "soziales Rückzugsgebiet".

Die Unterschichtfamilie beansprucht also das Monopol der Sozialbeziehungen.

#### 6.2.1.5 Konsequenzen für die Vermittlung von Gesundheitswissen

Über den Einfluß der hier dargestellten Daten auf das Gesundheitswissen der Kinder konnten keine Untersuchungen gefunden werden. Die Ergebnisse anderer Untersuchungen lassen aber mögliche Rückschlüsse auf den Vermittlungsprozeß von Gesundheitswissen zu.

Genz (1968) konstatiert, "daß es noch eine recht beträchtliche Zahl von Sechsjährigen gibt, die erhebliche körperliche und geistige Mängel aufweisen. Und nicht nur das, sondern daß viele dieser Befunde bei der Einschulungsuntersuchung nicht so schwer sein dürften, wenn die Kinder regelmäßig ärztlich betreut gewesen wären. Das geht so weit, daß im Extremfall das Kind eine Normalschule hätte besuchen können, wenn es behandelt worden wäre, und nicht eine Sonderschule, wohin man es jetzt unbehandelt schickt". (Genz 1968, S.49) So wurden z.B. die Hör- und Sehschwächen von einem Drittel der Kinder nicht vorzeitig behandelt. Genz weist auf die "Peter-Pelikan-Aktion" hin, die von einem Drittel der Eltern total unbeachtet blieb. Genz ist der Ansicht, daß wohl ein großer Teil der Eltern die Schäden ihrer Kinder bemerkt haben dürfte, sicher wohl auch irgendwann einmal die Zeit zu einem Arztbesuch gehabt habe, aber wohl "trotz Belehrung den Ernst der Lage nicht ganz begriffen haben". (Genz 1968, S.51)

Maneke, Faerber, Steuer, Hagen, Schmidt (1968) sehen die Ursachen für die schlechtere gesundheitliche Verfassung von Kindern vornehmlich in dem Faktum, ob sie "vorsorgliche und gewissenhafte Eltern" haben. Inwieweit eine Unkenntnis seitens der Eltern vorliegt, wird nicht untersucht. Ebenso wenig wird auf spezifische Faktoren wie z.B. eine zu enge Wohngemeinschaft, schlechte sanitäre Anlagen, eine unvorteilhafte Industriewohngegend genau eingegangen.

Kosa, Antonovsky, Zola (1969) versuchen, eine Beziehung zwischen Armut und Gesundheit aufzuzeigen. Es werden diverse Typen von Armut beschrieben. Um die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit herauszukristallisieren, wird ein Analyseschema von "morbid episodes" entwickelt. Eine weit angelegte Untersuchung zeigt, daß die arme Bevölkerung heute beträchtlich weniger gesund ist, als der restliche Teil der Bevölkerung. (S.111) "the lowest social classes have the highest rates of severe psychiatric disorder in our society." (S.113) Weiter wird festgestellt, daß die Armen weniger dazu neigen, Gesundheitsfürsorgestellen aufzusuchen, vor allem des

deshalb, weil ihnen das Wissen über "health related matters" fehlt, und weil sie nicht an die Effektivität von Vorsichtsmaßnahmen glauben. Aber auch der Mangel an Geld hält sie vom Besuch einer Gesundheitsvorsorgestelle ab.

Stephen (1968) stellt fest, daß die soziale Isolierung der Familie und eine Zunahme der Kinderzahl insbesondere bei beengten Wohnverhältnissen zu Spannungen und Konflikten führt.

Bennett (1960) weist nach, daß Spannungen und Konflikte in der Familie und zwischen Familie und Umwelt zu delinquentem und neurotischem Verhalten der Familienmitglieder führen können.

Wardwell, Hyman und Bahnson (1964) untersuchen den Einfluß von Stress auf das Auftreten von Herzschwächen. Es zeigte sich, daß subkulturelle Faktoren (wie z.B. Religionszugehörigkeit, Lebensgebiet und Schichtzugehörigkeit) einen Einfluß auf bestimmte Krankheiten haben. (Personen der Mittelschicht, die protestantischer Religion waren und vorwiegend in städtischen Gebieten wohnten, zeigten die größte Anfälligkeit gegenüber Herzschwächen.)

Williams (1966) betrachtete den Zusammenhang von Umweltfaktoren und gesundheitsschädlichem Verhalten. Er stellt fest, daß die auf Grund von familialen Spannungen und Konflikten mit der Umwelt entwickelten Depressionen und Angstzustände mit Hilfe von Alkoholgenuß vermindert werden.

Flomenhaft und Kaplan (1968) postulieren, daß unter dem Aspekt der "mental health" nicht nur die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander untersucht werden müssen, sondern auch die Beziehungen zu anderen Bezugsgruppen, seien sie persönlicher, ökonomischer oder sonstiger Art.

Feldstein (1966) fordert, daß eine Analyse der Faktoren, die auf das Gesundheitsverhalten der Individuen einwirken, sowohl ein genaueres Eingehen auf die personalen wie die sozialen Daten des Individuums verlangt.

Untersuchungen, die einen direkten Zusammenhang zwischen den Faktoren schichtspezifischer Familienstruktur und der Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen aufweisen, konnten nicht gefunden werden.

#### 6.2.2 Aspekte schichtspezifischer Erziehungstechniken

In Deutschland gibt es wesentlich weniger Studien über schichtspezifische Erziehungstechniken als in den USA.

##### 6.2.2.1 Entwicklungslinien in den Erziehungstechniken

Beim Vergleich der Studien der letzten 25 Jahre zeigten sich folgende Entwicklungslinien im Verhalten der Eltern aller Schichten:

- (1) eine größere Nachgiebigkeit gegenüber den spontanen Wünschen der Kinder;
- (2) ein freierer Ausdruck der liebevollen Zuneigung;
- (3) vermehrtes Vertrauen in indirekte psychologische Erziehungsstile;
- (4) Verschiebung der Stellung des Vaters gegenüber der Mutter: der Vater wird zunehmend liebevoller und weniger autoritär, die Mutter wichtiger als strafen-  
de Instanz, vor allem für Jungen.

##### 6.2.2.2 Erziehungstechniken in den USA und der BRD

Devereux, Bronfenbrenner, Urie und Suci (1962/3) geben folgenden Überblick:

b) Es ergeben sich weitgehende Unterschiede im elterlichen Verhalten, wie die grundlegende Analyse über Unterschiede elterlichen Verhaltens nach der Einordnung deutscher und amerikanischer Kinder (Tabelle 3) zeigt. Je niedriger in der folgenden Tabelle die Maßzahl ist, desto stärker ist das elterliche Verhalten.

Elterpraktiken	durchschnittliche Zuordnung USA	Deutschland	Unterschied zugunsten deutscher Gruppe
Elterliche Sorge	6,94	5,06	1,88
Instrumentelle Partnerschaft	4,87	3,61	1,26
Prinzipielle Disziplin	5,59	4,31	1,28
Vorschreiben von Verantwortlichkeit	4,38	3,06	1,32
Demonstration von Macht	5,75	5,09	0,66
Körperliche Bestrafung	11,65	10,76	0,89
Druck zur Leistung	4,51	5,04	-0,53
Versagung von Privilegien	7,76	8,72	-0,96
Expressive Zurückweisung	6,51	7,35	-0,84

Insgesamt läßt sich nach dieser Analyse feststellen, daß deutsche Kinder über mehr Interaktionen mit den Eltern berichten. Sie sehen sich einer stärkeren Sorgewaltung durch die Eltern, aber auch einer stärkeren Ausübung von Autorität und körperlicher Bestrafung ausgesetzt, während die amerikanischen Kinder mehr psychischem Druck und Kritik sowie Druck zur Leistung unterliegen.

### 6.2.2.3 Erziehungstechniken und -haltungen

Becker (1964) faßt in seiner Forschungsübersicht über "Konsequenzen elterlicher Erziehungen" die Erziehungspraktiken und -haltungen in drei Dimensionen zusammen:

(1) warmth-hostility.

Diese Dimension umfaßt nicht nur die warme, kindzentrierte und kind-akzeptierende bzw. die gegenteiligē, feindselige Haltung der Eltern zum Kind, sondern auch die entsprechenden Erziehungstechniken: liebesorientierte vs machtbezogene Methoden.

(2) permissiveness-restrictiveness

Gewährenlassen bzw. Einschränken bezieht sich meist nur auf den Verhaltensaspekt. So bedeutet "permissiveness for aggression" die Bereitwilligkeit der Mutter, das Kind aggressiv handeln zu lassen.

(3) anxious emotional involvement-calm detachment

Diese Dimension ist kaum untersucht.

Sears, Maccoby und Levin (1957) und Sears, Rau und Alpert (1965) fanden eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Ausmaß und der Strenge elterlicher Bestrafung und dem Ausmaß an aggressivem Verhalten bei Kindern. Diese aggressivitätssteigende Wirkung von strenger Bestrafung wird in vielen Untersuchungen festgestellt. Dollard und Miller (1950) stellen fest, daß aus dem Sozialisationsprozeß resultierende Frustrationen zu aggressivem Verhalten führen können.

Aggressives Verhalten steht in enger Beziehung mit der Stärke interner Kontrolle. Da Eltern aus der Unterschicht mehr Gewicht auf physische Bestrafung und strenge Kontrolle legen, als dies bei Mittelschichteltern der Fall ist, entwickeln die Unterschichtkinder mehr aggressives Verhalten. Viele empirischen Untersuchungen bestätigen diese Annahme, (Bandura und Walters 1959, Lynn 1961, McCord, McCord und

Howard 1961, Mussen und Conger 1956, Sewell 1960, Walder 1961)

Kagan und Moss (1960) zeigen, daß eine strenge Erziehung bis zum dritten Lebensjahr weniger aggressionsfördernd zu sein scheint, als dies bei Anwendung dieser Erziehungsmethode im Alter zwischen drei und sechs Jahren der Fall ist. Sears stellt fest, daß "restrictiveness" und "hostility" zu einer maximalen Aggression gegen das eigene Ich führen.

Eine Kontrolle dieser Aggressionsformen (auch wenn sie umgelenkt oder verdrängt sind) gelingt nur, wenn die Restriktionen von den Eltern konstant durchgehalten werden. Inkonsistenz kann also ein bedingender Faktor für aggressives Verhalten sein.

Becker (1964) stellt folgenden Zusammenhang zwischen bestimmten Elternverhalten und der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fest:

	Restrictiveness	Permissiveness
Warmth	Systemhalter	Schöpfer
Hostility	Neurotiker	Delinquent

Für die schichtspezifische Unterscheidung heißt das:

- (1) Die Unterschicht erzieht mehr mit Hilfe von "power-assertive" Techniken (Hostility) und eher "restrictive" als "permissive". Aggressionsentladung in verfeinerter Form wird in der Unterschicht erschwert.
- (2) Die Mittelschicht benutzt eher argumentative Methoden. Der Erziehungsstil ist mehr durch "permissiveness" und "warmth" gekennzeichnet.



Lüdtke (1971) klassifiziert die allgemeinen Orientierungsmuster von Mittelschicht und Unterschicht in Anlehnung an Oevermann (1969), Mollenhauer (1970) und Neidhardt (1968) wie folgt:

Grundmuster		intern gerichtet		extern gerichtet	
US	MS	US	MS	US	MS
Partikularismus	Universalismus	Familienismus	Individualismus	Rezeption d. Sozialstruktur	Interpretation d. Sozialstruktur
Passivität	Aktivität	Konformismus	Akzeptierung v. Autonomie	Mißtrauen gegenüber Institutionen	Offenheit gegenüber Institutionen
Gegenwartsorientierung	Zukunftorientierung	Dominanz d. Mutter	Dominanz d. Vaters oder Partnerschaft d. Eltern	familienbezogener Verkehrskreis	erweiterter Verkehrskreis
geringer Planungshorizont	weiter Planungshorizont				
Normenrigidität	Normenflexibilität	rigide Geschlechterrollenlimitation	flexible Geschlechterrollenlimitation	geringe Teilnahme an Öffentlichkeit	stärkere Teilnahme an Öffentlichkeit
Personalisierte Moral	Abstrakte Moral	Identifikation v. Gruppe u. Selbst	Trennung v. Gruppe u. Selbst	Ethnozentrismus	kosmopolitische Haltung
Geringes Rollenrezeptionsniveau	größeres Rollenrezeptionsniveau	Erwachsendenorientiertheit	Kindorientiertheit	Orientierung an Freizeit und Konsum	Orientierung an Berufserfolg
geringes Aspirationsniveau	hohes Aspirationsniveau	Betonung von Ordnung	Betonung v. Leistung		
Autoritarismus	Liberalität	Konfliktlösung durch Betöne	Konfliktlösung durch Diskussion		
Impulsivität	Selbstkontrolle	oder Rückzug in peer Gruppen			

Diese Klassifikation ist keinesfalls vollständig, sondern kann beliebig erweitert werden. Entscheidend bleibt, daß vermutlich Partikularismus versus Universalismus den allgemeinsten Unterschied zwischen den beiden schichtenspezifischen Subkulturen bezeichnet, während die anderen Eigenschaftspolaritäten dieser allgemeinen Dimensionen darstellen, deren Reichweite und Faktoren am Beispiel zweier Autoren noch näher zu erläutern ist.

#### 6.2.2.4 Konsequenzen für die Vermittlung von Gesundheitswissen

Untersuchungen, die einen Einfluß unterschiedlicher Erziehungspraktiken auf den Vermittlungsprozeß von gesundheitlichem Wissen zum Gegenstand haben, konnten nicht gefunden werden.

Zander und Quinn (1962) stellen fest, daß Angst oder Unsicherheit der Selbsteinschätzung größtenteils aus einer extrem zwiespältig strukturierten Umgebung oder aus einer so extrem eindeutig strukturierten Umgebung resultiert, derdem Individuum keinerlei Handlungsspielraum läßt. (dies trifft vor allem auf Unterschichtkinder zu).

Gray, Moody und Kesler (1968) untersuchen, welche Rolle der sozio-ökonomische Status einer Familie spielt in Hinblick auf die Inanspruchnahme einer gesundheitlichen Fürsorge vor allem für ihre Kinder. Wie auch bereits von anderen empirischen Studien belegt, zeigte sich, daß Eltern der Unterschicht in weit geringerem Maß gesundheitliche Fürsorge in Anspruch nehmen, als dies bei Eltern der Mittelschicht der Fall ist. Dieser Unterschied ist rückführbar auf Unterschiede in den Erwartungen und Wertschätzungen von gesundheitsfürsorglichen Institutionen bei Eltern der Unter- und Mittelschicht. So wird Eltern der Mittelschicht häufiger und ausführlicher empfohlen, mit ihren Kindern eine gesundheitsfürsorgliche Institution aufzusuchen, als dies bei Eltern der Unterschicht geschieht. Eltern aus niedrigen Schichten sehen daher häufig einen Besuch in einer gesundheitsfürsorglichen Institution als unwichtig oder unnötig an. Die Untersuchungsmethode bestand aus Interviews.

Lawton (1962) stellt fest, daß psychische Spannungs- und Konfliktzustände, wie sie durch Inkonsistenz, Erziehungspraktiken und Auseinandersetzungen im Familienkreis oder mit der Umwelt oder durch extrem hohes Leistungsstreben verursacht werden, führen zu einer Verstärkung der Rauchgewohnheiten. Lawton fordert daher, daß in einer Anti-Rauch-Kampagne auch diese Faktoren

berücksichtigt werden müssen.

Mechanic (1962) untersucht, welchen gesellschaftlichen und subkulturellen Schwankungen der Begriff der Krankheit unterworfen ist.

Talbert (1962) stellt fest, daß vor allem in der vorsorglichen Zahnbehandlung große Unterschiede zwischen Mittel- und Unterschicht bestehen. Personen, die der Mittelschicht angehören, gehen in weit höherem Maß vorsorglich zum Zahnarzt.

Morris (1967) untersucht den Aufbau und Teilbezirke öffentlicher Gesundheitsfürsorgen. Er untersucht Faktoren, die den Patienten bewegen, private oder öffentliche Fürsorgestellen aufzusuchen. Er unterscheidet sozial privilegierte und sozial nicht privilegierte Gruppen im Hinblick auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Hilfe. Die Rolle des Arztes und der Patienten wird genau definiert.

Gonzales, Solien und Behar (1966) sehen in kulturellen Determinanten (Tradition, Wissen) einen sehr großen Einfluß auf Ernährung und Kindererziehung, auch im Hinblick auf die Gesundheit.

6.

### 6.2.3 Aspekte sprachlicher Entwicklung

Bing (1963) stellt fest, daß verbal leistungsfähige Mütter die verbale Leistungsfähigkeit ihrer Kinder steigern. Sie geben ihren Kindern in der frühen Kindheit mehr verbale Anregung; sie erinnern sich deutlich an die ersten Fertigkeiten ihrer Kinder; sie sind kritischer bei schlechten Schulleistungen; sie besorgen den Kindern in erhöhtem Maß Bücher und lassen das Kind mehr an den Tischgesprächen teilnehmen; sie gehen in der Interaktionssituation auf die Bitten und Aussagen der Kinder besser ein.

Einen genauen Überblick über die relevante Literatur bietet Cazden (1966).

Bernstein unterscheidet den elaborierten Kode und den restringierten Kode. Die Mittelschicht bedient sich des "elaborated codes", die Unterschicht des "restricted codes".

Als wesentlichste Kennzeichen der jeweiligen Sprachformen können angesehen werden:

der elaborierte Kode

1. die logischen Modifikationen werden durch grammatikalisch komplexe Satzkonstruktionen vermittelt. Große Verwendung von Konjunktionen und Nebensätzen.
2. häufiger Gebrauch von Präpositionen (zeitlich wie logisch)
3. häufige Verwendung der unpersönlichen Pronomina
4. diskriminierende Auswahl aus einer Reihe von Adjektiven und Adverbien
5. es handelt sich um eine Form des Sprachgebrauchs, die auf die Möglichkeiten hinweist, die einer komplexen begrifflichen Hierarchie inhärent sind und die die Organisation der Erfahrung erlauben.

der restringierte Kode

1. kurze, grammatisch einfache, oft unfertige Sätze vor dürftiger Syntax
2. Verwendung einfacher und immer derselben Konjunktionen (so, dann, und)
3. häufige Verwendung kurzer Befehle oder Fragen
4. starre und begrenzte Verwendung von Adverbien
5. seltener Gebrauch unpersönlicher Pronomina
6. die individuelle Auswahl aus einer Reihe traditioneller Wendungen und Aphorismen spielt eine große Rolle
7. der Symbolismus besitzt einen niedrigen Grad an Allgemeinheit.

Schichtspezifische Differenzen im Sprachgebrauch der Kinder sind bereits ab sechzehnten Monat zu beobachten. Die größere Anzahl an Geschwistern läßt das Unterschichtkind häufiger mit den Geschwistern als den Eltern kommunizieren, sodaß sie seltener den Anstrengungen ausgesetzt sind, auf einen sprachlich differenzierteren Sprechstil reagieren zu müssen.

Der autoritäre Erziehungsstil der Unterschicht drückt sich auch auf sprachlicher Ebene aus: die Eltern sind selten bemüht, ihren Kindern zu erklären, warum sie etwas tun sollen oder zu unterlassen haben. Deshalb bleibt den Kindern aus der Unterschicht der Bezugsrahmen für die erlernten Verhaltensweisen meist verschlossen. Die Orientierung an unmittelbaren Signalen erschwert es weiter, ein Erfahrungsmuster aus der unmittelbaren Situation herauszulösen und sie als Element der Begriffsbildung zu verwenden. Die Kommunikation zwischen Eltern und Kind ist in der Unterschicht viel niedriger als in der Mittelschicht. (Oevermann 1967)

Das Thema dieses Gutachtens beschränkt sich auf den Einfluß der Familie auf das Gesundheitswissen der Kinder. Dieser Einfluß ist vor allem sprachlicher Natur, da Wissen größtenteils über das Medium Sprache vermittelt wird. In dem nun folgenden Teil des Gutachtens soll genauer auf die Aspekte des Wissens eingegangen werden.

## 7. Das gesundheitsbezogene Wissen

### 7.1 Definition von Wissen

Bruner (1971) sieht das Wissen vor allem als ein Problem der Repräsentation an. Er unterscheidet drei Formen der Repräsentation:

- (1) Die handlungsmäßige Darstellung
- (2) Die bildhafte Darstellung
- (3) Die symbolische Darstellung

Man kann, mit anderen Worten, "etwas wissen", "etwas kennen", indem man "es tut, dadurch, daß man es sich bildhaft vorstellt, und dadurch, daß man ein symbolisches Mittel wie z.B. die Sprache verwendet." (S.27)

Bruner erläutert diese verschiedenen Formen des Wissens am Beispiel des Knotens. "Nachdem wir etwa einen bestimmten Knoten knüpfen gelernt haben, so 'kennen' wir ihn durch das gewohnheitsmäßige Handlungsschema, das wir erworben haben." (S.27)

"Unter bildhafter Darstellung verstehen wir das Bild des Knotens, seiner Endphase oder einer Zwischenphase oder sogar das Bewegungsbild des Knüpfens...Ein bestimmter Knoten gleicht überlappenden Kreisen." (S.27)

"Die Darstellung eines Knotens durch Symbole ist nicht so leicht denkbar, denn sie verlangt von vornherein die Wahl eines symbolischen Kodes, in dem er geschrieben werden soll...Überdies gilt es, bei der sprachlichen Beschreibung eines Knotens eine Entscheidung zu treffen: Man kann den vorliegenden Knoten ganz konkret oder als Element einer allgemeinen Klasse von Knoten beschreiben." (S.27/28)

Man kann nun Wissen, das man in einer der drei genannten Darstellungsformen zur Verfügung hat, nicht unbedingt so deuten, daß man es auch in den anderen Formen besitzt. "Das Bild vor Augen (oder im Kopf) zu haben, heißt nicht unbedingt, daß man die Handlung, die es darstellt, auch ausführen kann. Das wissen alle diejenigen sehr gut, die ein Buch des Typs 'Skifahren im Bilde' gekauft haben." (S. 27) Das gleiche gilt selbstverständlich auch für die Beziehungen zwischen bildhaftem und symbolischem oder handlungsmäßigem und symbolischem Wissen.

Man kann feststellen, daß diese drei Darstellungssysteme beim Menschen nebeneinander bestehen. Manches "weiß" man nur in der Weise, daß man die entsprechende Handlung ausführt, in anderen Fällen kann man sein "Wissen" in der Sprache ausdrücken oder man ist in der Lage, auf bildliche Darstellungen zurückzugreifen.

Wenn diese verschiedenen Formen der Darstellung beim erwachsenen Menschen nebeneinander bestehen, so gibt es in der Entwicklung doch Phasen, in denen die eine oder andere Form überwiegt. Im ersten Lebensjahr des Kindes herrscht fast ausschließlich die handlungsmäßige Darstellungform vor. Am Ende des ersten Jahres ist das Kind auf dem Weg, die Welt in Bildern und räumlichen Schemata, welche relativ unabhängig von der Handlung sind, darzustellen, wobei allerdings anfänglich "eine

starke manipulatorische Komponente als notwendige Stütze der Vorstellungsbilder bestehen" bleibt (S. 44). Die Verwendung der symbolischen Darstellungsform fällt hauptsächlich mit der Phase der Sprachentwicklung zusammen, da die Sprache "das spezialisierteste 'natürliche' System der symbolischen Aktivität" ist (S. 55).

Die Verwendung unterschiedlicher Darstellungsmittel in den einzelnen Entwicklungsphasen hat natürlich Konsequenzen für die Art des Wissenserwerbs beim Kind. Das Wissen, das ein Kind in einer bestimmten Entwicklungsphase erwirbt, wird zunächst die Darstellungsform haben, die in dieser Phase vorherrscht. Bei einem Kind von 4 Jahren wird z. B. die Organisation des Wissens vor allem in Bildern und Schemata vor sich gehen. Daneben besitzt es aus seinen früheren Jahren auch ein Wissen, das aber möglicherweise nur im Handeln selbst verfügbar ist. Später wird es dann vor allem über die Sprache Wissen erwerben.

Daß das Wissen, das jemand in einer bestimmten Entwicklungsphase erwirbt, zunächst die Darstellungsform annimmt, die in dieser Phase vorherrscht, bedeutet nun allerdings nicht, daß dieses Wissen auch immer in dieser Form verbleibt. Man kann vielmehr von der begründeten Annahme ausgehen, daß zwischen den verschiedenen Wissensformen dauernd "Übersetzungen" stattfinden. Daß solche "Übersetzungen" von einer Wissensform in die andere notwendig sind, wird einsichtig, wenn wir das Problem des "Wissens" nicht nur unter dem Aspekt der "Darstellung durch", sondern auch unter dem der "Darstellung für" betrachten. Wenn wir z. B. davon ausgehen, daß sich Wissen, das wir in unserer Sprache zur Verfügung haben, auch in Handlung ausdrücken soll, dann muß eine Übersetzung dieses symbolischen Wissens in Handlung stattfinden. Wenn sich Widersprüche zwischen den verschiedenen Wissensformen zeigen - wie in dem Fall, in dem einem Kind gesagt wird, daß zwei gleiche Plastilinbälle auch dann in ihrer Masse gleich bleiben, wenn man einen Plastilinball verformt, und das Kind sieht, daß die Plastilinbälle

nach der Verformung des einen verschieden groß aussehen - dann muß dieser Widerspruch aufgelöst werden, wenn wir das Wissen für unser Handeln einsetzen wollen.

Bruner sieht in der Möglichkeit der Übersetzung von Wissen von einer Darstellungsform in die andere eine wichtige Triebkraft für die geistige Entwicklung des Menschen. Und er ist der Ansicht, daß unsere westliche technische Zivilisation eine starke Tendenz hat, Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Ebenen des Wissens herzustellen.

## 7.2 Definition von Gesundheitswissen

Welche Folgerungen ergeben sich nun aus den Überlegungen Bruners zum Problem des Wissens für unser Thema?

Zunächst kann man daraus schließen, daß sich das, was man als "Gesundheitswissen" bezeichnet, in verschiedenen Formen äußern kann. Wir verfügen zum einen über "Gesundheitswissen" in der Weise, daß wir uns in bestimmten Situationen adäquat verhalten. Hier besteht das Gesundheitswissen aus einem Repertoire aus Verhaltensweisen, die in irgendeinem Sinn zur Erhaltung unserer Gesundheit beitragen.

Gesundheitswissen kann aber auch in Form von Bildern zur Verfügung stehen. Es handelt sich in diesem Fall um Informationen über Sachverhalte aus dem Bereich von Gesundheit und Krankheit, die wir über unsere Wahrnehmung aufgenommen haben. Das Wissen besteht dann in der Kenntnis gewisser Krankheitsbilder.

Schließlich sprechen wir über Gesundheitswissen, wenn jemand uns zum Bereich "Gesundheit" etwas sagen kann. Er muß in der Lage sein, bestimmte Erkenntnisse, die auf diesem Gebiet bestehen, sprachlich wiederzugeben. Solche Äußerungen können sich von einfachen Alltagserfahrungen, die man selbst gemacht hat, bis zu medizinischen, psychologischen und soziologischen Einsichten erstrecken, die man nur mittelbar über bestimmte Medien erlangen konnte. So verschieden also diese Einsichten



im Einzelfall auch sein können, gemeinsam ist ihnen, daß sie sich in der Sprache ausdrücken lassen.

Wenn von "Gesundheitswissen" die Rede ist, dann bezieht man sich meist auf diese letztere Form des Wissens. Man meint demnach gewöhnlich dasjenige Wissen, das sich durch eine schriftliche oder mündliche Befragung ermitteln läßt. Daß jedoch mit den Antworten, die eine Person geben kann, der Umfang ihres Gesundheitswissens nicht erschöpft ist, legen die Untersuchungen Bruners nahe.

Eine zweite Schlußfolgerung ist die, daß nicht unbedingt eine Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitswissens zu bestehen braucht. Jemand kann bestimmte Ansichten über die richtigen Maßnahmen gegen eine Krankheit äußern und sich dennoch im Krankheitsfalle anders verhalten. Möglicherweise kann die Ursache für diesen Widerspruch darin liegen, daß das Gesundheitswissen, das sich in den praktischen Handlungen ausdrückt, zu einem früheren Zeitpunkt gelernt wurde und auf diese Weise den Status kultureller Selbstverständlichkeit erlangte. Man kann ein umfangreiches Wissen über Behandlungsmethoden besitzen und dennoch jede Krankheit mit einer Wärmflasche angehen, weil das "zu Hause so üblich war".

### 7.3. Verschiedene Aspekte des Gesundheitswissens

Wir beschränken uns zunächst auf Gesundheitswissen im Sinne symbolischen Wissens, d. h. eines Wissens, das durch Befragung ermittelt werden kann.

Zum andern interessiert im Rahmen des Themas vor allem der Zusammenhang zwischen diesem Gesundheitswissen bei Kindern und der Sozialisationsinstanz Familie. Es ist also die Frage, inwieweit die Familie zum symbolischen Gesundheitswissen einen Beitrag leistet.

Aus diesen beiden Punkten folgt, daß sich die Untersuchung auf die Frage zu konzentrieren hat, welcher Zusammenhang zwischen dem Niveau des symbolischen Gesundheitswissens bei Kindern und der familialen Kommunikationsstruktur besteht. Bevor wir uns dieser Frage zuwenden,

ist aber zunächst einmal zu überlegen, in welche Bereiche das Gebiet, das mit Gesundheitswissen bezeichnet wird, untergliedert werden kann. Es lassen im wesentlichen folgende Bereiche unterscheiden:

#### 7.3.1 Wissen über Prophylaxe

Es handelt sich um den Bestand an Wissen, der in irgendeiner Weise mit einer "gesunden Lebensführung" zu tun hat. Es wird sich hauptsächlich um Kenntnisse der Bedingungen handeln, die zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. ("Man darf sich bei Kälte nicht zu leicht anziehen" oder "man sollte keine eiskalten Getränke herunterschütten".)

#### 7.3.2 Wissen über Krankheitsformen und ihre Ursachen

Es geht hier um den Wissensbestand, der es dem einzelnen ermöglicht, Krankheiten zu erkennen (bei sich und bei anderen) und auf ihre möglichen Ursachen zu schließen. Dieses Wissen kann einmal der zukünftigen Prophylaxe dienen (man hat erfahren, wie man in Zukunft diese Krankheit vermeiden kann), zum andern Hinweise auf Heilmethoden geben.

#### 7.3.3 Wissen über Heilmethoden

Dieses Wissen kann sich von einfachen "Hausrezepten" bis zur Kenntnis medizinischer Verfahren erstrecken. Es ist demnach einmal Wissen, das man selbst anwenden kann, zum andern Wissen, das zu einem Verständnis der Verfahrensweisen unseres Gesundheitswesens beiträgt.

#### 7.3.4 Wissen über Gesundheitswesen

Dieses Wissen kann sich wiederum auf verschiedene Aspekte beziehen:

- (1) Wissen über bestehende Institutionen
- (2) Wissen über organisatorische Formen dieser Institutionen
- (3) Wissen über die in diesen Institutionen ausgeübten (Heil-) Verfahren
- (4) Wissen über die Bedingungen der Benützung und Inanspruchnahme solcher Einrichtungen.

## 7.4 Der Einfluß der Familie auf das gesundheitsbezogene Wissen der Kinder

### 7.4.1 Theoretische Darstellung

Die Frage ist nun, welchen Beitrag die Familie zu diesen verschiedenen Formen des Wissens leistet. Da wir uns auf symbolisches Wissen bei Kindern beschränkt haben, wird es vor allem darum gehen, welchen Beitrag die familiäre Kommunikation zum Gesundheitswissen der Kinder leistet (denn: wir gehen von der Annahme aus, daß das symbolische Wissen auch aus der verbalen Kommunikation innerhalb der Familie entsteht).

Von welchen Faktoren ist nun die Kommunikation über Gesundheitswissen innerhalb der Familie abhängig?

Von den zahlreichen Faktoren, die innerhalb der Forschung zur Kommunikation aufgestellt wurden, scheinen uns vor allem die folgenden von zentraler Bedeutung:

- (1) Informationsstand der Eltern
- (2) Kommunikationsverhalten innerhalb der Familie allgemein
- (3) Kommunikationsverhalten der Eltern in Bezug auf Fragen der Gesundheit (siehe hierzu Pkt. 5)

Der "Informationsstand der Eltern" läßt sich aufschlüsseln in:

- (a) zutreffendes Wissen über Gegenstand
- (b) falsches Wissen über Gegenstand
- (c) fehlendes Wissen über Gegenstand.

"Kommunikationsverhalten innerhalb der Familie allgemein" bezieht sich auf den Sachverhalt, daß wir bei den einzelnen Familien je nach Schichtzugehörigkeit unterschiedliche Kommunikationsstile vorfinden. Es geht um die Untersuchungen zum "elaborierten" und "restringierten" Code der sozialen Schichten (siehe hierzu Pkt. 6.2.3). Das "Kommunikationsverhalten der Eltern in Bezug auf Fragen der Gesundheit" beeinflussen den innerhalb einer sozialen Schicht üblichen Kommunikationsstil der Eltern ihren Kindern gegenüber in spezifischer Weise. Es kommen hier noch Anschauungen über die "Angemessenheit" solcher Inhalte für Kinder wie auch Tabuisierungen

von seiten der Eltern herein. (Siehe hierzu Pkt. 2.2 und Pkt. 6.2.2.3.)

#### 7.4.2 Schematische Darstellung

Wir gehen von folgendem Schema aus:

<u>Eltern</u>		<u>Kinder</u>
Informationsstand	Kommunikation	"Gesundheitswissen"

Das Gesundheitswissen der Kinder wird also in Abhängigkeit von dem Informationsstand und der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern gesehen. Beide Faktoren wirken ineinander. Mangelhaftes oder falsches Wissen der Kinder über Fragen der Gesundheit können demnach auf mangelnder/falscher Information der Eltern und/oder mangelhafter/falscher Kommunikation zwischen Eltern und Kindern beruhen. (Den Faktor "Verstehen der von den Eltern gegebenen Information" subsumieren wir hier unter die Kommunikationsleistung der Eltern; wir gehen also hier von der Annahme aus, daß Verstehen der Information durch die Kinder vor allem von der Fähigkeit der Eltern abhängt, ihre Sprache dem Verständnis der Kinder anzupassen.)

Das obige Schema läßt sich weiter aufschlüsseln:

<u>Informationsstand bei Eltern</u>	<u>Kommunikation</u>	<u>Informationsstand bei Kindern</u>
(1) fehlende Information	offene/unverzerrte Kommunikation	(Wissen um fehlende Information bei Eltern, Wissen um Annahmen der Eltern)
	mangelhafte/verzerrte Kommunikation	fehlendes Wissen/falsche Information
(2) falsche Information	offene/unverzerrte Kommunikation	falsche Information
	mangelhafte/verzerrte Kommunikation	falsche Information, meist noch mangelhaft

(3) richtige Information	mangelhafte Kommunikation	teilweise richtige Information/teilweise falsche Information
	verzerrte Kommunikation	falsche Information
	offene/unverzerrte Kommunikation	richtige Information

### 7.4.3 Empirische Materialien

Mahadevan (1964) untersuchte 51 männliche Patienten, die auf Grund von ernährungsbedingten Mangelerscheinungen im Krankenhaus lagen. Sechs genauere Fallstudien werden gegeben. Es zeigte sich, daß die Mehrzahl der Individuen sich erst dann als krank betrachtete, wenn teilweise oder vollständige Arbeitsunfähigkeit vorlag. Weiter zeigte sich, daß Individuen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status weniger informiert waren und weniger Wissen über gesundheitsrelevante Daten hatten als Individuen mit höherem sozio-ökonomischem Status.

Windham, Stojanovic und Loftin (1961) untersuchen die Einstellungen von Personen zu einem Krankenhaus. Die Einstellungen werden mit Hilfe einer Bewertungsskala gemessen. Es zeigte sich, daß Personen höherer Schichten insgesamt positivere Einstellungen zeigten als Personen niedriger Schichten. Je größer und besser die bereits gewonnene Erfahrung mit Krankenhäusern war, und je ausführlicher die darüber enthaltene Information war, desto positiver fiel die Bewertung aus.

Ross (1962) untersucht 200.000 Personen hinsichtlich ihres Alters, ihrer Geschlechtszugehörigkeit, ihres sozio-ökonomischen Status, ihrer Schulbildung und der Häufigkeit ihres Arztbesuches. Es sollte festgestellt werden, welche Faktoren die Häufigkeit des Arztaufsuchens beeinflussen. Die Faktoren Alter und Geschlecht zeigten keinerlei Einfluß. Es zeigte sich, daß das Erkennen von Krankheitssymptomen so-

wohl bei Personen der Unter- wie der Mittelschicht zum Aufsuchen des Arztes führte. Bei Personen der Mittelschicht war dies allerdings häufiger zu beobachten. Ein signifikanter Unterschied war hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge zu erkennen: auf dem Gebiet der Zahnmedizin in besonders ausgeprägter Form. Personen der Mittelschicht suchten weit häufiger einen Arzt auf, um Gesundheitsschädigungen vorzubeugen, als Personen der Unterschicht. Als Ursache dieses Unterschiedes werden (1) die größeren Geldmittel, (2) die spezifischen Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit und (3) das ausgedehnte Wissen und die besseren Informationen der Mittelschicht angesehen werden.

Reinhardt (1961) stellt fest, daß ein geringer oder gestörter Kommunikationsaustausch in der frühen Kindheit schwere Verhaltensstörungen (Delinquenz, Neurosen und Psychosen) zur Folge haben kann. Über Auswirkungen auf den Vermittlungsprozeß von Wissen berichtet er nicht.

Aus Appell's (1963) Untersuchung geht hervor, daß in 88 % der amerikanischen Familien jeden Nachmittag ferngesehen wird. Keine oder nur ungenügende Programmselektion führt bei Kindern zu Aggressionen, mangelnder Kontaktfähigkeit, Realitätsferne, Angst und Passivität.

Der Schluß liegt nahe, daß in solchen Familien die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern reduziert ist, und daß relativ viel Information und Wissen über das Medium Television vermittelt wird.

Gonzales, Solien und Behar (1966) diskutieren die kulturellen Determinanten des Ernährungsverhaltens und der Kindererziehung. Sie zeigen den ungeheuer großen Einfluß von Traditionen auf intendierte Neuerungen auf: stark traditionsbewußte Personen zeigten sich äußerst abgeneigt gegenüber der Einführung neuer, ungewohnter Erziehungs- und Ernährungspraktiken.

Glatzel (1970) stellt fest: "Die Gewohnheiten sind es, die in erster Linie über Nahrungswahl und Nahrungszubereitung entscheiden." (S.331) "Die Gewohnheit ist entscheidend für die sinnesphysiologisch-emotionale Bewertung eines Nahrungsmittels." (S.331) "Von Geschlecht, Lebensalter, Herkunft

und Erlebnissen hängt es ab, welche spezifischen Gewohnheiten wir entwickeln." (S.332)

Glatzel sieht eine große Gefahr in den sogenannten Glaubenslehren. Sie vermindern oder hindern die Verbreitung wissenschaftlich fundierter Kenntnisse über optimale Ernährung. Er stellt fest, daß sich die Allgemeinheit viel zu oft von wissenschaftlich drapierter Werbung beeinflussen läßt, daß von Seiten der Wissenschaft zu wenig gezielte und im großen Rahmen effektive Aufklärung betrieben wird.

Gehen wir also von der Frage aus, welche Daten über gesunde Ernährung den Kindern von Seiten der Eltern vermittelt werden, und zwar sowohl symbolisches, wie enaktives als auch ikonisches Wissen, so kommen wir zu dem Schluß, daß das bei den Eltern vorhandene Wissen bereits teilweise ungenügend oder verzerrt vorliegt. Den Kindern kann folglich auch nur ungenügende oder verzerrte Information über Fragen der gesunden Ernährung vermittelt werden.

Die Hypothese ist dahingehend, daß dies nicht nur auf Informationen über gesunde Ernährung zutrifft. (z.B. auch zu Fragen der Hygiene und Körperpflege, oder Haltungsschäden.)

Kloos (1954) untersucht eine ganze Gemeinde hinsichtlich ihres Verhaltens und ihrer Einstellungen gegenüber Gesundheit und Krankheit. Auch dabei zeigt sich die wichtige Rolle der Tradition und die Furcht, sich lächerlich machen zu können. Eine immer wieder auftretende, typische Interviewantwort war; auf die Frage hin, warum bei Auftreten eines Leidens nicht ein Arzt aufgesucht worden wäre:

"There is a lot of things I know you're supposed to do something about, but there's a lot of reasons why you don't...I'd look silly, wouldn't I, going to see a doctor for a backache. My mother always had a backache..." (S.36)

Wenn wir hier auch keine definitiven Aussagen über den Einfluß der Eltern auf die Kinder hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Wissens finden, so läßt sich doch folgern, daß das gesundheitsbezogene Verhalten der Eltern in sehr starkem Ausmaß von den Kindern imitiert und gelernt wird.

(Der Interviewte erklärt sein Verhalten zum Teil durch das Verhalten seiner Mutter, deren Information und Kenntnisse er vermittelt bekommen hat.)

Auch Rohde (1962) stellt fest, daß die Haltung gegenüber dem Arzt und die Einstellung gegenüber Krankheit nicht von der Religion beeinflusst wird, sondern "von den sozialen Klassen".(S.35)

Anderson (1966) gibt einen Überblick über die Gesamtheit der in den USA befindlichen "Health Service Systems" und deren Wandel in Bezug auf soziale Faktoren.

Calderwood und den Beste (1966) zeigen, daß der Prozeß einer Wissensvermittlung dann besonders effektiv ist, wenn Jugendliche zuerst innerhalb einer aus Jugendlichen bestehenden "peer-group" über die sie interessierenden Probleme sprechen können, und erst daraufhin in den Vermittlungsprozeß mit Erwachsenen eintreten.

Globetti und Sullivan (1966) entnehmen ihrer Untersuchung über die Rauchgewohnheiten von 132, einer Zufallsstichprobe entnommener Jugendlicher folgende Ergebnisse:

19 % Raucher, 40 % Nicht-mehr-raucher und 41 % Niemals-raucher. Über 60 % hatten im Alter von 14 zu rauchen begonnen.

Grund des Rauchens: Spaß, Tabak wird als Initiator angenehmer Gefühle angesehen, Entspannung, Übernahme der Erwachsenenrolle.

Einflußfaktoren auf das Rauchverhalten: Geschlecht, (mehr männliche als weibliche Raucher wurden gefunden), Alter, (mit zunehmendem Alter nahm auch die Raucherrate zu, Religionszugehörigkeit, (aktive Kirchenbesucher tendierten dazu, eine große Anzahl an Nichtrauchern zu stellen.)

Der Einfluß der Eltern auf die Rauchgewohnheiten der Kinder wird weniger prägend angesehen, als der Einfluß gleichaltriger Bezugsgruppen.

Hier liegt der Schluß nahe, daß, hinsichtlich der effektiven Information über die Schädlichkeit des Rauchens, nicht auf den Vermittlungsprozeß der Eltern rekurriert werden kann, sondern auf den Einfluß der "peer-group".

Van den Haag und Rinehart (1966) kritisieren die Untersuchungsmethoden von Dunham, Phillips und Srinivasan, die



einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Schizophrenie und der Zugehörigkeit zur Unterschicht feststellen.

Döpp-Woesler (1970) sieht die Funktion der Gesundheits-  
erziehung des Kindes in einer, vor allem von der Schule  
zu betreibenden, dem Alter gemäßen Erläuterung der Art  
und Weise einer gesunden Lebensführung. Ausgehend von  
dem immensen Einfluß bestimmter Einstellungen definiert  
sie Gesundheitserziehung als ein "planmäßiges, systemati-  
sches Bemühen...Faktoren und Tatbestände zu beleuchten, die  
das Leben des Menschen in der Familie, an der Arbeitsstätte  
und im Erholungsort bestimmen." Sie betont vor allem die  
große Bedeutung eines gut strukturierten, gezielten Schul-  
unterrichts über gesundheitliche Belange des täglichen  
Lebens. (z.B. das Wissen über die Art und Weise der Über-  
belastung am Arbeitsplatz, Besprechung von Krankheits-  
erregern etc.)

"Hemmend ist die Meinung vieler Erzieher, man könne für  
aktuelle Themen der Humanbiologie und Gesundheitserzie-  
hung schwer ein dem Verständnis und der Vorbildung der  
Jugendlichen angemessene Form der Darstellung finden. "  
Über die im Rahmen dieses Gutachtens so wichtige Frage  
nach dem Ausmaß und der Intensität dieser gesundheits-  
lichen Vorbildung wird nicht eingegangen.

Döpp-Woesler erwähnt zwar sporadisch die Unkenntnis des  
Schulkindes hinsichtlich bestimmten gesundheitlichen Wissens  
geht aber nicht auf den hierfür verantwortlichen Einfluß  
der Sozialisationsinstanz Familie ein.

Für die Fragestellung dieses Gutachtens noch relevante  
Literatur befindet sich im Anhang des Gutachtens:

Döpp-Woesler, "Hygienebewußtsein - gestern, heute und morgen!"  
"Über die Einstellung zur Gesundheit in verschiedenen  
Lebensaltern" von Enke und Schönrok (1967) und "Zum  
Stand des Gesundheitswissens der Schüler in der allge-  
meinbildenden polytechnischen Oberschule der DDR" von  
Kurze (1968)

## 8. Schlußfolgerungen

Weder gibt es die Sozialisationstheorie, noch den Sozialisationsvorgang. Die hier gesichtete Literatur liefert eine Vielzahl an Einzelaspekten, die alle in den weiten Rahmen der Sozialisationstheorie fallen. Hier fehlt eine Theorie größerer Allgemeinheit, deren formales Rahmenwerk es ermöglicht, diese Vielzahl an Einzelaspekten vergleichbar und überprüfbar zu machen.

Die, gerade auf dem Gebiet der Familienforschung besonders zahlreich vorliegenden, amerikanischen Untersuchungen werfen die Frage nach der interkulturellen Vergleichbarkeit auf.

Whiting (1954) sieht eine wichtige Aufgabe interkultureller Vergleiche in der Möglichkeit, Hypothesen von einem Kulturbereich in den anderen zu transferieren, um ihre Glaubwürdigkeit effektiver testen zu können.

Strodtbeck (1964) fordert, daß die in Untersuchungen anderer Verhaltenssysteme gewonnenen Verallgemeinerungen von Hypothesen innerhalb innerhalb des eigenen kulturellen Systems studiert werden sollen, um die Originalhypothesen, wenn nötig, modifizieren und verwerfen zu können.

Auch Berry (1969) sieht im interkulturellen Vergleich die Möglichkeit, neue Hypothesen in neue Konstellationen zu tragen und zu testen, um sie universell generalisierbar zu machen.

Dies Vorgehen verlangt die Konstituierung eines festgelegten theoretischen Rahmensystems, innerhalb dem die "cross-cultural studies" vergleichbar gemacht werden können.

Die zu diesem Thema gesichtete Literatur entstammt teils der Medizin, der Psychologie, der Psychiatrie und der Soziologie; d.h. sowohl der Ansatzpunkt als auch die Untersuchungsmethoden differieren.

Irle (1966) überprüft u.a. die Validität der Anamnese als sozialpsychologisches Meßinstrument. Er weist darauf hin,

daß sich viele medizinischen Untersuchungen nicht oder nur sehr mangelhaft nach den Postulaten statistischer Meßmethoden richten. Die interdisziplinäre Kooperation von Sozialwissenschaftlern und Medizinern ist noch sehr ungenügend.

Aus dem Bericht von Wegmann (1966), daß 50 % der Kinder an Haltungsschäden, 96 % an Zahnschäden und 59 % an nervösen Verhaltensstörungen leiden, kann geschlossen werden, daß in mindestens 50 % der Familien offensichtlich der Stand des Gesundheitswissens mangelhaft, oder die Kommunikation zwischen Eltern und Kind unzureichend ist. Die Frage ist nun, ob diese Tatsache auf fehlender oder falscher Information der Eltern beruht, oder ob richtige Information der Eltern durch den Kommunikationsprozeß verzerrt wird. Die aufgefundene Literatur zeigt, daß der gesundheitsbezogene Informationsstand vom sozio-ökonomischen Status der jeweiligen Familie abhängt, und daß bestimmte gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen in den jeweiligen sozialen Subkulturen differieren. Es konnte jedoch keine Literatur gefunden werden, die sich speziell mit dem Einfluß der Sozialisationsinstanz Familie über den kommunikativen Vermittlungsprozeß mit dem gesundheitsbezogenen Wissen der Kinder beschäftigt. Es werden vor allem Untersuchungen über gesundheitsbezogene Verhaltensweisen vorgenommen, ohne auf das diesen Verhaltensweisen zugrundeliegende Wissen zu rekurrieren. Das Gutachten kann also als eine Art Projektvorschlag für die auf diesem Gebiet noch notwendigen Untersuchungen angesehen werden.

9. Literaturverzeichnis

- ADLER, A.: Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Darmstadt 1965
- ALLPORT, G. W.: Persönlichkeit, Meisenheim/Glan 1959
- ANDERSEN, R. und O. W. ANDERSEN: A decade of health services, Chicago/Ill. 1967
- ANDERSON, O. W.: Influences of social and economic research on public policy in the health field, a review, Milbank Memory Quarterly 1966, 44, 3, Part II Jul. 11-48
- APPELL, C. T.: Television viewing and the pre-school child, Marr. Fam. Living 1963. 25. 3. Aug. 311-318
- BARDURA, A.: Social learning through imitation, in Nebraska symposium on motivation, Lincoln/Nebr. 1962, 211-269
- Social learning theory of identificatory processes in Goslin, D. A. (ed.): Handbook of socialization theory and research, 1969, 213-262
  - und A. C. Huston: Identification as a process of incidental learning, J. abnorm. soc. psychol. 1961, 63, 311-318
  - D. Ross und S. A. Ross: Transmission of aggression through imitation of aggressive models, J. abnorm. soc. psychol. 1961, 63, 575-582
  - D. Ross und S. A. Ross: Imitation of film-mediated aggressive models, J. abnorm. soc. psychol. 1963, 66, 3-11
  - D. Ross und S. A. Ross: A comparative test of the status envy, social power and secondary reinforcement theories of identificatory learning, J. abnorm. soc. psychol. 1963, 67, 527-534
  - R. H. Walters: Adolescent aggression, New York 1959
- BECKER, W. C.: Consequences of different kinds of parental discipline in: Reviews in child development research 1964, 169 ff.
- BEISSER, A. R., N. Glasser und M. Grant: Psychological adjustment in children of schizophrenic mothers, J. of Nervous and Mental Disease, 1967, 145 (6), 429-440
- BENNETT, I.: Delinquent and neurotic children, New York 1960
- BERNSTEIN, B.: Some sociological determinants of perception. An inquiry into sub-cultural differences, in: British J. of Sociology, 1958, 9
- Language and social class, in: British J. of Sociology, 1960, 11
  - Social class and linguistic development - a theory of social learning, in: Halsey/Floud/Anderson (eds.): Education, economy and society, Glencoe 1961, 288-314

- BERNSTEIN, B.: A socio-linguistic approach to social learning, in: language and speech, 1962, 5, 221-240
- A socio-linguistic approach to social learning, in: Penguin survey of soc. science, J. Gould (ed.) London 1965, 144-168
  - Der Unfug mit der 'kompensatorischen' Erziehung, in Betrifft: Erziehung 1970, 9
  - Sozio-kulturelle Determinanten des Lernens, in: KZfSS, Sonderheft 4, 1959, 52-79
- BETTLEHEIM, B.: Individual and mass behavior in extreme situations, J. abnorm. soc. Psychol. 1943, 38, 417-452
- BING, E.: Effect of childrearing practices on development of different cognitive abilities, in: Child Development, Vol. 34 (3) 1963, 631-648
- BLOOM, B. J.: Stability and change in human characteristics. New York 1964
- BLOOM, R.: Dimensions of mental health in adolescent boys, J. of clinical psychology 1970, 26 (1) 35-38
- BRANDIS, W. und D. Henderson: Social class, language and communication, London 1971
- BOTT, E.: Family and social network: roles, norms and external relationships in ordinary urban families, London 1957
- BRUCHSTEIN, E.: Die Sozialisation des Arbeiterkindes in familie und Schule, in: Soziologie der Familie, KZfSS 1970, Sonderheft 4. Hrsg. R. König
- BREITENBECHER, H. J., R. Mauff, M. Triebe und Koll. Bentwitz: Kinderläden, Revolution der Erziehung oder Erziehung zur Revolution?, Hamburg 1971
- BRIM, O. G. jr.: Family structure and sex role learning by children: a further analysis of Helen Koch's data, Sociometry 1958, 21, 1-16
- BRONFENBRENNER, U.: The changing american child - a speculative analysis, J. soc. Issues 1961, 17, 1. 6-18
- Toward a theoretical model for the analysis of parent-child relationships in a social context, in E. Hollander, R. Hunt (eds.): current perspectives in social psychology New York 1963, 137-143
- BROWLBY, J.: Maternal care and medical health, WHO, Genf 1952
- BRUNER, J. S.: Going beyond the information given, contemporary approaches to cognition, Cambridge 1957
- The course of cognitive growth, Amer. Psychologist 1964, 19, 1-16
  - et.al.: Studien zur kognitiven Entwicklung, Stuttgart 1971
- CAESAR, B.: Autorität in der Familie, Hamburg 1972
- CALDERWOOD, D. und L. den Beste: Developing open communication about sex with youth, J. Marr. Fam. 1966, 28, 4. nov. 524-526

- CAMPBELL, D. T.: Conformity in psychology's theories of acquired behavioral dispositions, in J. A. Berg, B. W. Bass (eds.): Conformity and deviation, New York 1961
- CAPLAN, G.: Some comments on community, psychiatry and social power, Social Problems 1966, 14, 1 sum. 23-25
- CAZDEN, C. D.: Subcultural differences in child language: an interdisciplinary review, Merrill-Palmer Quarterly 1966, 12
- CHARTIER, G. M.: The effects of reward and punishment on identificatory learning in disadvantaged children, Dissert. Abstr. Intern. 1971, Apr. Vol. 31 (10-B) 6253-6254
- CHIANG, C. L.: Vital and health statistics. An index of health: mathematical models, US Dept. of Health, Education and Welfare, Nat. Center for Health Statistics, Washington/DC 1965
- CHOMBART de LAUWE, Y. M. J. (ed.): Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté. Essai de solution des variables du milieu et de l'hérédité dans l'étude des troubles du comportement, Paris 1959
- CHURCH, R. M.: The varied effects of punishment on behavior, Psycholog. Rev. 1963, 70, 369-402
- CLAESSENS, D. und F. W. Aenn: Zur Dynamik der bürgerlichen Familie und ihrer möglichen Alternativen, in: R. Köhlig (Hrsg.): Soziologie der Familie, KZfSS, Sonderheft 4 1970, 169-198
- COX, H. M.: Effect of maternal attitudes, teacher attitudes and type of nursery school training on the abilities of middle-class preschool children, Dissert. Abstr. Intern. 1969, 30 (5-A) 1862
- CRAIN, A. J., M. B. Sussman und W. B. Weil jr.: Effects of a diabetic child on marital integration and related measures of family functioning, J. Health Human Behavior 1966, 7.2. sum. 122-127
- CRITCHFIELD, R. S.: Conformity and character, Amer. Psychologist 1955, 10, 191-198
- DAHRENDORF, R.: Gesellschaft und Demokratie in Deutschland, München 1965
- Studien zur Soziologie 7, München 1967
- DEVEREUX, E. C., U. Bronfenbrenner und G. J. Suci: Patterns of parent behavior in the USA and the Federal Republic of Germany: a cross-national comparison, in: Internat. Social Science J., Vol. XIV. 1962/3, 488-506
- DOLLARD, J. und N. E. Miller: Personality and psychotherapy, New York, 1950
- DÖPP-WOESLER, A.: Dringlichkeit und Aktualität der Gesundheitserziehung, Marburg 1970
- Hygienebewußtsein - gestern, heute und morgen, Ärztliche Praxis, XXII, 1970, 70, 3704-3707
- EDWARDS, J. N. (ed.): The family and change, New York 1969

- ENKE, H. und G. Schönrok: Über die Einstellung zur Gesundheit in verschiedenen Lebensaltern, Ztschr. f. d. gesamte Hygiene u. ihre Grenzgebiete, 1967, 9, 700 ff.
- ERIKSON, E. H.: Kindheit und Gesellschaft, 2. Aufl., Stuttgart 1965
- FALLDING, H.: The family and the idea of a cardinal role, in G. Handel (ed.): The psychological interior of the family, Chicago 1967
- FELDSTEIN, P. J.: Research on the demand for health service Milbank Memor. Fund. Quart. 1966, 44, 3, Part II, July, 128-162
- FERSTER, C. B. und B. F. Skinner: Schedules of reinforcement New York 1957
- FESTINGER, L.: Informational social communication, Psychol. Review 1950, 57, 271-282
- A theory of social comparison process, Hum. Relat. 1954, 7, 117-140
- FINK, R. und S. Shapiro: Patterns of medical care related to mental illness, J. of health and human behavior, 1966, 7, 2, sum., 98-105
- FLAVELL, J. H.: The developmental psychology of J. Piaget. Princeton/N. J. 1963
- FLOMENHART, K. und D. M. Kaplan: Clinical significance of current kinship relationships, Social Work 1968, 13, 1, jan., 68-75
- FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur, Frankfurt u. Hamburg 1953 (Fischer-Taschenb.)
- Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Fischer-Tb., Frankfurt u. Hamburg 1961
- Das Unbewußte, Schriften zur Psychoanalyse, Fischer-Tb., Frankfurt u. Hamburg 1963
- FROMM, E.: Die Furcht vor der Freiheit, Zürich 1945
- GENZ, H.: Mütterberatung in der Großstadt, heute und morgen. in Deutsche Zentrale f. Volksgesundheitspflege (Hrsg.): Gesundheitshilfe für das Kind, Kongreßbericht 1968, Frankfurt 1968, 46-59
- GLATZEL, E.: Die Ernährung in der technischen Welt, Stuttgart 1970
- GLIDWELL, J. C. (ed.): Parental attitudes and child behavior, Springfield/Ill. 1961
- GLOBETTI, G. und R. V. Sullivan: A survey of teenage smoking behavior in a Mississippi community, Arts and Sciences Series 1966, 2, jun.
- GONZALES, N. de, N. L. Solien und M. Behar: Child-rearing practices, nutrition and health status, Milbank Memory Fund Quarterly 1966, 44, Part II. apr., 77-96
- GOODE, E. (ed.): Marijuana, New York 1969
- GOODE, W. J.: Die Struktur der Familie, Köln u. Opladen, 1966
- The family, New Jersey 1964

- GRAY, R. M., P. M. Moody und J. P. Kesler: Factors in the utilization of health services for children in special education, Rocky Mountain Social Science J. 1968, 5, 1, apr., 129-135
- HABERMAS, J.: Thesen zur Theorie der Sozialisation, Stichworte und Literatur zur Vorlesung im SS 1968 (Kaubdruck)
- HAFETER, C.: Kinder aus geschiedenen Ehen, Bern u. Stuttgart 1960
- HANSON, P. G., P. Rothaus, D. L. Johnson und F. A. Lyle: Autonomous groups in human relations training for psychiatric patients, J. of applied behavioral sciences 1966, 2, 3, sep., 305-324
- HARTER, C. L. und V. W. Parrish jr.: Maternal preferences of socialization agent for sex education, J. of Marr. and the Family 1968, 30, 3. aug., 418-426
- HARTIG, M. und U. Kurz: Sprache als soziale Kontrolle, neue Ansätze zur Soziolinguistik, Frankfurt 1971
- HESS, R. D.: Social class and ethnic influences in socialization, in P. H. Mussen (ed.): Carmichael's Manual of Child Psychology, 3rd Ed., Vol. II, New York 1970
- HEBBERINGTON, B. M.: Effects of paternal absence on sex-typed behaviors in negro and white males, Soc. Abstr., Vol. 15, 4, c, 6107, 1967
- HILL, W. F.: Learning theory and the acquisition of values, in Psycholog. review, 1960, 67, 317-332
- HOBENLE, E.: Grundfragen proletarischer Erziehung, Frankfurt 1969
- HOLLINGSHEAD, A. B. und F. C. Redlich: Social class and mental illness, New York 1958
- HOLZKAMP, C.: Die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten, in: Familienerziehung, Sozialschicht und Schulerfolg, b: e Redaktion, Weinheim, Berlin, Basel 1971
- IRLE, M.: Sozialwissenschaftliche Methoden in der Medizinforschung, KZfSS 1966, 18, 1, 43-61
- JONES, E. E. und H. B. Gerard: Foundations of social psychology, New York 1967
- KAGAN, J. und M. A. Moss: The stability of passive and dependent behavior from childhood to adulthood, in: Child Development 1960, 31, 577-591
- KAHL, J. A. und Davis: A comparison of indexes of socioeconomic status, Amer. Sociol. Rev. 1955, 20, 317-325
- KASL, S. V. und W. Schlingensiepen: Effects of educational discrepancy in parents on self-reported mental health of male college students, J. of Clinical Psychology 1970, 26 (1), 64-65
- KELVIN, P.: Socialization and conformity, J. Child Psychol. Psychiat., Vol. 12, 1971, 211-222
- KING, C. H.: Family therapy with the deprived family, Social Casework, 1967, 48, 4, apr., 203-209
- KOCH, M. B.: Anxiety in preschool children, Merrill-



- KOHN, M. L.: Social class and parental values, *Americ. J. of Soc.* 1958, 64, 337-351
- Social class and the exercise of parental authority, *Sociological Review* 1959, 24, 352-366
  - Social class and parent-child-relationships, *American J. of Sociology* 1962/3, 68, 471-480
- KÖNIG, R.: *Materialien zur Soziologie der Familie*, Bern 196
- *Alte Probleme und neue Fragen der Familiensoziologie*, *KZfSS* 1966, 18, 1, 1-20
- KOOS, E. L.: *The health of Regionville: what the people thought and did about it*, New York 1954
- KOSA, J., A. Antonovsky und I. K. Zola (eds.): *Poverty and health: a sociological analysis*, Cambridge/Mass. 1969
- KRAPPMANN, L.: *Neuere Rollenkonzepte als Erklärungsmöglichkeit für Sozialisationsprozesse*, in: *Familienerziehung, Sozialschicht und Schulerfolg*, b:e Redaktion, Weinheim, Berlin, Basel 1971, 161-183
- KRECH, D. und R. S. Crutchfield: *Grundlagen der Psychologie Band I*, Weinheim, Berlin, Basel, 1969
- KUROKAWA, M.: *Family solidarity, social change and childhood accidents*, *J. of Marriage and the Family*, 1966, 28, 4. nov., 498-506
- KURZE, M.: *Zum Stand des Gesundheitswissens der Schüler in der allgemeinbildenden politechnischen Oberschule der DDR*, *Ärztliche Jugendkunde* 1968, 59, juni, 97-106
- LANDIS, J. T.: *Dating maturation of children from happy and unhappy marriages*, *Marr. Fam. Living*, 1963, 25, 3, Aug. 351-352
- LAWSON, E. D.: W. E. Boek, : *Correlation of indices of families' socio-economic status*, *Soc. Forces*, 1960, 39, 149-152
- LAWTON, M. P.: *Psycho-social aspects of cigarette smoking*, *J. of health and human behavior*, 1962, 3, Feb. 163-170
- LEVIN, M.: *Permissive child-rearing and adult role behavior in children*. Paper presented at East Psychol. Assn. Atlantic City, N. J. 1952
- LIPSET, S. M., R. Bendix, : *Social status and social structure: a re-examination of data and interpretations*, *British J. of Sociol.* 1951, 2, 150-168
- LÜDTKE, H.: *Soziale Schichtung, Familienstruktur und Sozialisation*, in: b:e Redaktion (Hrsg), *Familienerziehung, Sozialschicht und Schulerfolg*, S. 32-160, Weinheim 1971
- LÜSCHEN, G. und R. König, : *Jugend in der Familie*, München 196
- LYNN, D.: *The process of learning parental and sex-role identification*; in: *J. of Marr. and the Fam.*, 1966, 28, 4, nov. 466-470

- LYNN, R.: Personality characteristics of the mothers of aggressive and unaggressive children, in: J.genet. Psychol. 1961,99, 159-164.
- MACCOBY, E.E.: Role-taking in childhood and its consequences for social learning, in: Child Developm.1959, 30, 239-252
- MACCOBY, E.E., L.Masters: Attachment and dependency, in: Carmichael's Manual of Child Psychology, P.H.Kussen(ed. 3 rd.ed.vol.II, New York 1970
- MACCOBY, E.E., T.H.Newcomb, E.L.Hartley; Readings in social psychology, New York 1958
- MACDONALD, A.: Manifestations of differential levels of socialization by birth order, in: Developmental Psychology, 1969, 3, 485-492
- MAHADEVAN, I.: Social factors in some nutritional deficiency disease, in: Indian J. of social work,1962,23,1 apr., 41-51
- MARCUSE, H.: Triebstruktur und Gesellschaft, Bd.115,Suhrkamp, Frankfurt 1965
- MANEKE, M.,K.Faerber, W.Steuer, W.Hagen, J.Schmidt,: Diskussion über die Aufgaben der Mütterberatung heute und morgen, in: Deutsche Zentrale für Volksgesundheit(Hrsg) Gesundheitshilfe für das Kind, Kongreßbericht 1968, Frankfurt 1968
- MCBREATHY, J.F., A.R.Marston und F.H. Kanfer,: Conditioning a verbal operant in a group setting: direct vs vicarious reinforcement, in: Amer.Psychologist, 1961,16,425(abstr)
- MCCORD, W., J.McCord, A.Howard: Familial correlates of aggression in nondelinquent male children, in: J.abnorm soc.Psychol. 1961,62, 79-93
- MEAD, G.H.: Mind, self and society, Chicago/London 1934, dtsh: Geist, Identität und Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1968
- MECHANIC, D.: The concept of illness behaviour, in: J.of Chronic Disease, 1962,15,feb, 189-194
- MESSNER, W.W.S.J.: Family dynamics and psychosomatic processes, in: Family Process, 1966,5,2,sep, 142-161
- MELTON, A.W.(ed): Categories of human learning, New York, London 1964
- MOLLENHAUER, K.: Sozialisation und Schulerfolg, in: Deutscher Bildungsrat (Hrsg), Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd 4, Begabung und Lernen, S.228 f. Stuttgart 1969
- MORRIS, R.: Governmental health programs affecting the american family: some new dimensions for governmental action, in: J.of Marr.and the Fam.,1967,29,1,feb,64-70
- MOWRER, O.H.: Learning theory and personality dynamics, New York 1950
- MUMBAUER, C.C. und J.O.Miller: Socioeconomic background and cognitive functioning in preschool children, in: Child Development, 1970,41(2), 471-480

- MURRAY, H.A: Explorations in personality, New York 1968
- MUSSEN, P.H. und Conger J: Child development and personality, New York 1956
- MUSSEN, P.H. und L.Distler: Masculinity, identification, and father-son relationship, in: J.abnorm.soc.Psychol 1959, 59, 350-356
- NASH, E.M., L.Jessner und D.W.Abse (eds): Marriage counseling in medical practice, Chapel Hill, NC, 1964
- NEIDHARDT, F: Schichtenspezifische Vater- und Mutterfunktionen im Sozialisationsprozeß, Soziale Welt 1965
- NEIDHARDT, F: Schichtbedingte Elterneinflüsse im Erziehungs- und bildungsprozeß der heranwachsenden Generation, Bundesministerium für Familie und Jugend (Hrsg) Bad Godesberg 1967
- NEIDHARDT, F: Schichtspezifische Elterneinflüsse im Sozialisationsprozeß, in: G.Wurzbacher (Hrsg), die Familie als Sozialisationsfaktor, Stuttgart 1968
- NEIDHARDT, F: Strukturbedingungen und Probleme familiäre Sozialisation, in: KZfSS, Sonderheft 14, 1970, S.144-160
- OEVERMANN, U: Soziale Schichtung und Begabung, in: Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 6, 1966
- OEVERMANN, U: Sprache und soziale Herkunft. Ein Beitrag zur Analyse schichtungsspezifischer Sozialisationsprozesse und ihrer Bedeutung für den Schulerfolg, Frankfurt 1967, Man.Diss.
- OEVERMANN, U: Schichtspezifische Formen des Sprachverhaltens und ihr Einfluß auf die kognitiven Prozesse, 297 in: Deutscher Bildungsrat (Hrsg), Gutachten und Studien der Bildungskommission. Bd 4, Begabung und Lernen, Stuttgart 1969
- PARSONS, T: The social system, Glencoe Ill. 1951
- PARSONS, T: Soziologische Theorie, Neuwied 1963
- PARSONS, T: Social structure and personality, Glencoe, Ill. free press 1964
- PARSONS, T: Definition von Gesundheit und Krankheit im Wertbegriff und der sozialen Struktur Amerikas, in: A.Mitscherlich et al (Hrsg), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, S.56-87, Köln, Berlin 1967
- PARSONS, T, R.F.Bales: Family, socialization, and interaction process, Glencoe Ill. 1955
- PIAGET, J: Das moralische Urteil beim Kind, Zürich 1954
- PIAGET, J: Die Entwicklung des Zahlenbegriffs beim Kinde Stuttgart 1965
- PIAGET, J: Psychologie der Intelligenz, Stuttgart 1967

- POLLAK, O: Issues in family diagnosis and family therapy, in: J.Marr.Fam. 1964, 26, 3, aug. 279-287
- PURCELL, F.P. und M.Hillson: the disadvantaged child: a product of the culture of poverty, his education, and his life chances, in: Eugenics Quarterly 1966, 13, 3, sep. 179-185
- REICH, W: Der triebhafte Charakter(infanitl-genitale Phase) Wien 1925
- REINHARDT, J.M: Psychopathy seen as a breakdown of early communication, in: J.of offender Therapy, 1961, 5, 2, sep. 9-10
- RICHER, S: The economics of child rearing, in: J.of Marr. Fam. 1968, 30, 3, aug, 462-466
- RICHTER, H.-E: Eltern, Kind und Neurose, Reinbek 1969
- ROGERS, D: Issues in child psychology, Belmont, Calif.1969
- ROHDE, J.J: Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962
- ROSENBERG, C.M: Young drug addicts: background and personality, Sydney, J.nerv.ment.Dis.148, 1969, 65-73
- ROSS, J.A: Social class and medical care, in: J.Health and human Behavior, 1962, 3, 1, spr. 35-40
- ROTH, H: Die wichtigsten Ergebnisse der Gutachten aus dem Buch 'Begabung und Lernen'(Gutachten des deutschen Bildungsrates), Raubdruck
- RUTTER, M: Some current research issues in american child psychiatry, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 41, 4, 1, ovt, 339-370
- SAPER, D.J: Family therapy for children with behavior disorders, in: Family Process, 1966, 5, 2, sep, 243-255
- SCHELSKY, H: Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart, Stuttgart 1955
- SCHEUCH, E.K: Sozialprestige und soziale Schichtung, in: D.W.Glass und R.König (Hrsg), Soziale Schichtung und Mobilität, Kölner Zeitschrift f Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 5, Köln 1961
- SCHMIDT, V: Über die Entwicklung des Wistriebes beim Kind, Raubdruck, Zentralrat der sozialistischen Kinderlieder Berlin(West)(Hrsg)
- SEAGOE, M.V: An instrument for the analysis of children's play as an index of degree of socialization, in: J.of School Psychology, 1970, 8(2), 129-144
- SEARS, R.R: Identification as a form of behavioral development, in: D.B.Harris (ed), The concept of development, 149-161, Minneapolis 1957
- SEARS, R.R. und E.E.Maccoby und H.Levin: Patterns of child rearing, Evanston 1957
- SEARS, R.R. und R.Rau und R.Alpert: Identification and child rearing, Stanford 1965
- SEWELL, W.H: Social class and childhood personality, Paper read at Berkeley Conf.Pers.Childhood, Berkeley, May 1960

- SKINNER, B.F: Science and human behavior, New York: The Macmillan Comp. 1953
- SOLOMON, R.L: Punishment, in: Amer. Psychologist, 1964, 19, 239-253
- SPITZ, R: Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The psychoanalytic study of the child. Vol. I. 1945
- SPITZ, R: Die Entstehung der ersten Objektbeziehung, Stuttgart 1957
- SPREY, J: Family disorganization: toward a conceptual clarification, in: J. Marr. Fam. 1966, 28, 4, nov, 398-406
- STONE, A.R: Interparental concordance and severity of children's psychiatric conditions, in: J. of Marr. Fam. 1966, 28, 4, nov. 491-494
- SULLIVAN, H.S: The interpersonal theory of psychiatry, New York 1953
- TALBERT, R.H: Ecological variations in dental health in a metropolitan community, in: J. Health and Human Behavior, 1962, 3, 2, sum. 128-132
- THERON, A: Children and adolescents: a bio-cultural approach to psychological development, New York, N.Y. 1969
- THIBAUT, J.W. und H.H. Kelley: The social psychology of groups, New York 1959
- TOMAN, W: Family constellation, New York 1961
- TURNER, R: Role-taking process versus conformity, in: A.M. Role (ed), Human behavior and social process, London 1962
- VAN DEN HAAG, E. und J.W. Rinehart: On diagnosed mental illness and social class I and II. in: American Sociological Review, 1966, 31, 4, aug. 544-547
- VASKOVICS, L.A: Religionssoziologische Aspekte der Sozialisation wertorientierter Verhaltensformen, in: Theoretische Aspekte der Religionssoziologie (II), Internationales Jahrbuch für Religionssoziologie Bd 3, J. Matthes (Hrsg), Köln, Opladen 1967
- WALDER, L.O: Application of role and learning theories to the study of the development of aggression in children: III. An attempt at an empirical test of a theory. in: Psychol. Rep. 1961, 9, 306-312
- WARDWELL, W.I. und M. Hyman und C.B. Bahnson: Stress and coronary heart disease in three field studies, in: J. of Chronic Disease, 1964, 17, 73-84
- WARNER, W.L. und W. Meeker und K. Eelis: Social class in America, Chicago 1949
- WHITING, J.W.M: Sorcery, sin and the superego: A cross cultural study of some mechanisms of social control, in: M.R. Jones (ed), Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln: University of Nebraska 1959 174-195

- WHORF, B.L: Sprache-Denken-Wirklichkeit, rde, Hamburg 1963
- WILLIAMS, A.F: Social drinking, anxiety, and depression, in: J.of Personality and Social Psychology, 1966,3,6, jun. 689-693
- WINDHAM, G.O.,E.J.Stojanovic und M.T.Loftin: Attitudes toward a new Hill-Burton Hospital in a south Mississippi county, in: Progress Report in Sociology and Rural Life, 1961, vol.18.apr. S.13 ff
- WOLINS, M: Political orientations, social reality and child welfare, in: Social Service Review, 1964,38,4,dec. 429-442
- YARROW, L.J: Seperation from parents during early childhood, in: M.L.Hoffman und L.W.Hoffman (eds), Review of child development research, vol.I. N.Y.1964
- ZANDER, A. und R. Quinn: The social environment and mental health: A review of past research at the institute for social research, in: J.of Social Issues, 1962,18,3,jul. 48-66

Nachtrag:

- SECORD, P.F.und C.W.Backmann: Social psychology, int.student edition, New York, Toronto, London, Tokyo 1964
- BERRY, J.W: On cross-cultural comparability, in: Intern.J. of Psychology, 1969, vol.4. 119-271
- STRODTBECK, F: Considerations of meta-method in cross-cultural studies, in: Transcultural studies in cognition. A special publication of American Anthropologist, 1964, no.3,66, 323-329
- WEGMANN, R: Grundlagen und Möglichkeiten der Gesundheits-erziehung im Kindes- und Jugendalter, 18-32, in: Erzieh-ung zur Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, Schriften-reihe des Referats Kinderfürsorge, Deutscher Caritasver-band eV (Hrsg), Freiburg 1966
- WHITING, J.W.M: The cross-cultural method, in: Handbook of social psychology, G.Lindzey (ed), Cambridge Mass. 1954, 523-531

wird, und 40 Prozent über 100, und ein negatives Elternbild (10,7 Prozent).

Die psychiatische Behandlung ergibt sich aus unterschiedlichen Faktoren zur Förderung des Intelligenzquotienten bei den Heimkindern, von denen 81 Prozent unter 100 liegen, während das bei 46 Prozent der Pflegekinder mit bei 22 Prozent der Blindekinder der Fall ist. Selbst unter Auszahlung der organisch geschädigten Kinder weisen die Heimkinder immer noch die höchsten Werte auf, den Intelligenzquotienten von 45 bei Pflegekindern und 30 bei Blindekindern. Die Ergebnisse der Deblität. Hinsichtlich der Deblität sind die Ergebnisse bei den Heimkindern ebenfalls günstig, denn 22,7 Prozent der Heimkinder sind als Deblite eingestuft, während bei den Pflegekindern 37,7 Prozent und bei den Blindekindern 50,7 Prozent Deblite sind. Die Ergebnisse der Schulbildung. Hinsichtlich der Schulbildung sind die Ergebnisse bei den Heimkindern ebenfalls günstig, denn 40,7 Prozent der Heimkinder sind als Schulabgänger eingestuft, während bei den Pflegekindern 27,7 Prozent und bei den Blindekindern 10,7 Prozent Schulabgänger sind.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Heimkinder in allen Bereichen

Intelligenzquotient	45%
Deblität	22,7%
Schulbildung	40,7%

die Heimkinder weisen die besten Ergebnisse auf. Die Pflegekinder werden am besten durch die Mutter betreut. Dabei werden keine eindeutigen Kausalzusammenhänge ermittelt. Diese werden nach individuellen Biographien untersucht. Dabei ergibt sich, daß eine Betreuung durch die Mutter von der Heimaufnahme in den ersten Lebensmonaten sich allgemein günstig für die Entwicklung der Intelligenz auswirkt. Auch beim Leistungsprofil werden Vorteile einer, wenn auch nur kurzen, Betreuung durch die Mutter gegenüber dem Heim aufgedeckt.

Auf Grund der Ergebnisse der Untersuchung werden praktische Maßnahmen gefordert. So eine Vermeidung und bessere Ausbildung des Pflegepersonals in Heimen, eine Unterbindung von Heimwechsell im Trotz- und Entwicklungsalter sowie eine bevorzugte Pflege in der Kleinkindperiode und eine Beratung der Jugendlichen in der Pubertät.

Goode, William J.

X. DIE STRUKTUR DER FAMILIE

Höbinger, Deladen 1960, 107 Seiten

a) Eine theoretische Analyse der Familie in der menschlichen Gesellschaft, die die einschlägige Literatur als bekannt voraussetzt, in enger Bindung zu empirischer Forschung steht und auf Theoriebildung ausgerichtet ist. Goode hat die Absicht, damit ein Forschungsprogramm für die Familiensoziologie zu entwickeln. Er stellt deshalb auch eine Reihe noch nicht bewiesener Hypothesen heraus. Der Verfasser verbindet mit dieser auf Vorlesungen an der





nen können, ob sie Deutsche, Amerikaner, Weiße, Schwarze sind. Zudem weist ihre Hautfarbe rein äußerlich darauf hin, daß sie außerhalb des bestehenden Systems gezeugt sind.

Die wichtigste Funktion überhaupt ist die soziale Kontrolle des Kindes und Jugendlichen, die letztlich Ziel und Ergebnis der Sozialisierung ist. Die engste und am wenigsten durchbrochene soziale Kontrolle wird direkt oder indirekt von der Familie ausgeht. Wir sind so gut, wie wir sind, nicht weil die Polizei da ist, sondern weil wir innerlich lieber gut sind als schlecht oder böse. Das aber ist die Folge des Umstandes, daß wir beständig in einem Strom von Ermahnungen und Herabsetzungen von Seiten der Eltern, der Frau, des Mannes und der Kinder stehen. In diesem Zusammenhang „nicht übertrieben, wenn wir ...“ daß wir in erster Linie die gesamte Gesellschaft zusammenhält.

Nun kann die Verantwortung für die soziale Kontrolle nur definiert werden, wenn die Identifizierung feststeht. Die soziale Statuszuweisung ist hierfür die wesentliche Voraussetzung, und sehr also in einem direkten strukturell-funktionalen Zusammenhang mit der Sozialisierung. Schließlich steht auch die emotionale und wirtschaftliche Unterhaltung in einem strukturellen Zusammenhang mit den anderen Funktionen, weil etwa in Kulturen, in denen es wie in Polynesien eine eigene Jugendkultur gibt, die Versorgung der Jugendlichen überhaupt die wesentliche Möglichkeit ist, sie immer wieder in die Familie zurückzuholen. Die Frage, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine Institution die genannten Funktionen überhaupt erfüllen kann, ist zwingend dahin zu beantworten, daß nur die Familie, besonders die Kernfamilie, dazu in der Lage ist.

Im Rahmen der sich hinsichtlich 9 Typen von Illegitimität in der Partnerwahl ergebenden Regeln, die in einem Zusammenhang mit den Funktionen der Kernfamilie stehen, führt Goode aus, daß in allen sozialen Ordnungen, die eine große Freiheit in außerehelichem Geschlechtsverkehr gestatten, gleichzeitig die Zahlen der Heiratenden überhaupt und die der frühen Heiraten beträchtlich steigen. Im Zusammenhang mit den Regeln über die Illegitimität stehen die Regeln über die Partnerwahl, von denen das Inzesttabu als einziges überall gültig ist. Das amerikanische System der Partnerwahl wird eingehend erörtert, weil es eine Form darstellt, die sich in allen westlichen Ländern entwickeln wird.

Das „Dating“ als charakteristische Form wickelt sich zunächst als periphere Begegnung ab, die zu nichts verpflichtet. Es wird relativ früh in Gruppen gepflegt, unterliegt trotz der individuellen Freiheit in der Partnerwahl einer weitgehenden Kontrolle durch die Eltern und geschieht fast ausschließlich in der gleichen sozialen Schicht. Deutliche Unterschiede in der sexuellen Begegnung zeigen sich nach sozialen Schichten, wo die Jugendlichen aus der Unterschicht früheren Geschlechtsverkehr haben, die Mittel- und Oberschicht dafür das „Petting“ als Ersatz kennt.

Die Heirat in relativer geographischer Nähe ist im wesentlichen Ausdruck sozialer Faktoren, da in einem Wohnquartier im allgemeinen Menschen

gleicher Schicht und oft gleicher Religion wohnen, so daß die allgemein er-  
strebte Homogenität hinsichtlich sozialer Faktoren gewahrt ist.

Als Folge der Tatsache, daß die soziale Stellung des Mannes durch Beru-  
die der Frau aber durch Heirat bestimmt wird, gibt es in der Oberschicht  
einen relativ hohen Anteil unverheirateter Frauen, da diese bei Heirat eine  
sozial niedriger stehenden Partners im Gegensatz zum Mann einen Status  
verlust erleiden würden.

Im Kapitel über die moderne Kernfamilie und ihre Struktur steht das Ver-  
hältnis von Eltern zu den Heranwachsenden im Mittelpunkt. Die Unabhän-  
gigkeit der Kernfamilie spiegelt sich funktional in der Entwicklung einer  
„Jugendkultur“ wider. Beide Erscheinungen haben gewisse Eigenschaften, die  
sich funktional einander anpassen:

1. Der Heranwachsende muß seine soziale Stellung zunehmend durch Lei-  
stung erwerben; beim Jungen im Beruf, beim Mädchen durch die Partner-  
wahl. Darin können die Jugendlichen in ihrer Familie nicht eingeführt wer-  
den.
2. Die sozialen Rollen in der Familie sind für die Mütter am eindeutigsten  
bestimmt, für die Heranwachsenden am wenigsten. Durch diese Freiheit in  
ihrer Rolle sondern sie sich stärker ab.
3. Diese Absonderung ist weder erwünscht, noch wird sie erstrebt. Doch ent-  
wickelt sich damit die Übernahme von wichtigen Rollen in jugendlichen  
Gruppen.
4. Die Jugendlichen bewahren sich in dieser Zeit eine idealisierte Wert-  
struktur.
5. Die Entwicklung jugendlicher Gruppen kristallisiert sich zum Teil um  
höhere Schule und Hochschule und begünstigt damit eine nichtberuflich  
orientierte Kultur.
6. Der Inhalt dieser Kultur wird stark durch die Erwachsenenwelt und durch  
die jeweilige soziale Schicht bestimmt.
7. Es ist funktionell von Bedeutung, daß die Mitgliedschaft in Jugendgrup-  
pen eher durch Heirat als durch Aufnahme eines Berufes beendet wird.
8. Da der soziale Wandel eine zentrale Bedeutung in der heutigen Zeit hat,  
muß es Konflikte zwischen Jugend und Erwachsenen geben.

Im Verhältnis zwischen Familie und älteren Kindern zeigt sich bei der Kern-  
familie, daß die ausgeübten Pflichten stärker durch Liebe als durch soziale  
Pflichten bestimmt sind, wenn der Jugendliche erst einen Beruf mit Hilfe sei-  
ner Eltern gefunden hat. Pflichten werden von den Eltern gegenüber der  
Tochter nach der Verheiratung eher wahrgenommen als gegenüber dem Sohn.  
Tatsächlich ist das Ausmaß gegenseitiger Hilfeleistung zwischen älteren Kin-  
dern und Erwachsenen nicht gering, obwohl sich im späteren Alter für die  
Eltern zunehmend unabhängige familiäre Verhältnisse entwickeln, die noch  
genauerer Untersuchungen bedürften.

Die Arbeit schließt mit Fragen über die Ehescheidung und ihre sozialen Fol-  
gen sowie mit einer Diskussion über die interkulturell vergleichende Fami-  
liensoziologie.

Obwohl hinsichtlich Ehe und Familie eine gewisse Lockerung der Vorstellungen und Leitbilder erkennbar ist, sprechen sich doch 92 bzw. 93 Prozent dafür aus, nur die Ehe als Institution für die Reproduktion zu erlauben. Dieselbe Tendenz einer Wandlung herkömmlicher Vorstellungen bei einer grundsätzlich positiven Einstellung zu Ehe und Familie ergab sich auch bei einer Analyse des Verhaltens und der Einstellung von Jugendlichen.

Bei weiblichen Jugendlichen zeigt sich hinsichtlich der späteren Ehe eine sehr nüchterne Einstellung; eine Berufstätigkeit vor der Ehe wird als selbstverständlich erachtet. Oft wird betont, daß man in den späteren Jahren auch in der Ehe noch arbeiten möchte. Wohl gibt es Tendenzen, die Ehe als wirtschaftliche Sicherstellung zu betrachten, überwiegend wird aber die Berufstätigkeit bejaht als Sicherung gegenüber Krisen oder Desorganisationskrisen der späteren Familie.

In der Struktur der Familien setzt sich mehr und mehr die Kernfamilienform durch, die von der bürgerlich-patriarchalischen Familie zu einer neuen Form führt. Die Gleichrangigkeit der Partner muß allerdings noch als atypische Konstruktion betrachtet werden.

BAUMERT, Gerhard

EINIGE BEOBSACHTUNGEN ZUR WANDLUNG DER FAMILIALEN STELLUNG DES KINDES IN DEUTSCHLAND

in: Recherches sur la Famille, Volume II, Göttingen 1957, S. 1-16

a) Eine soziologische Analyse auf Grund von Beobachtungen und Untersuchungen aus den Jahren 1949 bis 1956, die die Wandlungen der familialen Stellung des Kindes, das freier und selbständiger in der heutigen Gesellschaft geworden ist, näher untersuchen will.

b) In der ersten Nachkriegszeit war die Stellung des Kindes und Jugendlichen einerseits durch die materielle Not in der Familie und andererseits häufig durch die Abwesenheit des Vaters bestimmt, die beide den Jugendlichen bestimmte Pflichten auferlegten. Die gegenwärtigen Wandlungen müssen von diesen Bedingungen abgehoben werden, denn es läßt sich nicht klar sagen, ob es sich um Folgen des Krieges oder gesamtgesellschaftliche Veränderungen handelt.

Im Verhältnis vom Vater zum Kind wird der direkte Einfluß des Vaters geringer; im familialen Feld steht der Vater für das Kind am Rande. Das läßt sich auch in Ländern feststellen, die durch den Krieg nicht betroffen waren. Manche Beobachtungen deuten darauf hin, daß die Eltern den Kindern heute mehr Spielsachen und bessere Kleidung kaufen, als es ihrer übrigen Lebenshaltung entsprechen würde. Zwei Umstände scheinen dafür maßgebend zu sein:

1. Ein Schuldgefühl bei den Eltern gegenüber der Tatsache, daß die Kinder vieles entbehren mußten.
2. Das Streben nach Prestige, das sich vor allem auf Äußerlichkeiten richtete

unde  
 ren vor  
 wachste  
 tere Urs  
 rpbte sid  
 mußte ger  
 stellt in  
 Verände  
 und in der  
 gegen die  
 wird eine V  
 warte / um  
 von Fami  
 stung. Z  
 sich ergab  
 mend die  
 tung die  
 rolle von  
 behelligen  
 über die Fo  
 ter Kinder  
 weiten Teil  
 untersucht  
 Erziehung  
 vorzuzieh  
 anen her be  
 Kinder in de  
 rschicht, ob  
 zu beobacht  
 von Mütter  
 weiterfamili  
 waden die E  
 wient von de

PREUX, Edw  
 GENS OF P.  
 FEDERAL R  
 Internation  
 abellen

Verhaltensm  
 SA sollen ver  
 der amerikani

und unter anderem an Kleidung und Spielsachen der Kinder gemessen wurde.

In Berichten von Kindern zeigt sich eine früher bei Bühler oder Spranger nicht beobachtete materialistische Grundhaltung der Kinder.

Eine weitere Ursache für die veränderte Stellung des Kindes gegenüber den Eltern ergibt sich wahrscheinlich aus der rationalen Geburtenkontrolle, da ganz bewußt gezeugte Kinder von vornherein eine andere Rolle in der elterlichen Vorstellung spielen.

Andere Veränderungen zeigen sich im Schrumpfen des vererbaren Eigentums und in der durch öffentliche Rentenversicherung bestehenden Unabhängigkeit gegenüber den Kindern im Alter. Beides scheint aufgefangen zu werden durch eine Verstärkung der persönlichen Beziehungen.

Die starke Ausrichtung auf sozialen Aufstieg für die Kinder wird weniger von einem Familienziel als von den eigenen, nicht erfüllten Lebenserwartungen bestimmt. Zeigt sich einerseits eine Übernahme von Erziehungsfunktionen durch eigene Institutionen, so ist es unverkennbar, daß von der Familie zunehmend erwartet wird, daß sie sich besonders um die Persönlichkeits-erziehung kümmert. Diese Erwartungen setzen sich um in gesellschaftliche Kontrolle und gesellschaftlichen Druck. Als Beispiel für diese Tendenz mag die Ehescheidung dienen. Die prinzipielle Ablehnung wird abgetragen, dafür tritt aber die Forderung stärker auf, die Entscheidung von den Erfordernissen der Kinder abhängig zu machen.

Im zweiten Teil wird die Rolle des Kindes in Familien verschiedener Schichten untersucht. Trotz einer Angleichung in den Erwartungen für die Kinder sind Erziehungsziele und Ausbildungswege in der Ober- und Mittelschicht mehr vom sozialen Prestige, in der Unterschicht mehr von der materiellen Situation her bestimmt. Am geringsten ist das Interesse an der Ausbildung der Kinder in der unteren Unterschicht, am stärksten in der Mittelschicht und Oberschicht, obwohl auch bei Facharbeitern sehr starke Aufstiegs-motivationen zu beobachten sind. Das gilt aber vorzugsweise für die Söhne, die besonders von Müttern sehr gefördert werden, während das Verhältnis zum Vater in Arbeiterfamilien bei aufsteigenden Söhnen oft sehr gespannt ist. Insgesamt verbinden die Eltern mit dem Aufstieg der Kinder aber Wünsche, die nicht allzuweit von der eigenen sozialen Stellung entfernt liegen.

DEVEREUX, Edward C., BRONFENSRENNER, Urie, u. SUCI, George J.  
PATTERNS OF PARENT BEHAVIOUR IN THE UNITED STATES OF AMERICA AND THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY: A CROSS-NATIONAL COMPARISON  
in: International Social Science Journal, Band XIV, 1962/3, S. 488-506,  
6 Tabellen

a) Verhaltensmuster im elterlichen Erziehungsprozeß in Deutschland und den USA sollen verglichen werden. Eine sozialpsychologische Untersuchung in einer amerikanischen Kleinstadt und in der Stadt Köln, die Schüler des sech-

sten Schuljahres erfaßt. Eine Ergänzungsstudie wurde in Schleswig-Holstein durchgeführt. Um die Möglichkeit eines interkulturellen Vergleichs unabhängig von einer Repräsentativerhebung zu ermöglichen, werden in der Analyse aus den vorliegenden Fällen 72 deutsche und amerikanische Schüler mit den gleichen demographischen Merkmalen paarweise ausgewählt. Die Teilnehmer waren schriftlich in Klassenräumen nach 45 Merkmalen elterlicher Erziehungspraktiken befragt worden. Dabei wurden neun Bereiche erfaßt: Elterliche Sorge (nurturance), instrumentelle Partnerschaft (instrumental companionship), auf Prinzipien aufbauende Disziplin (principled discipline), Verschreiben von Verantwortlichkeit (prescription of responsibility), Demonstration von Macht (power), körperliche Bestrafung (physical punishment), Druck zur Leistung (achievement pressure), Versagung von Privilegien (deprivation of privileges), expressive Zurückweisung (expressive rejection). Nachdem die empirische Gültigkeit des Verfahrens der Zuordnung nach Gruppen von Merkmalen auf Grund einer Faktorenanalyse in den beiden Gesamtgruppen überprüft wurde, werden die Angaben der beiden Gruppen von je 72 Schülern zu den neun Bereichen elterlicher Erziehungspraktiken analysiert.

b) Es ergeben sich weitgehende Unterschiede im elterlichen Verhalten, wie die grundlegende Analyse über Unterschiede elterlichen Verhaltens nach der Einordnung deutscher und amerikanischer Kinder (Tabelle 3) zeigt. Je niedriger in der folgenden Tabelle die Maßzahl ist, desto stärker ist das elterliche Verhalten.

Elterpraktiken	durchschnittliche Zuordnung USA	durchschnittliche Zuordnung Deutschland	Unterschied zugunsten deutscher Gruppe
Elterliche Sorge	6,94	5,06	1,88
Instrumentelle Partnerschaft	4,87	3,61	1,26
Prinzipielle Disziplin	5,59	4,31	1,28
Vorschreiben von			
Verantwortlichkeit	4,33	3,06	1,27
Demonstration von Macht	5,15	5,09	0,06
Körperliche Bestrafung	6,85	10,76	0,89
Druck zur Leistung	4,51	5,04	-0,53
Versagung von Privilegien	7,76	8,72	-0,96
Expressive Zurückweisung	6,51	7,35	-0,84

Insgesamt läßt sich nach dieser Analyse feststellen, daß deutsche Kinder über mehr Interaktionen mit den Eltern berichten. Sie sehen sich einer stärkeren Sorgewaltung durch die Eltern, aber auch einer stärkeren Ausübung von Autorität und körperlicher Bestrafung ausgesetzt, während die amerikanischen Kinder mehr dem Druck und Kritik sowie Druck zur Leistung unterliegen.

Die weiteren Analysen ergeben, daß in beiden Kulturen die Mutter von den Kindern als die aktivere gegenüber dem Vater empfunden wird. Das ist

noch verstärkt in a-aktivität des Vaters der prinzipiellen mische Mutter fordern auf. Hinsichtlich praktiken bei ameri- nise erhebliche auf- straft als Mädchen reibt. Gerade in- ren Jungen. Bei- ochtern zeigt sich- ändern stärker über- che Verfasser gene- u bedenken, daß d- ändern aus zwei- roßstadt ermittelte 114) sind jedoch gle- renz zwischen Gro- die überprüft. In- der Ergebnisse, d- eben. In einem Fall- insgesamt kann nach- Deutschen Kinder d- die amerikanischen- der Teilnahme an A- in der Entwicklung- ziell für Jungen. A- Persönlichkeit erw- Jugendlichen stärker- mehr auf Normen d-

DÜRRSEN, Annemar:  
HEIMKINDER UND PR  
Eine vergleichende  
Pflegefamilie  
in: Beiheft zur Prax  
gen 1958, 161 Seiten  
a) Eine kinderpsych-  
schen 6 und 7 Jahre;  
dern in Heimen un-  
wahllos ausgewählt-  
der Untersuchung  
Familien der Kinde-  
ten Voruntersuchung

jedoch verstärkt in amerikanischen Familien der Fall. In Deutschland ist die Aktivität des Vaters in einigen Bereichen sogar stärker als die der Mutter, so in der prinzipiellen Disziplin oder im Druck zur Leistung. Gerade die amerikanische Mutter fordert ihre Kinder dagegen mehr als der Vater zu Leistungen auf. Hinsichtlich der Behandlung beider Geschlechter weisen Erziehungspraktiken bei amerikanischen Eltern kaum Unterschiede, bei deutschen teilweise erhebliche auf. So werden deutsche Jungen weitaus stärker körperlich bestraft als Mädchen, während man diesen mehr Verantwortlichkeiten vorschreibt. Gerade in diesem Bereich erwarten amerikanische Eltern mehr von ihren Jungen. Bei den Beziehungen von Vater und Mutter zu Söhnen und Töchtern zeigt sich für beide Kulturen das gleiche Verhalten von Eltern mit Kindern stärker über das gleiche Geschlecht.

Die Verfasser geben im Hinblick auf die vorliegenden Ergebnisse zu bedenken, daß die ermittelten Differenzen auf Grund der Aussagen von Kindern aus zwei nichtrepräsentativen Samples und in einer Klein- und Großstadt ermittelt wurden. In anderen Untersuchungen wie der von Rapp (234) sind jedoch gleiche Ergebnisse ermittelt worden. Das Problem der Differenz zwischen Groß- und Kleinstadt wurde auf Grund einer Ergänzungsstudie überprüft. Es ergaben sich in den meisten Tests Übereinstimmungen oder Ergebnisse, die die Differenzen nur noch stärker erkennbar werden ließen. In einem Fall ergab sich das Gegenteil.

Insgesamt kann nach diesen Ergebnissen davon ausgegangen werden, daß die deutschen Kinder durch ihre Eltern mehr Liebe und Kontrolle erfahren als die amerikanischen. Daraus folgt eine verlängerte Abhängigkeit, Verzug in der Teilnahme an Aktivitäten in Gruppen Gleichaltriger und ein Aufschub in der Entwicklung von Motiven zu selbständigen Leistungen. Das gilt speziell für Jungen. Außerdem dürften daraus überhaupt Differenzen in der Persönlichkeit erwachsen, die sich auch darin zeigen, daß die deutschen Jugendlichen stärker auf Normen der Erwachsenen und die amerikanischen mehr auf Normen der jugendlichen Gruppen ausgerichtet sind.

DÜHRSSEN, Annemarie

#### HEIMKINDER UND PFLEGEKINDER IN IHRER ENTWICKLUNG

Eine vergleichende Untersuchung an 150 Kindern in Elternhaus, Heim und Pflegefamilie

in: Beiheft zur Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen 1958, 161 Seiten

a) Eine kinderpsychiatrische Untersuchung in Berlin, die 150 Kinder zwischen 6 und 7 Jahren erfaßte. Es handelt sich um eine Vollerhebung von Kindern in Heimen und Pflegestellen aus vier Stadtbezirken, die durch einige wahllos ausgewählte Fälle aus anderen Bezirken ergänzt wurde. Grundlage der Untersuchung war zunächst das vorhandene Aktenmaterial über die Familien der Kinder und die vom psychiatrischen Dienst der Stadt gemachten Voruntersuchungen. Die Kinder wurden mit ihren Müttern zu einer

aus: Ärztliche Praxis. Die Zeitung des Arztes  
in Klinik und Praxis.

XXII. Jahrgang Nr. 70. 1. Sept. 1970  
Seiten: 3704 - 3707.

Am 9./10. April fanden sich zu einer Tagung in Düsseldorf etwa 600 Teilnehmer ein, Hygieniker und im Dienste der Hygiene stehende Praktiker. Rapide zugenommen haben Darminfektionen und vor allem die infektiöse Hepatitis, erfuhr man bei der Eröffnung. Diese Verschiebungen im Befall und das Erscheinen von komplizierten Infektketten erfordern, daß Forschungsergebnisse der Hygiene allen Bevölkerungsschichten zugänglich gemacht werden, um ein kritisches Hygienebewußtsein auf breiter Basis zu wecken. — Eingeladen hatte die Henkel AG.

#### **Antibiotische Tarnkappen nicht mehr ausreichend**

Der Staphylokokken-Hospitalismus ist ein immer noch nicht bewältigtes Problem. Grün (Düsseldorf) hofft, daß den erkrankten Keimträgern und Keimstreuern, die das Inventar der Krankenzimmer und das Instrumentarium für Operation und Pflege mit gefürchteten, z. T. resistenten Keimstämmen besetzen, künftig eine intensivere keimeinengende Betreuung zuteil wird. Es genügt nicht mehr, Antibiotikaschirme über Patienten auszuspannen. Eindämmung und Verhütung von Kreuzinfektionen erfordern, daß stärker nach den Ursachen neuer Infektketten gesucht wird. Dabei sind auch Beatmungsgeräte, Waschbecken, Luftbefeuchter, Klimaanlage, Gewinnungsanlagen für demineralisiertes Wasser, die Berufskleidung von Ärzten und Schwestern einschließlich ihrer Schuhe und Strümpfe als Keimreservoir zu überprüfen und das Auftauchen der „epidemic strains“ unter den Staphylokokken zu durchleuchten.

Die Bekämpfung von Infektionen darf nicht erst im Operationsbereich und auf Intensivpflegestationen beginnen. Ärzte und Pflegenden sollten laufende Desinfektionskontrollen im Patientenzimmer, im Stationskorridor als selbstverständlich ansehen. Kanz (München) wies auf eine über-

zeugende Methode hin: Die scheinbar saubere Hand wird mit ihrem tatsächlichen Keimgehalt den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal durch Abklatschkultur sichtbar gemacht. Alle gewohnten Praktiken beim Umkleiden, bei der Visite, beim Wäschewechsel im Patientenzimmer sind immer wieder neu auf potentielle Gefährdung durch Keimverschleppung und Reinfektion zu durchdenken.

Gezieltes Bekämpfungsprogramm gegenüber resistenten Stämmen und zur Vermeidung von Kreuzinfektionen, die sich bei der Pflege von Säuglingen (Erdmann, Mainz) verheerend auswirken und auch bei Cholezystektomien gefürchtet sind. Neben den gewohnten Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen für Räume und Inventar gilt erhöhte Aufmerksamkeit der Krankenhauswäsche. Thofern (Göttingen) wies auf die besondere Situation der Klinikwäscherei hin. Durch moderne Ausstattungs- und Rationalisierungsmaßnahmen wurde eine Zentralisierung gefördert, viele Betriebe haben den Einzugsbereich vergrößert. Die Benutzung neuer Waschmaschinentypen und die Anwendung neuer Waschvorgänge vermögen Infektionsherde rechtzeitig und gründlich zu eliminieren. Auch für die Arbeitstechnik des Wäscheeinsammelns auf den Stationen und für den gefahrlosen Transport bis zur Waschzentrale heißt es, alle einzelnen Schritte zu durchdenken.

#### **Problempunkt Gemeinschaftsverpflegung**

Der Wandel in der Versorgung mit Nahrungsmitteln ließ besondere Hygieneprobleme auf dem Lebensmittelsektor entstehen. Zugenommen hat die Verköstigung in Gemeinschaftsverpflegung. Seeliger (Würzburg): Nahrungsmittelinfektionen weisen eine steigende Tendenz auf. Die in vielen tausend Fällen identifizierte Salmonellen haben zweifellos wie andere Enterokollitiden eine hohe Dunkelziffer. Die Kriterien zur Erfassung meldepflichtiger Infek-

Moskalkrankheiten sind in einzelnen Ländern Europas unterschiedlich, statistische Daten lassen nicht ohne weiteres Seuchenbewegungen auf dem Lebensmittelsektor erkennen. Die Folgen des Verzehr kontaminierter Speisen bekommen die Teilnehmer an der Kantinen-, Hotelverpflegung, an den Speisenausgaben in Krankenhäusern und Altenheimen zu spüren. Eiprodukte und Kokosflocken, Fertigteigwaren, besonders aber Fleisch und Fleischwaren verraten eine etwaige Keimbesetzung mit Salmonellatypen, Shigellen, Enterotoxinbildnern, Heubazillen und Botulismustämmen nicht dem bloßen Auge. Häufig werden die Grenzen der Frischhaltung ungenügend beachtet. Bei „handarbeitintensiven Zubereitungen“ (Herstellen von Sülzen, Rohkost, Anrichten kalter Platten) werden nur zu oft Maßnahmen der Körperhygiene vom Küchenpersonal nicht so ernst genommen. Für den Einkauf im Selbstbedienungssystem sind luftundurchlässige oder schwach durchlässige Kunststoffverpackungsmaterialien unentbehrlich. Sie verlangen aber nicht nur einwandfreie hygienische Verhältnisse vor der Einbeutelung, sondern stellen auch spezifische Anforderungen an Lagerung und Behandlung beim Endverbraucher.

Schwer faßbar sind die von einigen Schimmelpilzarten in Lebensmittel abgegebenen Aflatoxine. Ihr Einfluß im Stoffwechsel des Menschen ist zwar noch nicht sicher geklärt, eine Gefährdung kann aber vermutet werden. Schon aus Verantwortung für den Endverbraucher müßten die Herstellerbetriebe die Verarbeitung verschimmelter Ausgangsrohware ablehnen.

Angaben über Häufigkeit und Ursachen mikrobieller Nahrungsmittelvergiftungen sind auch in Zukunft sehr wichtig. Durch die veränderten Lebensformen, insbesondere die erhöhte Mobilität der Bevölkerung, bleiben Ursachen für eine Infektionsgefährdung oft verborgen oder sind schlecht steuerbar. Bei der starken Verflechtung des Lebensmittelhandels in- und ausländischer Märkte sind die Konsumenten auf das verantwortungsbewußte und einsichtsvolle Verhalten der Hersteller und Verteiler angewiesen. Die zunehmende Verwendung hochempfindlicher Grund-

nährstoffe und das Anwenden hand- und maschinellbearbeiteter Halbfertigprodukte bzw. der tischfertigen Gerichte verlangt ein großes Sachwissen in Hygiene.

Wahrscheinlich werden mit zunehmender Massenverköstigung manche Stätten der Gemeinschaftsverpflegung auf risikolosere Gerichte umsteigen müssen. Das aus arbeitsorganisatorischen Gründen gewählte Verfahren des Vorkochens und Portionierens ist unsulzsig. Clostridium perfringens- und die Cereus-Infektionen nach vorgekochter Fleisch- bzw. Kohlenhydratkost sollten als Mahnung dienen.

#### Küchenhygienische Maßnahmen

Mit einer risikoloseren Halbfertigkost und sorgfältig behandelten tischfertigen Menüs wird gewiß eine Reihe von Infektionsgefährdungen für die Teilnehmer an Gemeinschaftsverpflegungen ausgeschlossen. Dennoch bleibt eine Skala von küchenhygienischen Maßnahmen zur Verhütung von Lebensmittelvergiftungen wichtig. Mit diesem Problem befaßte sich Borneff (Mainz). In primitiveren Wirtschaftsformen wurden in den Küchen Grundrohstoffe und Grundnahrungsmittel verarbeitet, doch ist hier ein Wandel eingetreten. Der Verbrauch solcher Grundrohstoffe hat sich vermindert. Geblieben sind Küchentechniken und Arbeitsformen, die dieser Änderung nicht angepaßt sind. Vermehrter Verbrauch von hochveredelten landwirtschaftlichen Produkten und von industriell-gewerblich vorbereiteter Kost verlangen heute weite Transportwege und komplizierte Verteilersysteme. Wenn die küchenhygienischen Schutzmaßnahmen, die sich z. T. noch nach jenen primitiven Wirtschaftsformen orientieren, nicht immer wieder neu durchdacht und abgeändert werden, entstehen Gefahren. Eine solche Gefahr ist, daß primär und sekundär kontaminierte Lebensmittel zu optisch nicht erfaßbaren Brutkammern von pathogenen Keimen werden.

Neue Prioritäten für wirksame küchenhygienische Maßnahmen müssen gesetzt werden. Wer mit Vorbereitungen zum Kochen, dem Anrichten und Nachbereiten durch Säubern von Einrichtungsgegenständen, Küchengerät und Räumen betraut ist,



zoll lernen, welche bisherigen Reinigungspraktiken unzureichend sind und wie er von neuem überlegt und richtiger vorgeht.

Besondere Aufmerksamkeit gilt der Lagerungszeit und den Grenztemperaturen für die Lagerung von schnell verderblichen Gerichten. Spülmaschinen mit wirkungsvollen Spülmittelzusätzen und einem ausreichend erhitzten letzten Spülgang sollten in Gemeinschaftsverpflegungsstätten das „Spülen von Hand“ allmählich ablösen. Um Keimträger und Streuer von Verpflegungsbetrieben fernzuhalten, wird die Kontrolle des Gesundheitszustandes der Beteiligten intensiv bleiben; vielleicht sind auch Kontrollen während der Arbeit notwendig, um einsichtsvolles Verhalten des einzelnen zu erzielen.

Alles, was an zubereitenden oder nur noch anzurichtenden Nahrungsmitteln in die Kantinen, Gaststätten, Küchen, Zentralküchen der Kliniken und Teeküchen auf die Stationen gebracht wird, hat in einem lebensmittelverarbeitenden Betrieb schon einige Gänge der Bearbeitung zur Bequemernahrung durchlaufen. Lebensmittelherstellerbetriebe haben ihre besonderen Probleme. Auf diese ging Mrozek (Düsseldorf) näher ein. Die technischen Betriebseinrichtungen sollen rationell und zügig arbeiten. Bei hoher Stundenleistung sollen Spezialmaschinen, z. B. Abfüllanlagen für flüssige und halbflüssige Nahrungsmittel, eine große Meßgenauigkeit zulassen. Diese arbeitstechnischen und arbeitsorganisatorischen Anforderungen sind nur von Gerätekonstruktionen in Fließbandform zu leisten. Dabei wird die Einhaltung einer hygienischen Abfüllung z. B. durch die Konstruktionsteile erschwert, denn an Koppelungsstellen von zuführenden Rohren und Muffen bilden sich leicht Schmierbrücken und Flüssigkeitsfilme. Diese können dann nicht nur Toxinbildner, sondern auch banale Keime, die ebenfalls im Fertigprodukt höchst unerwünscht sind, am Leben halten und sogar eine Vermehrung zulassen.

Mrozek befaßte sich auch mit dem Problem der Desinfektion von Hochleistungsabfüllmaschinen, mit der Stapelung und dem Transport leichtverderblicher Nah-

rungsmittel, mit dem Vertrieb in infektionssicheren Behältern. Dem Restkeimgehalt aus der Rohproduktflora ist zu begegnen, wenn die Ausgangsmaterialien nicht sterilisiert werden können; es muß auch verhindert werden, daß während der Verarbeitung keimhaltige Raumluft in die Lebensmittel eingeschleust wird.

Die Verarbeitungsprozesse in fleischverarbeitenden Betrieben stellen die Lebensmittelhygieniker, wie Sinell (Berlin) darlegte, ebenfalls vor schwierige Aufgaben. Die einzelnen Bearbeitungsphasen: Kühlen, Gefrieren, Auftauen, Wiedergefrieren, Zerkleinern, Wiegen müssen in den einzelnen Arbeitsabläufen so eingerichtet werden, daß eine fortlaufende Hygienekette garantiert bleibt. Wichtig bleiben Staubfernhaltung, das Hinausverlagern von Schmutzarbeiten, die Sauberhaltung der Hände und Arbeitskleidung, das Ausschließen von Werkzeug (besonders aus Holz) mit zerklüfteten Oberflächen. Auch an die Reduzierung von handarbeitsintensiven Zubereitungsformen von Fleischwaren ist zu denken.

#### Sicherheitsbestimmungen für kälte-konservierte Lebensmittel

Vom arbeitsorganisatorischen Standpunkt her wird Tiefgefrierkost als Bequemkost immer stärker verwendet werden. Mit den mikrobiologischen Problemen bei tiefgefrorenen und gefriergetrockneten Lebensmitteln befaßte sich Schmidt-Lorenz (Karlsruhe). Einheitliche hygienische Maßnahmen zum Schutz aller Endverbraucher sind bisweilen in Frage gestellt, weil neben der eigentlichen Tiefkühlkost auch sogenanntes „gefrorenes“ Geflügel gehandelt werden darf. Für letzteres sind Lagerungstemperaturen von 0° bis -10° C gestattet. In diesem Temperaturintervall aber wird, auch wegen des protektiven Effektes im Lebensmittel den Bakterien gegenüber, eine Keimvermehrung durchaus ermöglicht. Für die eigentliche Tiefkühlkost gelten Sicherheitsbestimmungen, z. B. die Zone zwischen -12° und -18° C. Doch die offenen Kühltheken, die bisweilen über die Lademarke hinaus beschickt werden, beschwören durch Antauen und Wiedergefrieren für den Endverbraucher Gefahren

herauf. Tiefgefrorene Fertigmehlis setzen sich bei jenen Bevölkerungsgruppen durch, die spezielle Anforderungen an die Zusammensetzung der Kost stellen, z. B. ältere Menschen, Kinder, Kinderheime. Diese Tendenz wird in Zukunft noch zunehmen. Das gilt auch für den Absatz von gefriergetrockneten Produkten. In den USA gibt es bereits eine Schnellfrühstückskombination.

#### Sogenannte Freizeithygiene — überbesetzte Campingplätze

Durch Belastungen und Störungen des Verdauungstraktes gehen noch immer vielen Urlaubern wertvolle Ferientage verloren. Steuer (Stuttgart) fordert, wie auch andere, für Menschen, die in Sitzberufen an Bewegungsmangel leiden, den aktiven Urlaub. Psychische und geistige Belastung würde in einem Urlaub mit körperlicher Betätigung in einem angepassten Reizklima abgefangen werden. Zweimal im Jahr sollte jedermann Urlaub machen. Da der Körper eine bestimmte Umstellungszeit am Urlaubsort benötigt, läßt sich der Urlaub nicht gut in kleinen Portionen abstoßern. Ein zu rasches Zurücklegen weiter Entfernungen und damit eine überstürzte Ankunft an einem klimatisch ungewohnten Ort kann zu Kreislaufregulationsstörungen führen. Durch die Überforderung in verschiedenen Adaptationsleistungen gehen kostbare Urlaubstage verloren. Viele Menschen suchen heutzutage das Campingleben, allerdings reisen sie weniger mit dem Zelt als mit dem Wohnwagen. Sie finden echte Erholung, weil in dieser Ferienform Konventionen und zwischenmenschlich-gesellschaftliche Barrieren reduziert sind, gleichzeitig aber körperliche Bewegung in einem gewissen Reizklima gegeben ist. Auch im Campingleben vollzieht sich ein Wandel dadurch, daß der Anteil an älteren Menschen zunimmt und das Wintercamping sich weiter ausdehnt.

Sehr viele Campingplätze sind überfüllt. Diese Entwicklung mit häufiger Überbesetzung vorhandener Campingplätze kann hygienisch bedenklich sein, weil zu wenig Waschplätze, Duschen, Möglichkeiten für die Geschirr-Reinigung und Toiletten vorhanden sind. Außerdem macht sich man-

cher Camper mit einem Wohnwagen von vorgesehenen Sanitäreinrichtungen unabhängig. Die Vorschriften des Bundesgesundheitsamtes Berlin für die hygienischen Bedingungen auf Campingplätzen sollten neugefaßt und erweitert werden.

#### Sauberkeit: Norm-Soll und Real-Ist

Probleme der Körpersauberkeit, der Siedlungshygiene, der Hygiene öffentlicher Campingplätze müssen klar erkannt und in ihrer Tragweite erfaßt werden. Dazu wiederum müssen Begriffe der Hygiene, Begriffsinhalte, Normvorstellungen geklärt und durchleuchtet werden. Darum sind Breitenuntersuchungen, die Vorstellungen und Realität im Sauberkeitsverhalten abklären, von besonderem Wert. Bergler (Bonn und Nürnberg) versuchte, in einem von den Henkelwerken unterstützten Forschungsvorhaben Sauberkeitsnormen der Bevölkerung zu erfassen und in psychologisch-soziologischer Analyse auszuweisen. Er wollte klären, was sich die Geschlechter in bezug auf Körpersauberkeit und Wäschewechsel an Minimalforderungen zubilligen und was sie als Maximalforderungen für günstig halten, d. h., welche Erwartungen hinsichtlich der Körperpflege Mann und Frau, Junge und Mädchen bei aller individuellen Lebensgestaltung hegen. Die Gesellschaft zeigt gegenüber Mädchen und Frauen ein durchweg höheres Anspruchsniveau an Sauberkeit und Gepflegtheit. Dem Mann wird von weiten Bevölkerungskreisen zugestanden, daß er manche von Kleidung bedeckte Körperregion nicht so oft zu waschen braucht, wie man es in der Körperpflege der Frau erwartet. Allgemein gesagt, ergaben die Erhebungen Berglers zum Sauberkeitsverhalten, d. h. zur Körperpflege und zum Wäschewechsel, daß wir nicht so sauber sind, wie wir selbst es glauben. In der Diskussion wies Habs (Bonn) darauf hin, daß das Sitzwaschbecken (Bidet), welches in der Bevölkerung als eine Hilfe für die Körperpflege der Frau gilt, vom Manne genausooft benutzt werden sollte. Hofstätter (Hamburg) berichtete von einer Grundlagenuntersuchung über Sauberkeit.

### Mikroorganismen im Experiment

Green von der NASA (Pasadena, Kalifornien/USA) gab einen bemerkenswerten Einblick, wie schwierig und umfangreich Forschungen angesetzt werden müssen, um biologische Schutzmaßnahmen für die Erde und andere Weltkörper zu entwickeln. Eine Übertragung von Mikroorganismen von einem Weltkörper auf einen anderen muß unter allen Umständen vermieden werden. In äußerst komplexen und gewissenhaft durchgeführten Experimenten und Analysen, in Versuchsanordnungen, die Weltraumbedingungen simulieren, wird z. B. überprüft, wie sich *B. subtilis* und *B. circulans* in differenziertem Lebensmilieu verhalten. Die erzielten Forschungsergebnisse sind keinesfalls nur für Weltraumprobleme von Bedeutung, sondern auch für die Entwicklung der verschiedensten Verfahren zur Beherrschung pathogener Keime z. B. in Operationssälen. Thermische, physikalisch-chemische, elektrochemische Verfahren werden derzeit durchgemustert und auf ihren Einfluß für das Existieren, Vermehren und Überleben von Mikroorganismen untersucht.

### Zukunftsforderungen

In einem Podiumsgespräch — Teilnehmer Hedda Heuser (Bonn), Borneff (Mainz), Habs (Bonn), Hofstätter (Hamburg) sowie Dipl.-Ing. Laage (Stuttgart) — forderte von Manger-König (Bonn) auf, hygienische Forderungen von morgen zu überdenken und Maßnahmen zugunsten einer unaufschiebbaren Umwelthygiene abzuleiten, die sowohl organisatorisch als auch finanziell realisierbar erscheinen. Die Gefahrenabwehr, d. h. alle Einzelschritte zur Desinfektion und Sauberkeit für die Allgemeinheit, für Patienten im Klinikbereich müssen stärker nach Situation, Ort und Zeit differenziert werden. Laage unterstrich, daß bereits bestehende Klinikbauten, also Krankenhäuser älterer Bauart, schon jetzt mit den vorhandenen technischen Einrichtungen (Schleusen vor dem OP., Wasch- und Badeausstattungen usw.), auch ohne aufwendige Umbauten erfolgreich den Kampf gegen pathogene Erreger führen können. Viele Maßnahmen zur Eindämmung von Übertragungen und Verschleppungen sind eine Angelegenheit des Krankenhausmanagements.

Nichtraucher. Alkoholische Getränke konsumierten 92% der unbeeinflussten Kontrollgruppenlehrlinge selten, gelegentlich oder regelmäßig gegenüber 55% der Testprobanden. Hauptmotive des Verzichts auf Alkohol sind überwiegend sportlicher Art gewesen.

Die Ergebnisse besagen, daß durch ein langfristiges Gesundheitserziehungsprogramm, das Vermittlung von Gesundheitswissen und Erziehung zu hygienischen Verhalten beinhaltet, der Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten meßbar positiv beeinflußt werden können.

**Anschrift des Verfassers:**

Privat-Doz. Dr. Bioner  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich, Gloriastraße 32  
8006 Zürich

## Effektivität der Gesundheitserziehung

von Privatdozent Dr. med. K. J. Bioner, Zürich

SONDERDRUCK

aus

HANDBUCH GESUNDHEITSERZIEHUNG VON A—Z

26. Lieferung, Dez. 1971

Herausgegeben von der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.  
53 Bonn - Bad Godesberg 1, Bachstraße 3—5

## Effektivität der Gesundheitserziehung

von Privatdozent Dr. med. K. J. Biener, Zürich

Durch eine Prospektivstudie bei Jugendlichen der Nordschweiz sollte abgeklärt werden, ob und in welchem Maße durch Vermittlung von Gesundheitswissen, durch Erziehung zu hygienischem Verhalten sowie durch positive Gestaltung der Freizeit der Gesundheitszustand, die körperliche Entwicklung und die Lebensgewohnheiten bei diesen Jugendlichen gegenüber einer Kontrollgruppe positiv und objektiv meßbar beeinflusst werden können.

Als Vorstudien dienten Erhebungen an 2656 Jugendlichen über den Genußmittelkonsum, das Sport- und Freizeitverhalten, über die Wohn- und Ernährungssituation sowie über die persönliche Hygiene.

Die gewonnenen Fakten wurden nun für ein Gesundheitserziehungsprogramm ausgewertet, mit dem wir eine geschlossene Testgruppe von 60 Lehrlingen einer Maschinenfabrik im Zürcher Oberland 3 Jahre lang beeinflussten. Eine unbeeinflusste Kontrollgruppe setzte sich aus 60 Lehrlingen gleicher Berufe unter gleichen soziologischen und somatischen Bedingungen zusammen. Die Kollektivfrequenz von 60 wurde gewählt, da sie einer pädagogisch wirksamen Beeinflussung gerade noch zugänglich ist. Der Umfang der Erziehungsbeflussung in der Testgruppe erstreckte sich u. a. auf 36 Lehreinheiten mit den Themen der modernen Gesundheits- und Sporterziehung, auf gemeinsam erarbeitete Ausstellungen und auf eine vielseitige, positive Freizeitgestaltung.

Die Untersuchungen erfolgten bei beiden Gruppen zu Beginn des Jahres 1965 und am Ende der Studie 1968; durchgeführt wurden Messungen im Bereich der Ergometrie, der Spirometrie, der Dynamometrie, der Anthropometrie sowie sportspezifischer Leistungstests. Außerdem wurden sozialhygienische Daten wie z. B. Gebißgesundheit, Freizeitführung, Sporttätigkeit, Zigaretten- und Alkoholkonsum ermittelt. Erfasst wurden für jeden der 120 Lehrlinge je 156 Meßwerte, die von einem IBM Computer 360 nach vorgegebenem Programm ausgewertet wurden.

Es ergaben sich u. a. folgende Resultate:

- Anthropometrisch haben sich Kontroll- und Testgruppenprobanden nicht wesentlich unterschiedlich entwickelt.
- Spirometrisch ergaben sich deutliche physiologische Verbesserungen bei den beeinflussten Jugendlichen. Die forcierte Vitalkapazität FVL, d. h. das maximale Atemvolumen in Ruhe, war im Mittel bei der beeinflussten Gruppe um 923 ccm binnen 3 Jahren, bei der unbeeinflussten Kontrollgruppe jedoch nur um 745 ccm angestiegen; dieser Unterschied war statistisch zu sichern. Auch die Tiefenauwerte FEV 1,0 zeigten einen signifikant größeren Zuwachs bei der Testgruppe.
- Ergometrisch wurden die Kreislaufwerte mittels eines Dreikarbelgerätes (Universal-Ergostat nach A. Heisch) sitzend bei einer Belastung von

200 Watt (1965) bzw. 250 Watt (1968) ermittelt. Die Belastungszeit dauerte 3 Minuten. Am Ende der Beeinflussungsperiode lagen schon die Ruhepulswerte im Durchschnitt bei den Testprobanden signifikant niedriger als bei der Vergleichsgruppe. Die insgesamt ökonomischere Leistungsregulation des Herzens konnte durch niedrigere Leistungspulssummen und größere Leistung-Blutdruckamplitudensummen bei den Testprobanden dokumentiert werden. In der Erholungsphase war die mittlere Gesamtpulssumme während 3 Ruheminuten bei der Testgruppe mit 357,2 (Vertrauensschranken 342,1 bis 372,4) Pulsschlägen gegenüber 393,3 (Vertrauensschranken 385,1 bis 411,6) bei der Kontrollgruppe signifikant niedriger. Auch die Ruhewerte von Puls und Blutdruck 10 Minuten nach der Ergometerleistung zeigten deutlich, daß die Testprobanden die Bedingungen einer trainierten Kreislauffunktion besser erfüllten.

- Dynamometrisch konnten mit Handdruckmessern semi-objektive Meßwerte erhalten werden. Die Ergebnisse besagten, daß die unbeeinflusste Kontrollgruppe bei etwas besserer kraftmäßiger Grundvoraussetzung im Jahre 1965 ihre Leistung nicht so hoch steigern konnte wie die Testgruppe.
- Innerhalb der persönlichen Hygiene ergaben sich beispielsweise bei den Testprobanden 1968 im Mittel nur 0,2 kariöse Zähne, bei den Kontrollgruppenprobanden jedoch 2,38. Zum Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung 1968 waren bei allen Testlehrlingen insgesamt 12, bei allen Vergleichsprobanden jedoch 143 kariöse Zähne nachweisbar.
- In sportlicher Hinsicht waren 1968 insgesamt 34 Probanden der beeinflussten Testgruppe in Sportklubs verankert, in der Vergleichsgruppe lediglich 23. Rettungsschwimmer waren 21 Testprobanden gegenüber 2 Lehrlingen in der Kontrollgruppe. Am Vorkurs hatten 43 Testlehrlinge mit insgesamt 110 Kursen gegenüber 12 Kontrollgruppenlehrlingen mit 20 Kursen teilgenommen. In der Freizeit wurden von den Testlehrlingen insgesamt 351 Wochenstunden klubgebunden oder klubungebunden Sport getrieben, d. h. pro Proband 5,85 Stunden pro Woche; bei den unbeeinflussten Vergleichsprobanden belief sich diese Zahl auf 189 Wochenstunden, also auf 3,15 pro Proband.
- Schließlich ergaben sich eindrucksvolle Resultate auch in der Erziehung gegen einen Genußmittelmißbrauch. 1968 rauchten 78 % aller Kontrollgruppenangehörigen gegenüber 42 % aller Testgruppenmitglieder. Wesentlich war die viel geringere Tagesmenge an gerauchten Tabakwaren; im Mittel rauchten die Kontrollgruppenlehrlinge 10,17 Zigaretten täglich, die Testgruppenlehrlinge 4,9. 24 % aller Kontrollgruppenprobanden rauchten 20 oder mehr Zigaretten am Tag, während nur 7 % der Testgruppenprobanden 1 Packchen Zigaretten am Tag verbrauchten. Die Korrelationsberechnung zwischen Tabakkonsum und Vitalkapazität sowie den Kreislaufwerten in der Ergometerleistung fielen nachdrücklich für die Raucher beider Gruppen aus. Raucher hatten seltener eine Sportklubzugehörigkeit zu verzeichnen und wiesen weniger Sportstundenzahlen pro Woche auf als

104/69

# ÄRZTLICHE JUGENDKUNDE

59. Bd., Heft 3/4

Juni 1968

Ärztl. Jugendkde 59, 97-100, 1968

## ORIGINALARBEITEN

Aus dem Institut für Unterrichtsmethodik, Abteilung Biologie,  
(Leiter: Prof. Dr. phil. habil. E. Krefe)  
und dem Institut für Anthropologie (Direktor Prof. Dr. rer. nat., Dr. med. habil.  
H. Grimm) der Humboldt-Universität zu Berlin

Zum Stand des Gesundheitswissens der Schüler  
in der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule der DDR

Von M. Kurze

### 1. Vorbemerkungen

Die Lebensführung und die hygienischen Gewohnheiten sind ein Bestandteil des Sozialverhaltens des Menschen, an das in der sozialistischen Gesellschaft hohe Anforderungen gestellt werden. Ziel der Erziehung ist daher auch auf gesundheitlichem Gebiet das bewußte, von der Einsicht in die Zusammenhänge und Notwendigkeiten getragene Verhalten. Das Handeln des Menschen ist vor allem durch zwei Merkmale gekennzeichnet, die soziale Bedingtheit (im weiteren Sinne die Bedingtheit durch die Umweltfaktoren) und die Bewußtheit. Die gesundheitliche Bildung und Erziehung beinhaltet daher die planmäßige, systematische Entwicklung oder Prägung des Gesundheitsbewußtseins als Bestandteil des Bewußtseins der Gesamtpersönlichkeit. Wir verstehen darunter das verinnerlichte System von Kenntnissen, Einstellungen, Gefühlen, Einsichten und Überzeugungen, das ein Mensch bezüglich Wesen, Bedingungen und Bedeutung der Gesundheit besitzt und aus dem sich die Impulse für die Motivation und Regulation seiner Lebensführung ergeben.

Das Gesundheitsbewußtsein hat eine sehr komplexe Struktur. Hierin liegt eine wesentliche Ursache für die Schwierigkeiten einer wirklich effektiven Gesundheitserziehung begründet. Es ist daher dringend erforderlich, die verhaltenswissenschaftlichen, pädagogisch-psychologischen und didaktisch-methodischen Grundlagen der Gesundheitserziehung genauer zu erforschen. Eine wirksame und dauerhafte Beeinflussung des gesundheitlichen Verhaltens ist sicherlich nur zu erreichen, wenn möglichst viele Seiten des Bewußtseins erfaßt werden. Verhaltenstraining und Verhaltensmotivation sind dabei gleichermaßen zu berücksichtigen. Im Kleinkind- und Vorschulalter steht das „Eintrainieren“ von hygienischen Verhaltensweisen, die Gewohnheitsbildung im Vordergrund; im Schulalter aber spielt die Begründung und Motivation bereits eine bedeutende Rolle. Die Schüler sollen die Normen der gesunden Lebensführung kennen und verstehen lernen (Aneignung gesundheitlichen Wissens), sie als richtig, für das eigene Verhalten gültig und notwendig anerkennen (Entwicklung gesundheitlicher Einstellungen und Überzeugungen)

und daraus den Willen ableiten, sich auch tatsächlich so zu verhalten (Ausprägung des gesundheitlichen Wollens). Gleichzeitig müssen die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Gewohnheiten der praktischen Ausübung hygienischer Handlungen auch im Schulalter weiter geübt werden (Ausbildung und Vervollkommnung des gesundheitlichen Könnens).

Die Gesundheitserziehung in der Schule beschränkt sich also keinesfalls auf die bloße Wissensvermittlung; andererseits ist ohne fundiertes Wissen ein bewußtes, diszipliniertes gesundheitliches Verhalten kaum zu erwarten.

Die gegenwärtige Situation wird häufig so eingeschätzt: Die Menschen wissen zwar eine ganze Menge über die Gesundheit, aber sie handeln nicht danach. Daran ist zweifellos etwas Wahres; die Praxis beweist bei Menschen aller Altersstufen mehr oder weniger große Widersprüche zwischen Wissen und Verhalten. Dennoch, oder gerade deshalb, sind für die weitere Verbesserung der Gesundheitserziehung exakte, detaillierte Analysen der Kenntnisse, Einstellungen, Verhaltensmotive bestimmter Bevölkerungsgruppen auf dem Gebiet der gesunden Lebensführung notwendig.

## 2. Zielstellung und Methodik der Untersuchung

Untersuchungen zum Gesundheitswissen von Schülern wurden in letzter Zeit verschiedentlich durchgeführt (Beste, Bienen, Karsdorf u. a.) In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Befragungen eines kleineren, örtlich begrenzten Personenkreises. Im Rahmen der Arbeiten am einheitlichen sozialistischen Bildungssystem wollten wir versuchen, ein möglichst repräsentatives Bild vom Niveau der gesundheitlichen Bildung der Schüler in der DDR zu gewinnen. Es wurde daher mit Unterstützung des Ministeriums für Volksbildung und des Deutschen Pädagogischen Zentralinstituts in allen Bezirken der DDR je eine Schule ausgewählt. Dazu kamen noch einige Schulen aus den Praktikumsbereichen der Humboldt-Universität. Insgesamt lag Material aus 25 Schulen vor. In die Auswertung wurden rund 1500 Schüler aus 52 Klassen des 7., 8. und 9. Schuljahres einbezogen.

Ziele der Untersuchung waren:

1. Gewinnung eines Überblicks über den gegenwärtigen Umfang und Inhalt der Schülerkenntnisse
2. Vergleich des Kenntnisstandes von Jungen und Mädchen
3. Vergleich des Gesundheitswissens der Schüler aus Stadt- und Landschulen
4. Vergleich des Wissensstandes vor und nach Absolvierung des menschenkundlich-hygienischen Unterrichts.

Die Untersuchung wurde als schriftliche Befragung durchgeführt. Die zur Verfügung stehende Zeit von einer Unterrichtsstunde (45 Minuten) machte eine Beschränkung auf einige Schwerpunktgebiete des Gesundheitswissens notwendig. Es wurden ausgewählt:

1. Gesunde Ernährung;
2. körperliche Betätigung und Sport;
3. Hauthygiene und Abhärtung;
4. Erste Hilfe;
5. Magen- und Darmkrankheiten (als Beispiel für Erkrankungen, die durch falsche Lebensführung verursacht oder begünstigt werden).

Problematisch ist bei solchen Befragungen die Wahl und Formulierung der Fragen. Wegen der leichteren Auswertbarkeit entscheiden sich die meisten Untersucher für sogenannte Alternativ- oder Intensitätsfragen und lassen die Befragten aus vorgegebenen Antworten die ihrer Meinung nach richtige auswählen. Dadurch kann aber die Aussagekraft eingeschränkt oder sogar eine das Ergebnis verfälschende Suggestivwirkung ausgeübt werden. Wir entscheiden uns daher für „offene“ Fragen, die eine größere Gewähr dafür geben, daß die Befragten ihr eigenes aktives Wissen zum Ausdruck bringen.

Die Fragen lauteten:

Wie soll man sich richtig ernähren, um gesund zu bleiben?

Welche Bedeutung haben die körperliche Arbeit und der Sport für die Gesundheit?

Was soll man tun, um seine Haut gesund zu erhalten?

Warum soll man seinen Körper abhärten, und wie kann man das tun?

Welche Maßnahmen der Ersten Hilfe kannst Du selbständig ausführen?

Was weißt Du über Magen- und Darmkrankungen?

### 3. Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Die Antworten wurden zunächst mit Hilfe eines Bewertungsschlüssels ausgewertet, der für jeden Themenkomplex eine maximal erreichbare Zahl von 5 Punkten vorsah. Als Maßstab dienten diejenigen Kenntnisse, die beim gegenwärtigen Stand der prophylaktischen Medizin und Gesundheitserziehung als grundlegend anzusehen und im Rahmen der Allgemeinbildung durch den Schulunterricht zu vermitteln sind. Der Versuch der Bestimmung eines solchen „Grundwissens“ stellt einen weiteren Teil der Dissertation des Verfassers dar, auf die auch bezüglich der Details der Untersuchungsmethodik verwiesen werden muß.

Durch die Punktbewertung sollte ein Überblick über das Gesamtniveau des gegenwärtig vorhandenen Gesundheitswissens gewonnen werden. Die folgende Zusammenstellung zeigt die für die einzelnen Untersuchungsbereiche ermittelten Durchschnittspunktzahlen und Streuungswerte:

Themenkomplex und Klassenstufe		$\bar{x}$	s
Gesunde Ernährung	Kl. 7	1,35	0,35
	Kl. 8	1,4	0,15
	Kl. 9	1,95	0,5
Körperliche Betätigung und Sport	Kl. 7	0,9	0,4
	Kl. 8	1,3	0,25
	Kl. 9	1,5	0,3
Hauthygiene	Kl. 7	1,45	0,25
	Kl. 8	1,8	0,4
Abhärtung	Kl. 7	1,75	0,4
	Kl. 9	1,75	0,25
Erste Hilfe	Kl. 7	1,5	0,45
	Kl. 8	1,9	0,35
	Kl. 9	2,05	0,4
Magen-Darm-Erkrankungen	Kl. 9	1,05	0,4



Nach dem in der Schule üblichen Bewertungssystem und der Zensurenskala bedeuten

- 5-4,1 Punkte = sehr gutes Wissen
- 4-3,1 Punkte = gutes Wissen
- 3-2,1 Punkte = befriedigendes Wissen
- 2-1,1 Punkte = genügendes Wissen
- 1-0 Punkte = ungenügendes Wissen

Einen genaueren Überblick vermittelt die Leistungsverteilung. Wir geben sie hier etwas vereinfacht wieder und teilen die Schüler in drei Kategorien ein:

- A - Gesundheitswissen zufriedenstellend  
(umfaßt Schüler mit sehr guten, guten und befriedigenden Kenntnissen)
- B - Gesundheitswissen stark verbesserungsbedürftig  
(umfaßt Schüler mit gerügten Kenntnissen)
- C - Gesundheitswissen völlig unzureichend  
(umfaßt Schüler mit ungenügenden Kenntnissen)

Danach ergibt sich folgendes Bild:

Themenkomplex und Klassenstufe	Anteil der Schüler in den Kategorien		
	A	B	C
<b>Gesunde Ernährung</b>			
Kl. 7	5 %	48 %	47 %
Kl. 8	6 %	55 %	39 %
Kl. 9	29 %	51 %	20 %
<b>Körperliche Betätigung und Sport</b>			
Kl. 7	3 %	22 %	75 %
Kl. 8	9 %	34 %	57 %
Kl. 9	21 %	37 %	42 %
<b>Hauthygiene</b>			
Kl. 7	7 %	47 %	46 %
Kl. 8	18 %	62 %	20 %
<b>Abhärtung</b>			
Kl. 7	24 %	48 %	28 %
Kl. 9	24 %	48 %	28 %
<b>Erste Hilfe</b>			
Kl. 7	18 %	38 %	44 %
Kl. 8	30 %	40 %	30 %
<b>Magen-Darm-Erkrankungen</b>			
Kl. 9	6 %	24 %	70 %

Das Gesamtniveau des Gesundheitswissens unserer Schüler verdient also in fast allen untersuchten Bereichen noch nicht das Prädikat „Befriedigend“. Diese kritische Einschätzung betrifft auch die Schüler des 9. Schuljahres, die zum Zeitpunkt der Untersuchung schon einen großen Teil des menschenkundlichen Unterrichts absolviert hatten (mit Ausnahme der Stoffgebiete Nervensystem, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane). Zwar nimmt das Wissen von der

7. zur 9. Klasse signifikant zu – lediglich beim Themenkomplex Abhärtung ist keine Verbesserung zu erkennen –, aber der Grad der Wissenszunahme ist keinesfalls so groß, wie dies eigentlich zu erwarten wäre. Der Anteil der Schüler mit zufriedenstellendem Wissensniveau ist auch in der 9. Klasse noch zu niedrig, der Anteil der Schüler mit ungenügenden Kenntnissen viel zu hoch. Man muß daher schlußfolgern, daß der menschenkundliche Unterricht seine gesundheitserzieherische Funktion gegenwärtig noch nicht im wünschenswerten Maße erfüllt.

Die Feststellung, daß das Kenntnisniveau in allen untersuchten Schulen ziemlich übereinstimmend ist, läßt das Vorhandensein allgemeiner Ursachen vermuten. Hierzu gehören unserer Meinung nach Mängel im Lehrplan, die schnellstens überwunden werden müssen. Wir werden hierauf in einem späteren Beitrag ausführlich eingehen.

Der Vergleich zwischen den Kenntnissen der Jungen und Mädchen ergab ebenso wie der Vergleich zwischen Schülern aus Land- und Stadtschule bei keinem der untersuchten Themenkomplexe und auf keiner der drei Klassenstufen signifikante Unterschiede. Das bestätigt die eben erwähnte Einheitlichkeit im Niveau des Gesundheitswissens.

Die bisher dargestellten Untersuchungsergebnisse gestatten zwar ein Globalurteil über das gegenwärtig bei den Schülern unserer allgemeinbildenden Schulen vorhandene Gesundheitswissen, sagen aber noch nichts über den Inhalt der Kenntnisse und Einsichten aus. Um konkrete Schlußfolgerungen für notwendige Veränderungen in der inhaltlichen Gestaltung des menschenkundlich-hygienischen Unterrichts ziehen zu können, wurde deshalb eine inhaltliche Analyse der Schülerantworten durchgeführt, deren Ergebnisse im folgenden erläutert werden.

#### *Gesunde Ernährung (Kenntnisstand Klasse 9)*

Die Aussagen der Schüler zu diesem Themenkomplex stellen ein Gemisch von volkstümlichen Regeln und mehr oder weniger exakt formulierten Grundforderungen der modernen Ernährungshygiene dar. Die in den letzten Jahren intensiv betriebene Belehrungs- und Erziehungsarbeit zeigt hier erste Erfolge. In einem Teil der Schülerantworten spiegeln sich auch deutlich die im Schul-lehrbuch abgedruckten „Regeln für eine gesunde Ernährung“ wider.

Am häufigsten sind Angaben zur Notwendigkeit von Vitaminen als Bestandteil der Nahrung (über 75 % aller Schüler). Allerdings ist bei den meisten Schülern der Begriff „Vitamine“ zu einseitig auf Obst und Gemüse beschränkt. Andere Vitaminträger werden wesentlich seltener genannt. Etwa zwei Drittel aller Antworten enthält die Forderung nach Regelmäßigkeit des Essens (Einhalten der Mahlzeiten). Dabei werden häufig volkstümliche Aussprüche zitiert, nur selten biologische Begründungen gegeben.

Etwa die Hälfte aller Schüler besitzt einigermaßen befriedigende Vorstellungen von der qualitativen Zusammensetzung einer gesunden Nahrung. Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße werden als Grundbestandteile der Nahrung genannt und eine abwechslungsreiche Gestaltung des Speiseplanes gefordert.

Wesentlich seltener sind Aussagen zum „Wieviel“ der Nahrung. Die Begriffe Kalorienbedarf, Grund- und Leistungsumsatz werden kaum genannt, Zahlenbeispiele oder nähere Erläuterungen überhaupt nicht gegeben, die Gefahren

der Überernährung, insbesondere des hohen Fettverbrauchs, nur vereinzelt angedeutet. Die quantitative Seite der gesunden Ernährung wird also gegenwärtig im Unterricht noch nicht genügend berücksichtigt.

Etwa ein Drittel der Antworten enthält Angaben zur appetitlichen Anrichtung und zur hygienischen Sauberkeit der Nahrung. Konkrete Aussagen über Grundregeln der Lagerung und Zubereitung der Speisen sind sehr selten. Auch das wird zur Zeit im Unterricht nur am Rande erwähnt oder ganz vergessen.

Nur etwa ein Viertel der Schüler äußert sich zum Mißbrauch von Genußmitteln. Ein großer Teil der Jugendlichen scheint also entweder die Gefährlichkeit des Genußmittelmißbrauches zu unterschätzen oder keine Beziehung zur gesunden Ernährung zu sehen. Noch seltener werden schließlich solche Fakten wie gründliches Kauen, Vermeidung hastigen Essens, zu heißer oder zu kalter Speisen genannt, obwohl gerade das im Unterricht erwähnt und vor allem biologisch begründet werden müßte.

#### *Körperliche Betätigung und Sport (Kenntnisstand Klasse 9)*

Bei Kindern und Jugendlichen wird allgemein eine Aufgeschlossenheit und positive Einstellung gegenüber körperlicher Betätigung, insbesondere Sport und Spiel, angenommen. Tatsächlich bezeichnen fast alle Schüler den Sport als gesundheitsfördernd, seine Ausübung daher als nützlich und notwendig. Die Devise „Jedermann an jedem Ort einmal in der Woche Sport“ wird häufig zitiert.

Untersucht man die Antworten aber genauer bezüglich der konkreten Vorstellungen von den Auswirkungen auf den Organismus, so kann man mit den Ergebnissen keinesfalls zufrieden sein. Grimm kam bei der Untersuchung einer ähnlichen Fragestellung zu der Einschätzung, daß die Vorstellungen von der gesundheitlichen Bedeutung des Sports bei weitem nicht so fest in der Schuljugend verankert sind, wie es wünschenswert ist; daß die Sportarten weniger aus der bewußten Erkenntnis dieser Bedeutung als vielmehr aus der naiven Freude an der Bewegung und ähnlichen Motiven betrieben werden. Wir können das vollauf bestätigen. In den Antworten der Schüler überwiegen solche Begründungen wie „Sport stärkt die Muskeln und Knochen, hält den Körper elastisch und gelenkig“. Das ist eine oberflächliche und einseitige Vorstellung, die vermuten läßt, daß im Unterricht vor allem der Einfluß sportlicher Betätigung auf das Stütz- und Bewegungssystem behandelt wird. Nur rund 25% der Antworten enthalten auch Angaben zur Einwirkung auf andere Organsysteme und -funktionen; es handelt sich dabei meist um sehr allgemein formulierte Aussagen wie „Förderung der Durchblutung“, „bessere Atmung“.

Etwa 30% der Schüler bezeichnen den Sport als notwendigen Ausgleich zur Arbeit in der Schule bzw. Beruf. Allerdings wird dabei nicht selten ein Gegensatz zwischen körperlicher Arbeit und Sport gesehen. Die Ablehnung schwerer körperlicher Arbeit für Kinder und Jugendliche, wie sie von einigen Schülern betont wird, ist begründet. Bedenklich stimmt aber die Feststellung, daß eine ganze Anzahl von Schülern die körperliche Arbeit überhaupt als nicht gesundheitsförderlich ansieht.

Nur ganz vereinzelt finden sich Angaben, aus denen hervorgeht, daß die Schüler die körperliche Bewegung als Funktions- und Entwicklungsreiz erkannt haben, der bei der Umstellung unserer Lebensweise in der hochtechni-

lierten Gesellschaft besonders notwendig ist. Die Formulierung verallgemeinernder Aussagen fällt den Schülern auch auf anderen Gebieten schwer; nach unseren Erfahrungen werden aber im Biologie- und im Sportunterricht auch noch ungenügend solche Grundgesetzmäßigkeiten herausgearbeitet.

#### *Hauthygiene (Kenntnisstand Klasse 8)*

Auf diesem Gebiet beschränkt sich das Wissen bei der Mehrzahl der Schüler auf zwei recht elementare Einsichten:

1. Man muß die Haut sauberhalten; dazu gehört das tägliche Waschen und das Baden (einmal wöchentlich mindestens). Außerdem soll man die Unterwäsche regelmäßig wechseln und überhaupt: saubere Kleidung tragen.

2. Man muß die Haut vor Nässe und Kälte schützen, auch vor Sonnenstrahlen; dazu dient das Einkreimen oder Einölen.

Das sind zwar zweifellos notwendige Grundkenntnisse der Hauthygiene, aber sie dürften auch schon vor der unterrichtlichen Behandlung der Stoffeigenschaft „Haut“ den meisten Schülern bekannt sein. Außerdem ist damit nur ein Aspekt der Hauthygiene erfüllt, die Sauberkaltprophylaxe.

Wesentlich seltener sind Aussagen zu dem anderen Aspekt, dem Hauttraining (Abhärtung). Nur etwa 10% der Schüler lassen in ihren Antworten erkennen, daß sie zur Hauthygiene auch die Anwendung von Luft, Wasser und Sonnenlicht, das Massieren und Frottieren der Haut zählen. Verallgemeinernde Aussagen, etwa über die Notwendigkeit des Einwirkens der natürlichen Klimareize, um die Hautreaktionen zu trainieren und dadurch den Gesamtorganismus abzuhärten, sind nur ganz vereinzelt angedeutet.

Da die Qualität eines modernen Gesundheitswissens wesentlich von den humanbiologischen Grundvorstellungen mitbestimmt wird, untersuchten wir durch eine Zusatzfrage in dieser Klasse die Kenntnisse von den Funktionen der Haut. Dabei stellte sich heraus, daß auch hier bei der Mehrzahl der Schüler eine einseitige Vorstellung besteht. Die Haut wird überwiegend als mechanische Schutz Einrichtung angesehen (Schutz vor Verschmutzung, Abnutzung, Verletzung, vor Eindringen von Nässe und Bakterien). Von den übrigen Funktionen wird noch am häufigsten die Schweißbildung genannt, allerdings meist ohne ausreichende Erläuterung der Physiologie und Bedeutung dieses Vorgangs. Auffallend ist, daß über die Hälfte der Schüler keine Kenntnis von der Rolle der Haut im Wärmehaushalt des Körpers besitzt; genauere Angaben zur Physiologie der Wärmeregulation fehlen gänzlich. Dagegen wird die Atemfunktion der Haut von vielen Schülern überbewertet und die Bedeutung der „Hautporen“ in diesem Zusammenhang völlig falsch gesehen.

#### *Abhärtung (Kenntnisstand Klasse 9)*

Den ersten Teil der Frage, warum man seinen Körper abhärten soll, beantworteten etwa 30% der Befragten überhaupt nicht. Unter den gegebenen Begründungen ist der größte Teil sehr allgemein gehalten („Man härtet sich ab, um nicht so leicht krank zu werden“). Etwa 20% der Schüler nennen die Abhärtung eine Maßnahme, die vor allem dem Schutz vor Erkältungskrankheiten dient. Nur rund 10% der Antworten lassen erkennen, daß das Wesen der Abhärtung als Training der Reaktionen des Organismus gegenüber starken Umweltreizen (Temperaturschwankungen, Nässe- und Kälteeinwirkungen usw.) verstanden wurde.

Unter den Angaben zum „Wie“ der Abhärtung steht an erster Stelle der Sport; besonders häufig werden Schwimmen und Baden genannt. Daß kein Schüler näher erläutert, wieso Sport und insbesondere Schwimmen zur Abhärtung beiträgt, kann nicht allein durch die allgemeine Formulierung der Frage entschuldigt werden. Wesentliche Ursache dürfte die mangelnde Kenntnis der Wärmeregulationsfunktionen sein, die gegenwärtig im Biologieunterricht völlig unzureichend behandelt werden.

Etwa 50 % aller Schüler nennen das Waschen oder Duschen mit kaltem Wasser, auch hier fehlt meist eine Begründung. Bürstenmassage, Frottieren der Haut werden nur selten erwähnt. Rund 20 % führen als weitere Abhärtungsmaßnahmen an: Schlafen bei offenem Fenster, Morgengymnastik, Aufenthalt im Freien (insbesondere Wanderungen und Waldläufe).

Zu bedenken gibt die Feststellung, daß nur etwa 20 % Schüler im Zusammenhang mit der Abhärtung Angaben zur jahreszeit- und witterungsgemäßen Wahl der Kleidung machen. Tatsächlich wird gegenwärtig den Fragen der Kleidungs- und Wohnungshygiene im Unterricht nur ungenügende Beachtung geschenkt.

#### *Erste Hilfe (Kenntnisstand Klasse 9)*

Durch die Befragung konnte nur das Wissen, nicht der Grad der Fertigkeiten ermittelt werden. Eine praktische Ausbildung in der Ersten Hilfe ist gegenwärtig im Rahmen des lehrplangebundenen Biologieunterrichts nicht möglich, sondern kann nur in außerunterrichtlichen Zirkeln durchgeführt werden. Am häufigsten wird die Erste Hilfe bei Knochenbrüchen genannt; etwa 95 % aller Schüler geben an, daß gebrochene Glieder gesichert werden müssen. Die dazu erforderlichen Einzelmaßnahmen und Mittel werden allerdings mit sehr unterschiedlicher Genauigkeit beschrieben.

Der größte Teil der Schüler macht auch Angaben zur Wundversorgung, aber nur bei 25 % werden die Grundregeln der Wundbehandlung einigermaßen richtig dargestellt. Ziemlich verbreitet ist noch immer die Auffassung, daß man Jod oder Sepsa auf Wunden geben soll, auch das Auswaschen wird hier und da genannt. Etwa 50 % der Schüler bezeichnen das Abbinden als Erste Hilfe bei starken Blutungen und Schlagaderverletzungen, aber nur ein Teil davon beschreibt die grundlegenden Maßnahmen hierzu befriedigend.

Rund 60 % erwähnen die Erste Hilfe bei Ohnmacht, davon die Hälfte mit genaueren Angaben zur „roten“ und „weißen“ Ohnmacht. Am nächsthäufigsten werden Maßnahmen zur Rettung Ertrinkender oder ins Eis Eingebrochener genannt, davon aber nur ein Viertel mit genaueren Einzelheiten. Seltener wird die Hilfeleistung bei Schlangenbissen erwähnt, darunter solche umstrittenen Maßnahmen wie Aussaugen, Ausbrennen oder Ausschneiden.

Noch schlechter sind die Kenntnisse über das Verhalten bei Verbrennungen und Verätzungen. Hierzu äußern sich nur etwa 10 %, dabei werden auch zahlreiche veraltete Auffassungen vertreten, z. B. das Aufstreuen von Mehl, Puder, das Auftragen von Öl und Salben, das Verwenden von Brandbinden.

Nur sehr vereinzelt finden sich Angaben zur Ersten Hilfe bei lebensbedrohlichen Notfällen, wie Atemspende und Herzmassage. Die modernen Elemente der Ersten Hilfe haben erst in letzter Zeit Eingang in den Schulunterricht gefunden; die Belehrung hierüber muß noch wesentlich intensiviert werden.

#### *Magen- und Darmkrankungen (Kenntnisstand Klasse 9)*

Es ist nicht Aufgabe des Biologieunterrichts, Spezialwissen der Pathologie und kurativen Medizin zu vermitteln. Die Schüler sollen aber den Zusammenhang zwischen einigen häufigen Erkrankungen und der Lebensführung verstehen und die sich daraus ableitenden prophylaktischen Maßnahmen kennen. Das Ergebnis der Stichprobe ist wenig befriedigend.

Rund 20 % der Schüler haben diese Frage überhaupt nicht beantwortet. Bei den übrigen überwiegt die ziemlich willkürliche und ungeordnete Nennung einiger Krankheitsbezeichnungen; in der Reihenfolge der Häufigkeit sind es: Magen- und Darmgeschwüre, Krebs, Magenschleimhautentzündung, Blinddarmentzündung, Magen-Darm-Katarrh, Ruhr und Typhus, Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen, Darmverschlingung, Eingeweidewürmer.

Nur etwa 20 % der Schüler äußern sich zu den Zusammenhängen der Krankheiten mit der Lebens- und Ernährungsweise. Dabei werden als Ursachen oder fördernde Faktoren vor allem genannt: Schlechtes Kauen, unregelmäßiges und übermäßiges Essen, zu heiße oder zu kalte Speisen, unsaubere Nahrung (vor allem ungewaschenes oder unreifes Obst), übermäßiges Rauchen und Alkoholgenuß, schlechte Eßgewohnheiten (Lesen, Fernsehen beim Essen). Erstaunlicherweise erwähnten nur wenige Schüler (rund 10 %) die infektiösen Darmerkrankungen und deren Ursachen.

#### *4. Schlußfolgerungen*

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen lassen uns zusammen mit den Erfahrungen aus der Schulpraxis zu folgender Gesamteinschätzung kommen:

Inhalt und Umfang des Gesundheitswissens der Schüler entsprechen gegenwärtig noch nicht den gesellschaftlichen Forderungen und dem Stand der modernen prophylaktischen Medizin und Gesundheitserziehung.

Neben Elementen eines wissenschaftlich fundierten Wissens gibt es einen relativ hohen Anteil von oberflächlich-ungenauen Kenntnissen, Vorstellungen und Einsichten. Grundsätzlich falsche, auf Aberglauben oder überholten medizinischen Theorien beruhende Auffassungen sind dabei seltener als „volkstümliche“ Regeln mit einem mehr oder weniger simplifizierenden Charakter. Es scheint dem Biologieunterricht z. Z. noch nicht in dem erforderlichen Maße zu gelingen, das von den Schülern in der Familie, in der Vorschulerziehung und im täglichen Leben erworbene propädeutische Gesundheitswissen so wesentlich weiterzuentwickeln, daß eine neue Qualitätsstufe erreicht wird – die der wissenschaftlich begründeten Erkenntnis und Einsicht.

Die Sinn- und Sachzusammenhänge zwischen Bau und Funktion der Organe, zwischen Lebensvorgängen und Umweltfaktoren, zwischen Lebensführung, Gesundheit und Krankheit werden von vielen Schülern nur teilweise erkannt. Deshalb sind zahlreiche Maßnahmen der gesunden Lebensführung, der Hygiene und Prophylaxe zwar bekannt, können aber nur ungenügend begründet werden.

Der ständig zunehmende Wissens- und Erfahrungsschatz der Menschheit zwingt die Schulbildung zu einer immer stärkeren Konzentrierung auf das

Wesentliche, auf die Vermittlung allgemeiner Erkenntnisse. Ein gewisses Maß konkreter Einzelkenntnisse ist jedoch unbedingt erforderlich; das gilt auch für die gesundheitliche Bildung.

In dieser Beziehung gibt es ebenfalls noch Mängel. Die Kenntnis grundlegender Einzelmaßnahmen der Hygiene und gesunden Lebensführung ist lückenhaft und außerdem zu wenig praxisbezogen. Der Biologieunterricht behandelt die gesundheitserzieherische Thematik noch zu abstrakt und veranlaßt die Schüler ungenügend zur Übung, Anwendung, Festigung und Überprüfung des hygienischen Wissens in der täglichen Lebenspraxis. Das vermittelte Wissen bleibt dadurch formal und wird nicht genügend verhaltensrelevant.

Eine Erhöhung des Niveaus der gesundheitlichen Bildung der Schüler ist also dringend erforderlich. Dazu sind u. a. Veränderungen im Biologieunterricht notwendig, auf die in einem späteren Beitrag eingegangen werden soll.

#### Zusammenfassung

Es wird über eine Ermittlung des Gesundheitswissens von 1500 Schülern der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule der DDR berichtet und das gegenwärtig erreichte Niveau unter besonderer Berücksichtigung der im Biologieunterricht zu leistenden hygienischen Bildungs- und Erziehungsarbeit kritisch analysiert.

#### Schrifttum

- Beske, E.: Gesundheitswissen und Verhaltensweisen von Volksschülern in einer Großstadt. Gesundheitsfürsorge 7 (1957) 130
- Bleher, K.: Gesundheitswissen der Jugend. Z. Präventivmed. 11 (1966) 298
- Grimm, H.: Sport als Mittel der Gesunderhaltung auf Schülerzeichnungen. Ärtzl. Jugendk. 54 (1963) 114
- Grundsätze zur weiteren Entwicklung der Gesundheitserziehung in der Deutschen Demokratischen Republik. Komitee für gesunde Lebensführung und Gesundheitserziehung in der DDR. Berlin 1967.
- Karsdorf, G.: Gesundheitserziehung in der Schule. Berlin 1967.
- Kurze, M.: Über Inhalt und Umfang des gesundheitlichen Grundwissens und seine Vermittlung im humanbiologischen Unterricht als Bestandteil der gesundheitlichen Bildung und Erziehung in der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule. Dissertation, Päd.Fak., Berlin 1967.
- Palme, H.-D.: Über die Einstellung des Menschen im mittleren Alter zu seiner Gesundheit. Dissertation, Med.Fak., Halle 1965.
- Schmidt, W.: Untersuchungen über die Behandlung der Alkoholfrage im Unterricht und in der außerunterrichtlichen Arbeit der zehnklassigen allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule der DDR. Dissertation, Phil.Fak., Greifswald 1961.
- Steffen, R.: Lebensgewohnheiten als Krankheitsursache. Z. Präventivmed. 12 (1967) 3

Anschrift des Verfassers:

Dr. päd. Manfred Kurze, Institut für Unterrichtsmethodik der Humboldt-Universität; 102 Berlin, Burgstraße 26

# Wie gesünder ist die Jugend von heute?

638/71 Sammler 24 (1971) Nr. 12, S. 2

KPA. Wenn man sich die Frage stellt, wie gesund die heutige Jugend sei, so hat man praktisch nur eine einzige zuverlässige Möglichkeit, die statistisches Material liefert: die militärische Aushebung. Gewiss, diese gibt nur eine Antwort, die sich ausserdem auf die männliche Jugend allein bezieht. Aber man kann doch daraus einen Schluss auf die Gesamtheit dieser Altersklasse ziehen. In manchen Ländern gibt es ein Arbeitsschutzgesetz, das die ärztliche Untersuchung aller jener anordnet, die in den Arbeitsprozess eintreten, also der männlichen und weiblichen Arbeitnehmer; aber selbst dort, wo eine solche Verordnung besteht, sind diese meistens nur mangelhaft durchgeführt, so dass schliesslich für die Beantwortung der Frage nach der Gesundheit der Jugend von heute doch wieder nur die Erhebungen der militärischen Aushebung übrigbleiben.

## Die heutige Mode ist gesünder

Man muss sagen, dass die Erweiterung der hygienischen Massnahmen, denn der Sport als Massenerscheinung und schliesslich die Tatsache der Akzeleration, der Wachstumsbeschleunigung und der Vorverlegung der Reife zur Gesundheit und Gesunderhaltung der Jugend beitragen. Es gibt eine grosse Anzahl von Krankheiten, die durch die genannten Umstände zurückgedrängt worden.

Vielleicht hat sogar die Mode einiges dazu beigetragen, dass zum Beispiel die Rachitis zumindest in ihren schweren Formen kaum mehr existiert. Selbst bei der ländlichen Bevölkerung, bei der früher die ganz schweren Fälle von Rachitis häufig waren, so das enge Becken, das dann zu Gebärschwierigkeiten führte, ist diese Krankheit absolut im Verschwinden. Man legt Wert darauf, dass man gerade Beine hat, das Strandbad verlangt das und die Mode der kurzen Röcke auch.

Aber abgesehen davon, der Wandel der Zeiten verlangt Sonne, Luft und Wasser, und keine ängstliche Mutter behindert die Sportgeiüste ihrer Söhne und Töchter, kein Schleier oder Sonnenschirm will die bräunenden Strahlen zurückhalten, kein Korsett schnürt den Leib und namentlich die Leber ein, und wenn auch der Sport negative Seiten hat, indem er zu vielen Unfällen und zu Ueberanstrengung führen kann, so wirkt er sich auf die Gesundheit der Jugend doch in allererster Linie sehr positiv aus.

## Der Segen der Medizin

Die Medizin hat viel dazu beigetragen, dass einige Krankheiten, die früher in den Jahren der Kindheit und der Jugend eine grosse

Rolle spielten, eingedämmt wurden oder fast ganz verschwunden sind. Man denke an die Tuberkulose, die zwar noch nicht ausgerottet ist, aber ihre Schrecken verloren hat, weil man in der modernen Hygiene und vor allem in neuen Behandlungsmitteln die richtigen Waffen gegen diese früher so gefürchtete Krankheit gefunden hat. Der Scharlach ist fast eine harmlose Krankheit geworden, die Diphtherie, früher der so gefürchtete Würgengel der Kleinen, ist nur mehr ein seltenes Ereignis, die epidemische Kinderlähmung ist so gut wie völlig verschwunden, die Salkeche Schutzimpfung hat das bewirkt, in keinem zivilisierten Land gibt es irgend eine grosse Epidemie mit Ausnahme der Grippe — und das alles hat sich auf das günstigste für die körperliche Entwicklung der Jugend ausgewirkt.

## Gefahren drohen immer noch

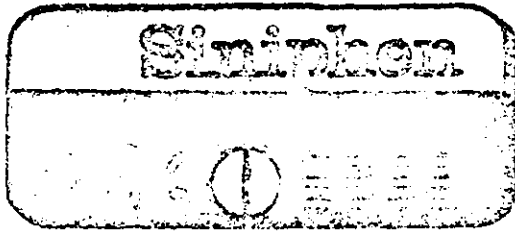
Freilich gibt es auch Erscheinungen, die man mit einem negativen Zeichen versehen muss. Die Jugend von heute braucht vielfach mehr als früher, sie beteiligt sich am Konsum von Pauschgetränken, Koschisch und Marinaden, gehören in manchen Ländern zum Inventar jugendlicher Rockkonzerte, und viele Ärzte erblicken darin eine grosse Gefahr für Körper und Seele der heranwachsenden Generation.

Aber auch davon abgesehen muss der Arzt auf andere Gefahren und Krankheitserscheinungen hinweisen, die sich heute bei den Altersklassen der Jugend bemerkbar machen. Trotz der Ausübung dieser oder jener Sportart kommt es viel zu viel zu Haltungsschäden, viele junge Leute essen zu viel und haben zu wenig Bewegung. Vegetative Kreislaufstörungen sowie nervöse Herzen sind Modekrankheiten auch der Jugend geworden. Freilich liesse sich das alles leicht abwenden, wenn die Jugendlichen ihre Lebensführung danach einrichten würden. Aber es gehört eben zum Wesen der Jugend, mit der Vernunft eher sparsam zu sein. Auch hierüber geben die Aufzeichnungen der militärischen Aushebungen Auskunft. Der Zahnverfall fällt dabei auf, auch wenn nur selten eine Wehruntauglichkeit dadurch bedingt ist. Die Zahl der Plattfüssigen hat zugenommen, was vermutlich damit zusammenhängt, dass die jungen Burschen sich lieber aufs Motorrad oder ins Auto setzen, als ihre Füsse zu bewegen. Aber auch die Seele weist bei Jugendlichen oft schon Schädigungen auf, so dass von den Militärärzten deswegen der Befund «untauglich» ausgesprochen werden kann. Allerdings auch nur in Ausnahmefällen.

In der deutschen Bundeswehr nehmen bei der militärischen Aushebung jene jungen



## Wegen Beschwerden



jetzt auch als Suppositorien  
und Dragées

für Kinder und Erwachsene  
Pharma-Siniphen Niederrhein

Leite die größte Zahl der Untersuchten die ein beachtliches Sehvermögen, namentlich Kurzsichtigkeit, haben. Ein Prozent verringertes Sehvermögen ist hier Untauglichkeit zum Militärdienst. Bei vielen jungen Leuten, die vegetative Störungen des Herzens und des Kreislaufes aufweisen, muss man das als Begleiterscheinung der Wachstumsbeschleunigung auffassen. Man kann die Prognose stellen, dass nach vollkommener Reife die Beschwerden verschwinden werden. Hier wirken körperliche und seelische Einflüsse zusammen, um ein Krankheitsbild zu erzeugen.

### Land- und Stadtjugend

Zwischen der Land- und der Stadtjugend sind, was den Gesundheitszustand betrifft, deutliche Unterschiede zu erkennen. Die Landjugend hat mehr Halbtagsarbeiten

schlechtere Zähne und mitunter Intelligenzfehler, hingegen ist sie besser daran als die Stadtjugend, was die Sehschärfe und die vegetativen Störungen betrifft. Aber durch eine zweckmäßige sportliche Betätigung lässt sich auch bei der Landjugend ein Ausgleich herstellen.

Natürlich muss man sich fragen, was kann man tun oder raten, um sowohl bei der Land- als auch bei der Stadtjugend alle gesundheitlichen Schäden auszumerzen? Die Jugend von heute ist, namentlich in der Grossstadt und in städtischen Wohngebieten, von Reizen überflutet. Dadurch kommt es auf dem Wege über das Gehirn nicht nur zur früheren Reifung des Körpers, sondern auch zu den Störungen,

von denen früher gesprochen wurde, namentlich zu Fehlleistungen des Nervensystems. Man muss aber auch den frühzeitigen Konsum von Genussgiften dazurechnen, also der Zigaretten und der Raucherhüte. Der Alkoholismus scheint bei den Jugendlichen abzunehmen. Auf dem Lande muss man jedoch, dass Jugendliche, die noch nicht einmal die Schuljahre hinter sich haben, einseitigen Belastungen ausgesetzt werden, einer für sie zu schweren körperlichen Arbeit, die zu Leistungsschäden aber auch zu Schäden an Knochen und Gelenken führen kann. All diesen Dingen kann man nur entgegenwirken, wenn sich eine vernünftige Erziehung noch mehr als bisher durchsetzt. Dr. med. K...

Gesundheitserziehung; 1Mitarbeiterausbildung; 2Kinder-  
...; 2Spielstube

Die Ausführungen zeigen Möglichkeiten der Gesundheitserziehung  
in den beiden Einrichtungen z.B. durch Ausbau der Spielplätze, An-  
schaffung entsprechender Spielgeräte, Einführung von Gymnastik  
und Rhythmik, Anleitung in der Körperpflege, und fordern eine stär-  
kere Einbeziehung der Gesundheitserziehung in die Pläne der Aus-  
- und Fortbildung der Mitarbeiter. Ein geschultes Personal konnte Ges-  
undheitsschäden frühzeitig erkennen und die notwendige Elternma-  
ßnahmen fördern. (11)

dj68-03-0139  
Iben, Gord  
/Kinder am Rande der Gesellschaft/. Erziehungs- und  
Bildungshilfen in Notunterkünften  
München: Juventa Verlag/1968/. 152 S. DM 9.80  
/Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft fuer Jugend-  
pflege und Jugendfuersorge. 16/  
Bibl. 243

DJ-sx 0199.  
B. 2  
1Familienhilfen; 1Jugendhilfe; 2Obdachlose

Diese Arbeit entstand im Rahmen der Ausschreibung der AGIJ fuer  
den Hermine-Albers-Preis 1968 zum Thema: "Erziehungs- und Bildungs-  
hilfen fuer Kinder und Jugendliche in Notunterkünften". Der empiri-  
sche Teil entstand an einem sample von 32 Kinder. (14 von 18 im  
Barackenlager wohnend, waehrend die gleichstarke Kontrollgruppe  
z.T. in Ubergangs- und z.T. in Normalwohnungen lebend). Als zentrale  
Methoden der Erziehungs- und Bildungshilfen wurden folgende  
genannt: Musiktherapie, Theaterarbeit, Individualisierung,  
...  
...  
...

DJ-zx 0221  
D. 37/  
1Gesundheitserziehung; 1Schule; 1Vorsicht

Gesundheitserziehung in der Schule muss ueber die Phasen der  
und Koerpererziehung hinausgehen. Sie soll allgemeines Erziehungs-  
prinzip sein. Wolf schlaegt eine "Systematik der Koerpererziehung  
in den Klassen 1-10" vor und verteilt die verschiedenen Bereiche  
der Gesundheitserziehung auf die Schulfaecher.

dj68-01-0013  
Paul H.  
/Methoden der Erfolgskontrolle bei Massenausbildung/  
sind...  
In: Das /deutsche Gesundheitswesen/, 30/1968/1, S. 117-119  
DJ-zx 0063  
B. 37/  
1Gesundheitserziehung; 2Erfolgskontrolle

Der Autor unterscheidet drei Ebenen der Gesundheitserziehung: ge-  
sundheitliche Information, gesundheitliche Meinungsbildung und An-  
derungen der Verhaltensweisen. Paul berichtet ueber die von ihm  
bisher fast nur in den USA entwickelten und verwendeten Verfah-  
ren der Erfolgskontrolle. Waehrend die beiden ersten mit traditionel-  
lichen Methoden der Wissensvermittlung und Einstellungsveränderung unter-  
sucht werden koennen, bietet die dritte besondere Schwierigkeiten.  
Die Anwendung von Methoden der Erfolgskontrolle ist...  
...  
...

95

Die /medizinischen Probleme des Gesundheitsrisiko/.  
Historische, methodologische und empirisch-experimentelle  
Untersuchung von Perspektiven der Sozialhygiene,  
mit einer Einleitung von Prof. H. Kramon.  
Eidgenöss. Anstalt f. 1970/259 S.

/Theoretische und klinische Medizin in Basel dargestellt  
lungen./  
Bibl., Abb., Tab.  
DJ-zx 2113

A.24  
1Sozialhygiene; 1Sozialmedizin; 1Einstellungsforschung;  
1Gesundheitsförderung; 2Gesundheitszustand; 2Verhalten;  
2Leistung; 2Empirische Arbeit; 2Forschungsbericht

Die zentrale Frage der Arbeit war, ob in der heutigen Lebenssituation  
Gesundheit dasselbe ist wie früher. Der Autor suchte  
das "veränderte sozialhygienische Feld theoretisch zu skizzieren  
und punktiell empirisch-experimentell zu prüfen, um Anhaltspunkte  
für eine "Epidemiologie der Gesundheit" aufzuzeigen zu können".  
Er versteht Sozialmedizin als "Wissenschaft von den sozialen Bed-

2379-03-0071

Die /Gesundheit des Säuglings und Kleinkindes/.  
in: /Pro Juventute/(Zürich), 51/1970/10, S. 379-395.  
Bibl., Abb., Tab.  
pres.: deutsch, franz., italienisch.  
DJ-zx 1417

A.24  
1Sozialmedizin; 1Gesundheitshilfen; 1Beratungsdienste;  
2Gesundheitsschäden; 2Säugling; 2Kleinkind

Die verschiedenen Beiträge beschäftigen sich, auf Säugling und  
Kleinkind bezogen, mit den Fragen, was Gesundheit ist, welche  
Hauptfaktoren die Gesundheit beeinflussen und was zur Bewahrung  
und Erhaltung der Gesundheit notwendig ist. Aus der Sicht des  
Frauenarztes und des Ehe- und Erziehungsberaters werden sozial-  
medizinische Beratungsdienste und ihre Wirkungsfelder dargestellt.  
Als neuer schonender Aspekt wird herausgestellt, dass die  
Aufgaben für die Gesundheitspflege in den ersten Lebensjahren  
nicht weniger wichtig sind für den Menschen als in den späteren

Die /Problematik der Problematik des Kindes-  
und Jugendgesundheitswesens in Deutschland/  
während der letzten 50 Jahre/  
in: /Zeitschrift für Jugendkunde (Leipzig)/, 10/1969/9-10,  
S. 391-400.

DJ-zx 0863  
B.2  
1Gesundheitshilfen; 1Sozialhygiene; 2Gesundheits-  
schutz; 2Schulggesundheitspflege; 2Kindergarten;  
2Heime; 2Säuglingspflege; 2Literaturanalyse

Eine Analyse der sozialhygienischen Literatur seit Beginn des  
19. Jahrhunderts zeigt die unterschiedliche Aktivität der Autoren  
in verschiedenen Epochen deutlich. So betrug  
z.B. das Verhältnis der Literaturreichhaltigkeit der Säuglings-  
pflege 189 (im ersten Jahrzehnt) zu 13 im sechsten. Ebenso ist  
die Abnahme der Aktivität aus der Literatur über die  
Schulggesundheitspflege zu verzeichnen. Während die  
Literatur über die Kindertagesprobleme, Kindergärten und  
Kindergartensproblematik in beiden erfassten Jahrzehnten in etwa  
gleichmäÙig mit ihrer Aktualität. (Ku)

2379-03-0127

/Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten/.  
Bericht über die Arbeitstagung vom 8. - 10. Okto-  
ber 1969 in Bonn-Bad Godesberg.  
Herausgegeben von Gesundheitserziehung (Hrsg.)  
München; Mittelbayerische Druckerei und Verlags-  
gesellschaft; 1970/106 S.  
Bibl., Abb., Tab.

DJ-zx 1421  
B.2  
1Gesundheitshilfen; 1Gesundheitsförderung; 1Re-  
habilitation; 2Gesundheitsschäden; 2Geburtsregelung;  
2Schule; 2Spielstube; 2Tagung; 2Bericht

In Regionalisierungsprozessen von Menschen aus sozialen Brennpunkten  
sind die Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung von zentraler  
Bedeutung. Die Untersuchungen ergaben, dass die Gesundheits-  
förderung in der Regel ein schlechtes Ergebnis erzielt. Die  
Gesundheitsberatung wird als wirksamer angesehen.

Die Veränderung der Gesellschaft hat die Aufgaben der Epidemiologie verändert. Die Aufgabe der Epidemiologie besteht darin, die Verbreitung von Krankheiten zu untersuchen und zu erklären, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

**Summary**  
The change of society has also changed the tasks of epidemiology; in view of the new role and function of epidemiology, the application of epidemiological methods and knowledge is required so as to meet the new great demands of activity in the field of epidemiology.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.  
Eingang: 1. 2. 1967  
Anschritt des Verfassers: Prof. Dr. H. Wichter, 200 Postfach, Otto-Grafewohl-Straße 1

Die Aufgabe der Epidemiologie besteht darin, die Verbreitung von Krankheiten zu untersuchen und zu erklären, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

**Zusammenfassung**  
Die Veränderung der Gesellschaft hat die Aufgaben der Epidemiologie verändert. Die Aufgabe der Epidemiologie besteht darin, die Verbreitung von Krankheiten zu untersuchen und zu erklären, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

**Zusammenfassung**  
Die Veränderung der Gesellschaft hat die Aufgaben der Epidemiologie verändert. Die Aufgabe der Epidemiologie besteht darin, die Verbreitung von Krankheiten zu untersuchen und zu erklären, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

### 2.3.6. Medizinische Soziologie

9/6/69 Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete

medizinische Soziologie  
Gesundheit (Einstellung)  
Lebensalter

Hef. 9, Sept. 67, 13. Jahrg.

301.61  
613.001.15  
3-053

Aus dem Lehrstuhl für Sozialhygiene des Hygiene-Instituts der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktor: Prof. Dr. med. habil. H. Wichter)

### Über die Einstellung zur Gesundheit in verschiedenen Lebensaltern

Von H. ENKJE und G. SCHÖNRÖCK

#### Aufgabe und Methode der Untersuchung

Infolge der Wandlung des Morbiditätsgeschehens in den letzten Jahrzehnten sind die chronischen Erkrankungen immer mehr in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Ein wirksamer Bestandteil der Prophylaxe ist die Gesundheitsziehung, die aber noch nicht genügend wirksam ist. Das liegt mit daran, daß die Einstellung der Bevölkerung zur Gesundheit und die Motive, die dem Gesundheitsverhalten zugrunde liegen, zu wenig bekannt sind.

Im folgenden wird über eine Untersuchung berichtet, die zur Klärung dieses Problems beitragen sollte.

Die Untersuchung erfolgte 1963/64 durch Doktoranden des Lehrstuhls für Sozialhygiene. Insgesamt wurden 703 Personen in den Altersklassen „Jugendliche“ (16 bis 25 Jahre), „Mittleres Alter“ (30 bis 60 Jahre) und „Rentenalter“ nach einem festgelegten Frageschema interviewt. Um eventuelle Unterschiede festzustellen, wurden die Befragten zu annähernd gleichen Teilen sowohl unter Gesunden als auch ambulant oder stationär Kranken ausgewählt.

Es wurden u. a. folgende Fragen gestellt, die hier ausgewertet werden sollen:

1. Wie schätzen Sie die Gesundheit ein? Welchen Wert hat sie?
2. Wann oder wodurch haben Sie die Gesundheit schätzen gelernt?
3. Warum möchten Sie immer gesund sein? bzw. Warum möchten Sie schnell wieder gesund werden?

4. Was tun Sie bewußt, um damit Ihrer Gesundheit zu tun?
5. Was würden Sie gern noch mehr für Ihre Gesundheit tun?
6. Unterlassen Sie bewußt etwas aus gesundheitlichen Gründen, was Ihnen sonst Freude machen würde?
7. Tun Sie zur Zeit noch Dinge, die Sie für gesundheitlich schädlich halten?
8. Suchen Sie, auch wenn Sie sich gesund fühlen, den Arzt (Zahnarzt, Frauenarzt) auf?  
Wenn nein:  
Wann gehen Sie zum Arzt?
9. Kaufen Sie sich selbst Medikamente in der Apotheke?

Psychische Besonderheiten der alten Menschen - Weisheit, Miftrauen, Perseveration - beeinflussten die Befragung hinsichtlich der Quantität und Qualität der Antworten. Deshalb mußte in der Auswertung bei manchen Fragestellungen auf die Antworten der Rentner verzichtet werden.

#### Ergebnisse

Auf die Frage nach der Wertschätzung der Gesundheit ergab sich, daß die Gesundheit von den Menschen im mittleren Alter durchweg und von den Rentnern zu 90% (die übrigen 10% gaben keine Antwort) als „das Kostbarste des Menschen“, „wertvoller als Geld“, als „das höchste Gut“ bezeichnet wurde. 88,8% der Jugendlichen gaben die gleichen Antworten; 9,6% hatten keine Meinung, da sie „noch nicht über dieses Problem“

nachgedacht haben. 4 Jugendliche (1,6 %) schätzten die Gesundheit gleich anderen Dingen ein. 2 von ihnen meinten, Gesundheit und Geld seien wertmäßig gleich, weil ohne Geld auch Gesundheit nichts nütze; die beiden anderen betrachteten aus religiösen Gründen die Gesundheit als etwas Sekundäres. Die jüngeren Menschen hatten demnach nicht immer eine gefestigte Einstellung zu ihrer Gesundheit. Die Gründe dafür ergeben sich aus den Antworten auf die nächste Frage: „Wann oder wodurch haben Sie die Gesundheit geschätzt gelernt?“

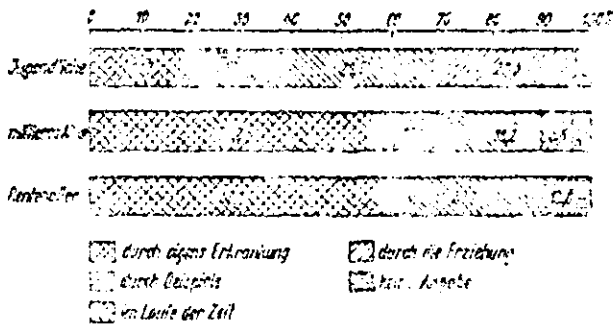


Abb. 1. Wodurch die Gesundheit geschätzt gelernt wurde

Auf der Abbildung 1 lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen erkennen. Vorständlicherweise rücken eigene Erkrankungen mit dem Alter an die erste Stelle und Erkrankungen anderer Menschen, die als Beispiele wirken, treten zurück. Die Jugendlichen gaben zu fast einem Drittel Erziehungseinflüsse (Elternhaus, Schule, DRK, aber auch Literatur) an. Wenn sich daraus auch Erfolge der Gesundheitserziehung ableiten lassen, zeigen die Antworten doch, daß die Wertschätzung der Gesundheit, die aus eigenem Krankheitserleben resultiert, höher ist. So sagte ein Invalidenrentner im mittleren Alter: „Ich bin fast 40 Jahre Pfleger in der Nervenklinik gewesen, wo ich sehr viel, fast unvorstellbares Elend gesehen habe. Damals glaubte ich schon, den Wert der Gesundheit begriffen zu haben. Doch nun, da ich selber schwer herzkrank bin, kann ich sagen, daß ich erst jetzt die Gesundheit richtig schätze. Man muß selber erst krank oder krank gewesen sein, um zu dieser Erkenntnis zu kommen. Beispiele können das nie bewirken.“ Ähnliche Antworten wurden von den Kranken häufig gegeben. Die Wertschätzung der Gesundheit nimmt also mit der Häufigkeit und Qualität entsprechender Erlebnisse zu.

Eine Übersicht über die Struktur der Gründe, um dem Rentenwillen die Befragten gesund sein und bleiben möch-

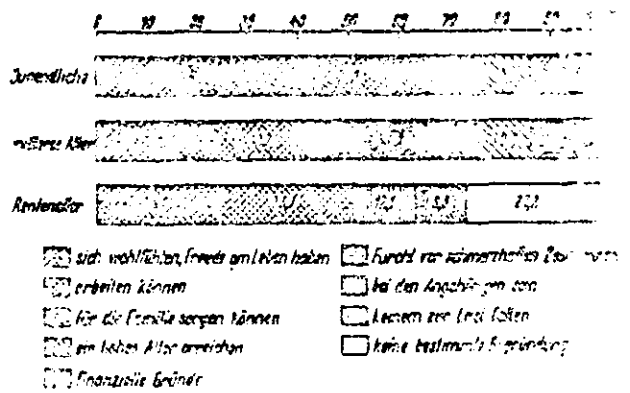


Abb. 2. Gründe für das Streben nach Gesundheit

ten, gibt Abbildung 2 und über deren Häufigkeit Tabelle 1.

Die durchschnittliche Zahl der Antworten je Person ist bei den Jugendlichen am größten. Sie und die Befragten im mittleren Alter nannten die gleichen Gründe, im mittleren Alter wurde außerdem noch die Furcht vor körperlichen Beschwerden angegeben. Von den Jugendlichen machen das Streben nach Wohlbefinden und Freude am Leben sowie der Wunsch, arbeiten zu können – beide fast gleich häufig genannt – zwei Drittel aller Antworten aus. Im mittleren Alter steht die Furcht um die Familie an erster Stelle. Wie bei den Jugendlichen wurden im Rentenalter am häufigsten der Wunsch, wohlzufühlen und der Wunsch, arbeiten zu können genannt. Als besondere Gründe kommen in dieser Altersklasse hinzu, „um keinem zur Last zu fallen“ und „den Angehörigen sein können“. Diese beiden Gründe wurden von insgesamt 26 % der Rentner und von fast mehr Frauen als Männern genannt. In diesen Antworten drücken sich Angst vor Isolierung und zunehmender Deunruhigung aus, die eine besondere Problematik alternden Menschen darstellen. Die Antworten zeigen, daß die bekannte Tatsache der eigenen Besonderheiten jenes Lebensalters sich auch in den Motiven, die die Einstellung zur Gesundheit bestimmen, prägt. Die Gesundheitserziehung kann nur dann erfolgreich haben, wenn sie zielgerichtet auf solche Motive einwirkt.

Die Kranken wurden gesondert befragt, wann sie am schnellsten eine Gesundung anstreben. Dabei stand im jüngeren Lebensalter das Streben nach Arbeitsfähigkeit im Vordergrund. Im mittleren Alter wurden dazu Besondere Freiheit und familiäre Gründe genannt, von den Jugendlichen familiäre Gründe und berufliche Sorgen, die meist mit der Berufsausbildung und Weiterbildung zusammen-

Tabelle 1. Gründe für den Wunsch, immer gesund zu sein

Altersgruppe	sich wohl fühlen, Freude am Leben haben	arbeiten können	für die Familie sorgen	ein hohes Alter erreichen	finanzielle Gründe	Furcht vor körperlichen Beschwerden	bei den Angehörigen sein	keinem zur Last fallen	keine bestimmte Begründung	insgesamt	Anzahl der Befragten
angegebene Gründe absolut											
Jugendliche	83	77	24	21	17				16	240	157
mittleres Alter	62	50	56	29	8	15			14	269	277
Rentenalter	56	62					28	21	63	232	266
angegebene Gründe je 100 Befragte											
Jugendliche	48,0	44,5	13,9	13,3	9,8				9,2	139,7	
mittleres Alter	25,6	20,7	34,8	12,0	3,3	6,6			5,8	110,8	
Rentenalter	28,0	31,0					14,0	11,5	31,5	116,0	

\* ohne stationäre Kranke

Tabelle 2 Handlungen und Verhaltensweisen, die bewußt im Interesse der Gesundheit ausgeübt werden, nach Altersgruppen

Altersgruppe	Sport und Baden	Körperliche Bewegung und Spaziergänge	Frühgymnastik	gesunde Ernährung	„gute“ Ernährung	Körperpflege	viel Schlaf und Ruhe	Schlaf bei offenem Fenster	Erkältungshelb	Kontrolluntersuchungen	Selbstbehandlung mit Tee oder Medikamenten	Anzahl der Angaben	Prozent Angaben	Anzahl der Befragten
angegebene Handlungen und Verhaltensweisen absolut														
Jugendliche	132		21	53	30	54	11	17	6	4		305	70	261
mittleres Alter	28	28		32	30	23	7					193	99	147
Rentenalter	3	13					4			1	78	119	98	207
angegebene Handlungen und Verhaltensweisen je 100 Befragte														
Jugendliche	50,6		8,7	20,3	12,4	20,7	11,5	8,6	2,3	1,5		118,0	26,8	
mittleres Alter	11,7	11,6		13,2	12,4	9,5	12,8					79,6	40,9	
Rentenalter	1,5	16,5					2,0			0,5	39,0	59,5	43,0	
Struktur der angegebenen Handlungen und Verhaltensweisen														
Jugendliche	43,3		10,9	17,4	15,0	17,9	10,7	8,2	2,0	1,3		100,0		
mittleres Alter	14,3	14,5		16,6	15,0	11,9	10,7					100,0		
Rentenalter	2,5	27,7					3,0			0,8	65,6	100,0		

menhängen. Finanzielle Gründe stehen in beiden Altersklassen erst an 5. Stelle nach dem Wunsch, Freude am Leben zu haben. Hierin äußert sich eine positive Einstellung zur Arbeit und die Tatsache der sozialen Sicherstellung durch die Sozialgesetzgebung in der DDR.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, daß von den Befragten die Gesundheit als hoher Wert eingeschätzt wurde und stark wirkende Motive für das Streben nach Gesundheit vorhanden waren.

Diesen Motivationen werden im folgenden die Angaben über das Gesundheitsverhalten gegenübergestellt. Es wird versucht, Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten zu vergleichen, da das Verhältnis zwischen beiden als ein Indikator für die Einstellung zur Gesundheit angesehen werden darf.

Zuerst wurde nach Handlungen und Verhaltensweisen gefragt, die bewußt im Interesse der Gesundheit ausgeübt werden. Wir sind uns darüber im klaren, daß als Antwort auf diese Frage nicht die gesundheitsföhrlichen Verhaltensweisen genannt werden, die zu selbstverständlichen Gewohnheiten geworden sind. So beziehen sich die unter Körperpflege zusammengefaßten Antworten auf Bürstenmassagen, Wechselduschen u.ä., also Pflegemaßnahmen, die über tägliches Waschen und Zähneputzen hinausgehen (Tabelle 2).

Es ergibt sich eine Rangreihe, wobei die Jugendlichen sowohl bei der Anzahl als auch der Mannigfaltigkeit der Antworten an erster, die Rentner an letzter Stelle stehen. Zwei Drittel aller Angaben sind bei den Rentnern „Selbstbehandlung mit Tee und Medikamenten“, also etwas, was zur Wiedererlangung und nicht zur Erhaltung der Gesundheit getan wird.

In den anderen Altersgruppen stehen Sport und körperliche Bewegung im Vordergrund, wobei die Jugendlichen nur „Sport und Baden“ nannten; im mittleren Alter kommen annähernd gleich stark sowohl „körperliche Bewegung und Spaziergänge“ als auch „Frühgymnastik“ dazu. Verständlicherweise tritt im Rentenalter der Sport zugunsten von „körperlicher Bewegung und Spaziergängen“ zurück.

Während 51 % der Jugendlichen den Sport als gesundheitserhaltende Maßnahme ansahen, gaben nur 20 % die gesunde Ernährung an. Im mittleren Alter betrafen fast ebenso viele Antworten die „gute“ wie die „gesunde“ Ernährung. Unter „guter“ Ernährung wurde „gehaltvolle“, fett- und fleischreiche Nahrung verstanden. Diese

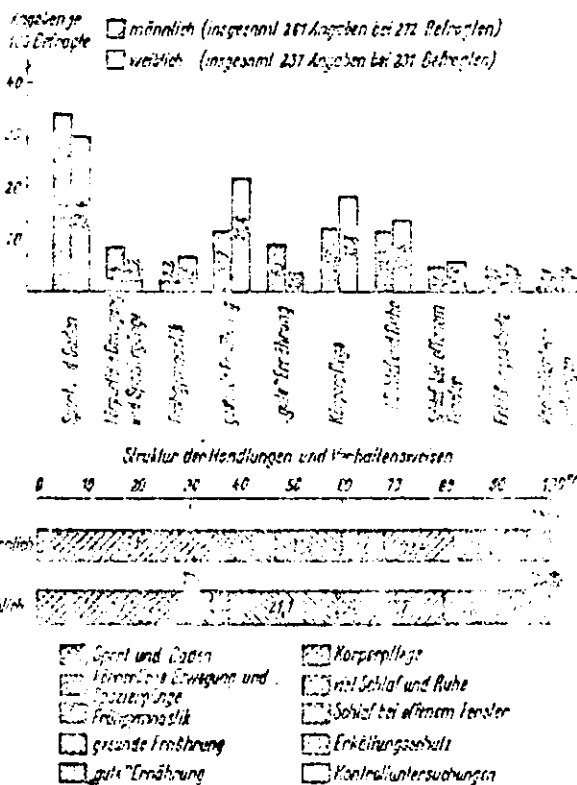


Abb. 3 Handlungen und Verhaltensweisen, die bewußt im Interesse der Gesundheit ausgeübt werden, unterteilt nach dem Geschlecht (ohne Rentner).

Auffassung aber widerspricht der gesunden Lebensweise.

Berücksichtigt man das Geschlecht, so zeigt sich, daß die männlichen Befragten mehr Angaben über sportliche Betätigung und „gute“ Ernährung machten, die weiblichen dagegen über gesunde Ernährung und Körperpflege (Abb. 3).

Bei den Antworten auf die Frage, was gern noch mehr für die Gesundheit getan würde – diese Frage wurde nicht an die stationär Kranken gestellt –, stehen wiederum Sport und körperliche Bewegung an erster Stelle, gefolgt von dem Bedürfnis nach mehr Schlaf und Ruhe. Die weiblichen Befragten machten mehr Angaben als die männlichen (Tabelle 3).

In Abbildung 4 wird versucht, die Diskrepanz zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen zu verdeutlichen.

Die Hälfte der Jugendlichen betätigte sich sportlich, bei

Tabella 3 „Gern noch mehr für die Gesundheit würde getan“ (bei mehr Zeit oder Überwindung der Bequemlichkeit) nach Altersgruppen, sex bzw. Geschlecht (ohne Rentner)

	Was gern noch für die Gesundheit getan würde										Zahl der Befragten
	Sport, Freizeitsport	körperliche Bewegung, Sportlergymnastik	Sonne und Ruhe	Körperpflege	Heilgymn.	Behandlungen um Kur	häufiger Arztbesuch	andere Ernährung	Aufgaben insgesamt	Teil der Befragten	
<b>Jugendliche</b>											
absolut	50	13	8	6					77	177	
in %	64,0	16,0	10,4	7,8					100,0		
je 100 Befragte	26,9	7,5	4,6	3,5					44,5		
<b>mittleres Alter</b>											
absolut	33	15	7	3	2	7	4	3	74	149	
in %	44,6	20,3	9,5	4,0	2,7	9,5	5,4	4,0	100,0		
je 100 Befragte	22,1	10,1	4,7	2,0	1,3	4,7	2,7	2,0	48,6		
<b>männlich</b>											
absolut	32	7	8	3	4	5		3	63	164	
in %	52,3	11,5	13,1	3,3	6,6	8,2		4,9	100,0		
je 100 Befragte	10,5	4,3	4,9	1,2	2,4	3,0		1,8	37,1		
<b>weiblich</b>											
absolut	31	8	12	0	4	2	4		80	150	
in %	36,7	8,9	13,3	0,0	4,4	2,2	4,4		100,0		
je 100 Befragte	37,3	5,1	7,6	0,0	2,5	1,3	2,5		52,0		
<b>insgesamt</b>											
absolut	83	15	20	11	8	7	4	3	151	327	
in %	55,0	9,9	13,3	7,3	5,3	4,6	2,6	2,0	100,0		
je 100 Befragte	25,0	4,7	6,2	3,4	2,5	2,7	1,2	0,9	46,7		

Häufigkeit je 100 Befragte

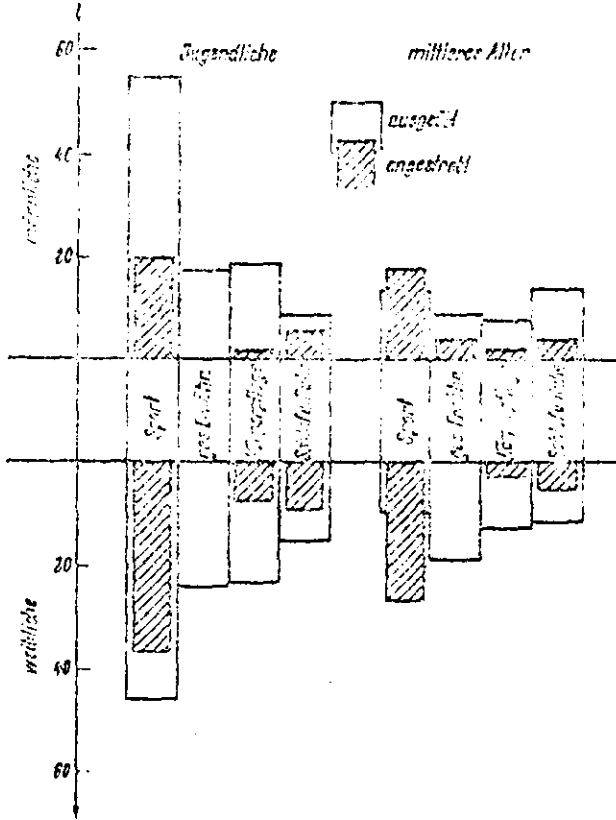


Abb. 4 Ausgeführte und angestrebte Handlungen und Verhaltensweisen nach Altersgruppen und Geschlecht (ohne Rentner)

Angaben je 100 Befragte

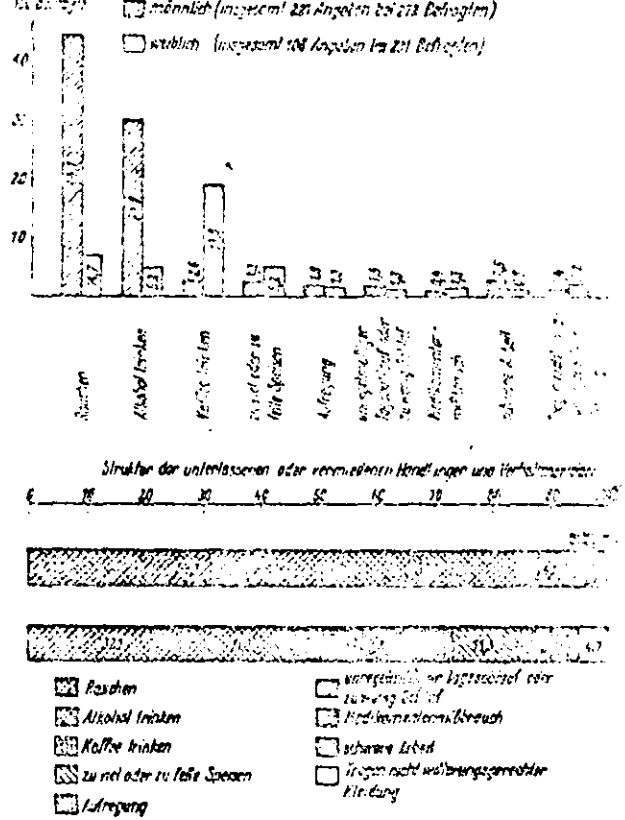


Abb. 5 Handlungen und Verhaltensweisen, die bewusst um der Gesundheit willen unterlassen oder vermieden werden, unterteilt nach dem Geschlecht (ohne Rentner)

einem kleineren Teil blieb es beim Wollen. Im mittleren Alter ist das Verhältnis anders. Ein doppelt so großer Anteil der Befragten als es wirklich tat, hätte sich gern sportlich betätigt, wobei die Diskrepanz bei den weiblichen Befragten erheblich größer ist, was auch für die Angaben insgesamt zutrifft. Als Ursachen für das Unterlassen wurden Bequemlichkeit und Zeitmangel, in einigen Fällen fehlende Möglichkeiten angegeben. Tabelle 4 zeigt die Angaben über Gewohnheiten und

Verhaltensweisen, die bewusst um der Gesundheit willen vermieden werden. Auch zu diesem Problem gaben die Rentner weniger und stereotypere Antworten als die Jugendlichen und Menschen im mittleren Alter. Die Rentner mieden an erster Stelle Fett und Salz in den Speisen, die anderer Altersgruppen Genußgifte. Die Reihenfolge nach der Häufigkeit ist in beiden Gruppen Nikotin-Alkohol-Koffein (Abb. 5).

Tabelle 4 Bewußt um der Gesundheit willen unterlassen oder vermieden werden (nach Altersgruppen)

Altersgruppe	Rauchen	Alkohol trinken	Kaffee trinken	zu viel zu fette oder zu gesättigte Nahrung	Anfringung	unregelmäßiger Tag- und Nachtschlaf	Medikamentenmißbrauch	schwere Arbeit	Tragen nicht-wintermäßiger Kleidung	Angaben insgesamt	Befragte insgesamt
Jugendliche	70	45	18	10	5	4	2		6	160	261
mittleres Alter	64	34	21	11	3	3	2	9		157	243
Rentenalter	25			32						57	200
je 100 Befragte											
Jugendliche	26,8	17,2	6,9	3,6	1,9	1,5	0,8		2,3	61,2	
mittleres Alter	34,7	14,0	8,7	4,5	1,7	1,2	0,8	3,7		68,8	
Rentenalter	12,5			16,0						28,5	
Struktur der angegebenen Dinge (in %)											
Jugendliche	43,8	28,1	11,3	6,3	3,1	2,5	1,2		3,7	100,0	
mittleres Alter	50,3	20,3	12,6	6,6	3,8	2,8	1,2	5,4		100,0	
Rentenalter	43,9			30,1						100,0	

Tabelle 5 Gewohnheiten und Verhaltensweisen, die von den Befragten als gesundheitsgefährdend angesehen und trotzdem nicht unterlassen werden (nach Altersgruppen)

Altersgruppe	Rauchen	Alkohol trinken	Kaffee trinken	ungesunde oder schwere Arbeit	zu wenig Schlaf oder Ruhe	falsche Ernährung	keine Abkühlung und wenig Sport	Medikamentenmißbrauch	Angaben insgesamt	Befragte insgesamt
Jugendliche	51	15		21	13		8		126	243
mittleres Alter	30	2	9	10	10			2	78	243
Rentenalter	10	5							35	200
je 100 Befragte										
Jugendliche	19,5	5,7		10,0	5,0		3,1		49,4	
mittleres Alter	16,1	0,8	3,7	3,9	4,0			0,8	30,2	
Rentenalter	5,0	2,5		3,0	0,0				15,0	
Struktur der Gewohnheiten und Verhaltensweisen in %										
Jugendliche	19,5	11,6		20,2	10,1	12,4	6,7		100,0	
mittleres Alter	50,0	3,0	11,5	24,4	9,9			2,6	100,0	
Rentenalter	35,5	10,2		23,1	0,0				100,0	

Tabelle 6 Gewohnheiten und Verhaltensweisen, die von den Befragten als gesundheitsgefährdend angesehen und trotzdem nicht unterlassen werden (nach dem Geschlecht (ohne Rentenalter))

Geschlecht	Rauchen	Alkohol trinken	Kaffee trinken	ungesunde oder schwere Arbeit	zu wenig Schlaf oder Ruhe	falsche Ernährung	keine Abkühlung und wenig Sport	Medikamentenmißbrauch	Angaben insgesamt	Befragte insgesamt
männlich	73	17		23	9	8	2		140	272
weiblich	17		8	29	11	8	1	2	67	272
insgesamt	90	17	9	45	20	16	3	2	207	544
je 100 Befragte										
männlich	26,8	6,1	0,4	9,2	3,4	2,9	0,7		51,5	
weiblich	7,4		3,5	8,7	4,8	3,5	0,4	0,9	29,0	
insgesamt	17,9	3,4	1,8	8,9	4,0	3,2	1,6	0,4	41,2	
Struktur der Gewohnheiten und Verhaltensweisen in %										
männlich	52,1	12,1	0,7	17,9	6,4	5,7	1,0		100,0	
weiblich	25,4		11,9	29,9	16,4	11,9	1,5	3,0	100,0	
insgesamt	43,5	6,2	4,1	21,7	9,7	7,7	3,9	1,0	100,0	

Tabelle 7 Unterlassene oder trotz besseren Wissen nicht unterlassene Handlungsweisen je 100 Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht

Handlungsweise	Jugendliche									mittleres Alter									Rentenalter								
	unterlassen			nicht unterlassen			unterlassen			nicht unterlassen			unterlassen			nicht unterlassen			unterlassen			nicht unterlassen					
	m	w	N	m	w	N	m	w	N	m	w	N	m	w	N	m	w	N	m	w	N						
Rauchen	36,3	16,7	26,8	31,1	7,1	19,5	51,8	12,4	34,7	22,6	7,6	14,1	35,2		12,5	14,1		5,0									
Alkohol trinken	25,9	7,9	17,2	11,1		5,7	23,4	1,9	14,0	1,5		0,8						7,0			2,5						
Kaffee trinken	3,0	11,1	6,9				2,2	17,1	8,7	0,7	7,6	3,7															
ungesunde Ernährung	3,7	6,0	3,8	5,9	6,3	6,1	2,9	6,7	4,5				16,9	15,5	16,0												
schwere oder ungesunde Arbeit				10,4	9,5	10,0	5,1	1,9	3,7	8,0	7,6	7,9						5,6	1,6	3,0							
zu wenig Schlaf oder Ruhe	3,0	4,0	3,4	5,2	4,8	5,0	3,7	1,0	2,4	1,5	4,8	2,9							3,9	2,7							
Medikamentenmißbrauch	0,7	0,3	0,8					1,9	0,8		1,9	0,8															
Zahl der Befragten (absolut)	135	126	261	135	126	261	137	105	242	137	105	242	71	129	200	71	129	200	71	129	200						



Unterteilt man die Befragten im Leistungsalter nach dem Geschlecht, so zeigt sich bei den Männern häufiger der Verzicht auf Nikotin und Alkohol, bei den Frauen der auf Kaffeegenuß. Letztere meiden auch öfter zu viel oder zu fette Speisen, wobei der Wunsch schlank zu bleiben, sicher eine Rolle spielen dürfte.

Bezüglich des bewußten Nicht-Pauchens zeigt die Gegenüberstellung von Gesunden (23%), ambulanten Kranken (34%) und stationär Kranken (39%) eine deutliche Abhängigkeit vom Gesundheitszustand. Beim Verzicht auf das Rauchen spielen also sicher nicht nur die Einsicht, sondern auch ärztliche Anordnungen und schlechtes Befinden eine Rolle.

Es wurde nicht nur nach den unterlassenen oder vermiedenen, sondern auch nach den noch beibehaltenen, aber als gesundheitsschädlich betrachteten Gewohnheiten und Verhaltensweisen gefragt.

In der Tabelle 5 steht das Rauchen an erster Stelle, und zwar in allen Altersgruppen. Im Leistungsalter nehmen die Angaben über ungesunde oder schwere Arbeit den 2. Rang ein. Es handelte sich dabei überwiegend um Schichtarbeit, die um der unregelmäßigen Esseneinnahme und der ungünstigen Schlafbedingungen willen als schädlich bezeichnet wurden. Auch die Angaben der Jugendlichen zur „falschen Ernährung“ beziehen sich meist auf unregelmäßige Essen oder Verzicht auf warme Mahlzeiten infolge Sportlerentbehrlichkeit. Erwähnenswert, das 6% der Jugendlichen das nicht waren, daß sie zu viel Alkohol tranken. Insgesamt befragten sich die Jugendlichen auch hier wieder am meisten, die Benutzer machten die wenigsten Angaben.

Die Männer nannten mehr beibehaltene, als gesundheitsschädlich betrachtete Gewohnheiten und Verhaltensweisen, als die Frauen, obwohl ihre Angaben auch bei den vermiedenen oder unterlassenen überwiegen (Tabelle 5).

In beiden Fällen gleichen sich die Unterschiede aus, wenn die Antworten, die sich auf das Rauchen beziehen, ausgesklammert werden. Zum Alkoholgenuß äußerten sich nur männliche Befragte, während der starke Kaffeegenuß fast nur von Frauen genannt wurde.

Angaben je 100 Befragte

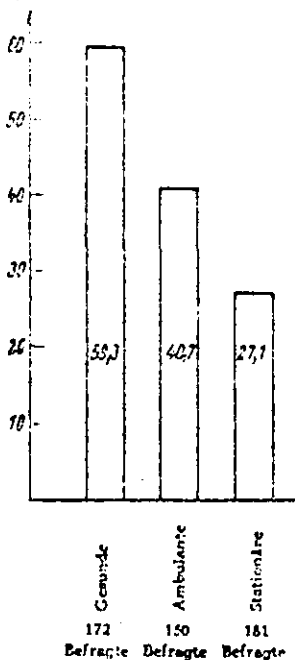


Abb. 6  
Als gesundheitsschädlich betrachtete Gewohnheiten und Verhaltensweisen nach dem Gesundheitszustand (ohne Rentner)

Gruppiert man nach dem Gesundheitszustand, so ergibt sich, daß gesunde Menschen häufiger gesundheitsbedingliche Gewohnheiten beibehalten als Kranke (Abb. 6). Ursache dafür könnte sein, daß der sich gesund fühlende sich in diesem Punkt leichtsinniger verhält, der Leidende hingegen freiwillig oder auf ärztliche Anordnung manche Noxe meidet. Es könnte aber auch möglich sein, daß Kranke aus einem gewissen Unsicherheits- und Schuldgefühl heraus nicht gern zugeben, etwas falsch zu machen.

Die Gegenüberstellung in der Tabelle 7 zeigt wieder sehr deutlich die Diskrepanz zwischen dem, was als gesundheitsdienlich erkannt und dem, was wirklich für die Gesundheit getan wird. Beim Rauchen und beim Alkoholgenuß ist zwar der Anteil derer, die diese Genußgifte meiden, größer als der, der trotz besseren Wissens an ihnen festhält. Trotzdem ist die letztere Gruppe recht groß.

Die Befragungsergebnisse bestätigen nicht nur die bekannte Tatsache, daß durch Wissensvermittlung selbst keine ausreichende Verhaltensbeeinflussung möglich ist, sondern lassen auch Rückschlüsse auf die Wirksamkeit und Wirkungsweise gesundheitserzieherischer Arbeit zu.

In bezug auf gesundheitsschädigende Handlungen und Verhaltensweisen, die dem Menschen bewußt sind, ist das Rauchen an erster Stelle (47% der Jugendlichen und 49% der Befragten im mittleren Alter rauchen) und darüber zum Nikotingenuß. Dabei beträgt der Verzicht auf das „Unterlassene“ zum „Nichtunterlassen“ bei Jugendlichen 17-41, im mittleren Alter 25-41. Bei den Jugendlichen ist demnach der Anteil derer, die trotz besseren Wissens weiterrauchen, größer als bei den Älteren. Nur 2% der Befragten im mittleren Alter als starke Raucher waren, hielten den Nikotingenuß für schädlich. Ihre Antworten lauteten: „Ich kenne keine gesunde alte Leute, die ihr Leben lang geraucht haben“ oder „So schlimm kann es ja nicht sein, sonst würden nicht so viele Ärzte rauchen“.

Interessant ist der Vergleich mit den Angaben zum Alkoholgenuß, denn der Alkoholmißbrauch stellt besonders um seiner Beziehung zur Kriminalität willen ein ebenfalls ernstes Problem für die gesundheitliche Aufklärung dar. Von den Jugendlichen wurden 21%, im mittleren Alter 31mal, im Rentenalter 2mal weniger Angaben zum Alkohol- als zum Nikotingenuß gemacht. Mitentscheidend mag dabei auch sein, daß nur vor übermäßigem Alkoholgenuß gewarnt wird, während das Rauchen vom gesundheitserzieherischen Standpunkt aus absolut verurteilt wird.

Die Zahlen zeigen, daß die intensive kampagneartige Gesundheitserziehung und -aufklärung in bezug auf das Rauchen dazu geführt hat, daß sich bei rund der Hälfte der Befragten feste Assoziationen zwischen den Begriffen Rauchen und gesunde Lebensführung gebildet haben. Diese Tatsache hat aber nicht nur positive Einflüsse. So raucht ein Fünftel der Jugendlichen weiter, wenn auch mit schlechtem Gewissen. Nichtraucher dagegen glauben oft genug, allein dadurch, daß sie nicht rauchen, gesund zu leben. So kann die Vordergrundigkeit eines Bewußtseinsinhaltes infolge einseitiger Aufklärung eine trügerische Selbstzufriedenheit schaffen, die den Betreffenden andere Noxen übersehen lassen deren Gefährlichkeit bagatellisieren läßt.

Dieselbe Problematik der Einseitigkeit in den Vorstel-

lungen über gesundheitsdienliche Verhaltensweisen wird deutlich, wenn man die Antworten auf die Fragen betrachtet, was bewußt um der Gesundheit willen getan wird und was die Befragten gern noch mehr tun würden.

Von allen Angaben über gesundheitsdienliche Verhaltensweisen beziehen sich bei den Jugendlichen 47% bei den Befragten im mittleren Alter 40% und bei den Rentnern 30% auf Sport und körperliche Bewegung, 65% der Angaben auf die Frage, was gern noch mehr für die Gesundheit getan wurde, beziehen sich auf diesen Bereich.

Ohne den gesundheitlichen Wert von Sport oder körperlicher Bewegung einschränken zu wollen, kann auch hier wieder von einer einseitigen Ausrichtung und damit Wirksamkeit der gesundheitlichen Aufklärung gesprochen werden. Zu einer wirklich gesunden Lebensführung gehört mehr, als - und das vielleicht nur gelegentlich - Sport zu treiben. So beziehen sich beispielsweise nur 17% der Antworten der Befragten im Leistungsalter über bewußt im Interesse der Gesundheit stehende Gewohnheiten und Verhaltensweisen auf die gesunde Ernährung. Ihr wird also keine so große Bedeutung zugemessen wie dem Sport.

Die Auswirkung der gesundheitswissenschaftlichen Beratung, aber ebenso ihre Einschneidung auf bestimmte Schwerpunkte, läßt sich auch aus dem Ausmaß der Teilnahme hinsichtlich der Teilnahme an Kontrolluntersuchungen im unterschiedlichen Alter (Abb. 7).



Abb. 7 Teilnahme an freiwilligen Kontrolluntersuchungen (bezogen auf 100 Befragte)

Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt werden intensiv und seit Jahrzehnten propagiert. Bei fast der Hälfte der Befragten im Leistungsalter ist diese Aufklärung wirksam, 71% von ihnen gingen ohne Angstgefühle zur zahnärztlichen Behandlung. Bei denen, die erst bei Beschwerden gingen, waren es nur 37%.

Eine gute Resonanz hatten die Aufrufe zu Kontrolluntersuchungen beim Gynäkologen, 6% der 16- bis 20-jährigen, 20% der 20- bis 25-jährigen und 42% der Frauen im mittleren Alter machten von diesen Kontrolluntersuchungen Gebrauch, dagegen nur 2% der Rentnerinnen. Ein Teil von diesen gab auf die betreffende Frage empörte Antworten, wie „Da geht man doch nicht hin, wenn man nicht unbedingt muß“. Beim Vergleich mit den anderen Altersklassen läßt sich eine deutliche Wandlung der Einstellung erkennen.

Während ein relativ großer Anteil der Befragten vornehmlich zum Zahnarzt und Gynäkologen ging, gab es nur wenige, die den praktischen Arzt prophylaktisch aufsuchten (2% der Jugendlichen und 12% der Älteren). Die Reaktion auf die betreffende Frage waren folgende Antworten, wie „Warum soll ich zum Arzt gehen, wenn ich keine Beschwerden habe?“, „Ich bin nicht wohlhabend“, „Ich bin nicht zimperlich“, „Ich bin doch nicht arbeitslos“. Es herrschte also die Einstellung vor, daß der praktische Arzt nur aufgesucht werden sollte, wenn Beschwerden vorhanden sind oder eine Arbeitsunfähigkeitsschreibung gewünscht wird. Daneben spielen bei den Befragten auch die langen Wartezeiten und die Überlastung der Ärzte, Zeitmangel oder Hemmungen eine Rolle. Diese Gründe würden aber auf den Zahnarzt bzw. Gynäkologen genauso zutreffen. Mitentscheidend dürfte also sein, daß die Notwendigkeit allgemeiner ärztlicher Untersuchungen für die Prophylaxe chronischer Erkrankungen gar nicht oder nicht genügend empfunden wurde.

Die Personen, die sich keiner Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt und auch nicht wegen Ausstellung von Röntgenbildern die ärztliche Sprechstunde aufsuchten, wurden befragt, wann sie zum Arzt gingen. Die Antworten sind in der folgenden Übersicht (Abb. 8).

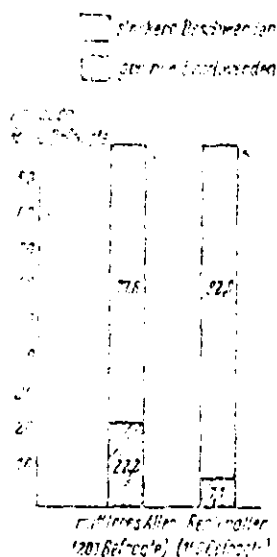


Abb. 8 Anlaß zum Aufsuchen des Arztes

Demnach begaben sich die Befragten überwiegend erst bei stärkeren Beschwerden, also dann, wenn es gar nicht mehr anders ging, in ärztliche Behandlung.

Der letzte Komplex der Untersuchung betrifft den Kauf von Medikamenten und Gesundheitspflegemitteln. Dabei zeigte sich, daß die Jugendlichen die meisten Heil- und Gesundheitspflegemittel, die Rentner die wenigsten kaufen. Die Antworten der Rentner ließen häufig eine Abneigung gegen Medikamente, besonders Tabletten, erkennen. Wenn dennoch 39% der Rentner als gesundheitsdienliche Verhaltensweise das Selbstkurieren mit Tee oder Medikamenten angaben, dürfte anzunehmen sein, daß einmal verordnete Medikamente bei späteren Erkrankungen oder Unpäßlichkeit aufgebraucht werden. Für den relativ großen selbständigen Medikamentenkauf der jüngeren Menschen könnte die Ursache darin liegen, daß sie seltener zum Arzt gehen und sich weniger Rezepte ausschreiben lassen, aber auch eine andere Einstellung gegenüber dem Erdulden von Beschwerden und Unpäßlichkeiten haben (Tabelle 8).

Tabella 8 Kauf von Medikamenten und Gesundheitspflegemitteln, unterteilt nach Altersgruppen

Altersgruppe	Schmerztabletten	Vitaminpräparate	Beruhigungs- und Schlafmittel	Mittel zur Desinfektion der Hände und Körperhygiene	Stärkungsmittel	Spezielle Medikamente	Abführmittel	Tee und Säfte	Anzahl der Angaben	keine Medikamente gekauft	Anteil
gekauft Medikamente und Gesundheitspflegemittel (absolut)											
Jugendliche	122	17	10	20	12	6			196	121	261
mittleres Alter	61	15	12	5	14	10	16	23	166	115	115
Rentner	14	1	5				5	4	29	16	115
gekauft Medikamente und Gesundheitspflegemittel je 100 Befragte											
Jugendliche	46,7	6,5	3,8	11,1	4,5	2,3			75,1	47,1	47,1
mittleres Alter	25,2	6,2	5,0	2,1	5,2	7,4	6,6	9,5	68,4	47,9	47,9
Rentner	7,0	0,5	2,5				2,5	2,0	10,5	16,1	83,5
Struktur der gekauften Medikamente und Gesundheitspflegemittel in %											
Jugendliche	62,2	8,7	5,1	11,8	6,1	4,1			100,0		
mittleres Alter	36,8	9,0	7,7	3,0	5,2	10,8	9,6	13,9	100,0		
Rentner	48,3	1,4	17,2				17,2	13,8	100,0		

Tabella 9 Kauf von Medikamenten und Gesundheitspflegemitteln, unterteilt nach dem Geschlecht

Geschlecht	Schmerztabletten	Vitaminpräparate	Beruhigungs- und Schlafmittel	Mittel zur Desinfektion der Hände und Körperhygiene	Stärkungsmittel	Spezielle Medikamente	Abführmittel	Tee und Säfte	Anzahl der Angaben	keine Medikamente gekauft	Anteil
gekauft Medikamente und Gesundheitspflegemittel (absolut)											
männlich	67	19	16	20	12	7	5	12	165	70	261
weiblich	120	14	11	16	14	10	16	15	226	186	261
insgesamt	197	33	27	36	26	17	21	27	391	256	522
gekauft Medikamente und Gesundheitspflegemittel je 100 Befragte											
männlich	19,5	5,5	4,7	5,8	3,7	4,3	1,5	3,5	49,1	26,1	26,1
weiblich	36,3	4,3	3,3	4,8	5,9	7,6	4,4	4,2	62,7	31,9	31,9
insgesamt	28,0	5,1	3,8	5,3	4,7	6,0	3,0	3,8	55,7	29,7	29,7
Struktur der gekauften Medikamente und Gesundheitspflegemittel in %											
männlich	42,6	11,1	7,7	12,1	7,0	5,5	3,0	7,7	100,0		
weiblich	37,5	6,0	4,9	3,0	7,2	4,4	7,7	6,6	100,0		
insgesamt	37,4	8,1	6,3	7,2	6,0	6,1	5,4	6,7	100,0		

Schmerztabletten wurden von allen Altersgruppen am häufigsten gekauft, dabei wurden Spasmitabletten bevorzugt. Die Jugendlichen gaben Kopf- und Leistenbeschwerden als Grund für den Kauf an, die Befragten im mittleren Alter überwiegend nur Kopfschmerzen. Von den 14 Rentnern, die Kopfschmerztabletten kauften, verwendeten sie nur 4 gegen Kopfschmerzen, 5 Rentner nahmen täglich dreimal je eine Kopfschmerztablette ein mit der Begründung, sich danach kräftiger und leistungsfähiger zu fühlen. Hier wurden Schmerztabletten als Roborantien angesehen, eine gefährliche Tendenz, denn die meisten Schmerztabletten sind auf Phenazetidinbasis aufgebaut und können als Dauermedikament toxisch wirken. Der relativ hohe Anteil von Jugendlichen, der orale Desinfizientien und Vitaminpräparate kaufte, zeigt das Bemühen um Erkältungsprophylaxe, wobei aber leicht zum Medikament gegriffen und weniger auf Abhärtungsmaßnahmen geachtet wird.

Eine Wandlung der Einstellung gegenüber Heil- und Gesundheitspflegemitteln läßt sich auch daraus erkennen, daß von den Jugendlichen keine, jedoch von 9,5% der Befragten im mittleren Alter der Kauf von Tees oder Säften genannt wurde. Die jüngere Generation greift weniger zu Hausmitteln als zu Erzeugnissen der pharmazeutischen Industrie. So begrüßenswert eine kritische Einstellung gegenüber überlieferten Heilmethoden ist, so bedenklich ist es auch, wenn schon geringe Beschwerden mit starkwirkenden Mitteln bekämpft werden (Tabella 9).

Die Frauen kauften mehr Heil- und Gesundheitspflegemittel als die Männer, was überwiegend durch die

Schmerztabletten bedingt ist, an deren Kauf die Frauen fast doppelt so stark beteiligt waren. Auch Abführmittel wurden von den Frauen häufiger gekauft.

Geistig Tätige besorgten sich häufiger Kopfschmerztabletten als körperlich Tätige (im mittleren Alter von 75 geistig Tätigen = 38% gegenüber 35% von körperlich Tätigen = 19%). Hierbei mag nicht nur die Tätigkeit an sich eine Rolle spielen, sondern auch die meist einseitig sitzende Lebensweise der geistig Tätigen.

#### Schlussfolgerungen

Ein bestimmtes Maß an Gesundheitswissen ließ sich in allen Altersklassen nachweisen. Das Wissen zum Gesundheitsverhalten bezog sich aber überwiegend auf die Schwerpunkte, die bei der gesundheitlichen Aufklärung durch Massenkommunikationsmittel im Vordergrund stehen.

Diese schwerpunktmäßige Ausrichtung ist nicht ungefährlich. Sie kann dazu führen, isoliert angewandte gesundheitsgerechte Verhaltensweisen als eine ausreichend gesunde Lebensführung anzusehen, so daß andere Noxen übersehen oder nicht ernst genug genommen werden. Die gesundheitliche Aufklärung und Wissensvermittlung allein ist also nicht ausreichend. Sie muß erweitert werden zu einer zielgerichteten Gesundheitserziehung, die erst dann voll wirksam wird, wenn es ihr gelingt, die Leitbilder, die dem Gesundheitsverhalten zugrunde liegen, zu beeinflussen. Dazu müssen die Motive des Gesundheitsverhaltens eruiert werden. Diese Motive variieren, wie die vorliegende Untersuchung zeigt.