

040003A

Materialteil  
zum Abschlußbericht des Forschungsprojektes  
"DIE GESUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE IN BERLIN"

Helge Grünewald  
Dr. Michael Wolf

Berlin, August 1985

**ARCHIVEXEMPLAR**

Reg.-No.

40063

(43)

## Inhaltsverzeichnis

1. Fotografische Dokumentation der Gesundheitsberatungsstellen
2. Rechtliche und gesundheitspolitische Grundlagen der GBE
3. Bericht über die Voruntersuchung "Gesundheitsberatung als Instrument sozialmedizinischer Prävention" (1981)
4. Zusammenfassung der Auswertung ausgewählter Beratungsinteraktionen
5. Fragebögen für Erhebungen

1. Fotografische Dokumentation der GBE-Stellen

#### GBE CHARLOTTENBURG

- 1 Gebäude: Gesundheitsamt Charlottenburg (Wilmerdorfer Straße)
- 2 Empfang, zugleich Übungsraum für Gruppen
- 3-5 Diensträume in der Stelle

#### GBE NEUKÖLLN

- 1,2 Eingang zur alten Dienststelle (Parchimer Allee)
- 3 Gruppenraum
- 4 Büroraum
- 5,6 Räume in der neuen Dienststelle (Herzbergstraße)

#### GBE REINICKENDORF

- 1 Eingang zum Beratungszentrum (Am Nordgraben), in dem die GBE untergebracht ist
- 2 Hinweistafeln (Stellenbezeichnung!)
- 3 Gruppenraum
- 4 Blick von außen in den Gruppenraum
- 5 Gruppenraum
- 6 Lehrtafel im Gruppenraum

#### GBE SPANDAU

- 1 Eingang zur Stelle (Flur des Gesundheitsamtes Spandau, Carl-Schurz-Straße, "Haus der Gesundheit")
- 2 Anmeldung
- 3,4 Arbeitsraum mit Testgeräten

#### GBE STEGLITZ

- 1,2 Zugang von außen
- 3 Eingang zur Stelle
- 4 Gruppenraum
- 5-7 Anschläge im Gruppenraum

## GBE TEMPELHOF

- 1,2 Lehrküche (im Gesundheitsamt Tempelhof, Rathausstraße)
- 3 Gymnastikraum

## GBE TIERGARTEN

- 1 Eingang zur alten Dienststelle (Alt Moabit)
- 2 Hinweistafeln am Hauseingang
- 3 Eingangsflur
- 4 Gebäude, in dem die Dienststelle jetzt untergebracht ist:  
Gesundheitsamt Tiergarten (Turmstraße)
- 5 Eingang
- 6,7 Gruppenraum

## GBE WEDDING

- 1,2 Arbeits- und Gruppenraum (Gesundheitsamt Wedding, Reinickendorfer  
Straße)
- 3 Arbeitsraum und Empfang

## ÖFFENTLICHE AUFTRITTE VON STELLEN

GBE SPANDAU : Adventsmarkt 1984 - Testaktion im Gesundheitsamt

GBE REINICKENDORF : Gesundheitstage 1984, Aktion in der Fußgängerzone  
Gorkistraße - Orchester, Stand der GBE, Zahnputzbrunnen

GBE NEUKÖLLN : Stand der GBE bei einer Aktion im Gesundheitszentrum  
Gropiusstadt

GEMEINSCHAFTSSTAND der GBE auf der Ausstellung "Gesundheit '84" im  
Internationalen Congress Centrum (ICC) Berlin im April 1984

## 2. Rechtliche und gesundheitspolitische Grundlagen der GBE

Im folgenden sind drei Texte wiedergegeben, die die rechtlichen und gesundheitspolitischen Grundlagen der GBE enthalten und auf die sich die Darstellung in Kapitel 1 des Endberichts stützt.

Es handelt sich um:

1. Vorlage Nr. 276 des Senats von Berlin über Einrichtung von Beratungsstellen "Gesundheitsberatung für Erwachsene" vom 5.2.1979
2. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - GDG) vom 28.7.1980 (Gesetz- und Verordnungsblatt Berlin, 36. Jg., Nr. 50, Berlin 9.8.1980)
3. Senatsvorlage Nr. 2206/78 über Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin (Senator für Gesundheit und Umweltschutz), Berlin 3.2.1978, S. 1-5, 36-38

**Nr. 276**  
**des Senats von Berlin**  
**über Einrichtung von Beratungsstellen**  
**„Gesundheitsberatung für Erwachsene“**

Der Senat legt nachstehende Vorlage dem Abgeordnetenhaus zur Besprechung vor:

**1. Allgemeines**

Maßnahmen der Gesundheitshilfe gliedern sich in solche der Gesundheitsvorsorge und andere, die traditionellerweise unter dem Begriff der Gesundheitsfürsorge zusammengefaßt werden.

Während letztere sich typischerweise auf bestimmte Gruppen geschädigter Menschen richtet – auf Behinderte, Tuberkulosekranke, Krebskranke usw. –, beschäftigt sich die Gesundheitsvorsorge grundsätzlich mit Gesunden und verfolgt dabei das Ziel, sie vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren.

Am frühesten richteten sich Maßnahmen der gesundheitlichen Vorsorge als Leistung des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Kinder. Die Anfänge des Schulgesundheitsdienstes liegen im 19. Jahrhundert. Wenig später, um die Jahrhundertwende, kam die Beratung der Mütter von Säuglingen und Kleinkindern hinzu, und schließlich wurden auch die Schwangeren in das Programm der vorsorglichen Gesundheitsberatung einbezogen.

In neuerer Zeit wird von verschiedenen Fachorganisationen, darunter der Weltgesundheitsorganisation, in zunehmendem Maße die Notwendigkeit gesundheitlicher Beratung älterer Menschen betont. Ansätze für diese Arbeit sind verschiedenorts, so auch in Berlin, vorhanden.

Aber nicht nur ältere Menschen, sondern auch die große Gruppe der Menschen im Erwachsenen- und Berufstätigenalter bedarf einer ihrem Alter entsprechenden Gesundheitsberatung, zumal erwiesen ist, daß gerade bei den 40- bis 60jährigen falsches Gesundheitsverhalten – Überernährung, Bewegungsmangel, Mißbrauch von Tabak, Alkohol und Medikamenten – vielfältigen Anlaß für Gesundheitsberatung bietet.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Kostenfaktor, durch falsches Gesundheitsverhalten müssen in der Regel in späterem Alter von der Allgemeinheit erhöhte Kosten für die Behandlung dadurch bedingter Leiden aufgebracht werden.

In der 40. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) am 9./10. November 1977 in Berlin wurde zum Thema Gesundheits-erziehung und -aufklärung unter anderem folgendes beschlossen:

„Die zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen haben erneut den Blick auf die Möglichkeiten der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung gerichtet, weil ein Teil der Krankheiten heute als vermeidbar angesehen werden muß. Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung dürfen jedoch nicht allein unter Kostengesichtspunkten gesehen werden. Gesundheitliche Aufklärung als Wissensvermittlung reicht allein nicht mehr aus. Deshalb muß ein verstärkter Ansatz für die Gesundheitserziehung entwickelt werden, gesundheitsgerechtes Verhalten als Bestandteil der gesamten Erziehung zu verankern. Diese Aufgabe muß mit vielfältigen Mitteln und Formen so umfassend wie möglich wahrgenommen werden. Um sie zu erfüllen, müssen Bund, Länder, freie Verbände und alle anderen Beteiligten im Gesundheitswesen ihre Anstrengungen intensivieren.“

**2. Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Daher soll das Gesundheitsamt – analog der Schwangerenberatung und dem Jugendgesundheitsdienst – „Gesundheitsberatung für Erwachsene“ bieten. Sie wird einen Schwerpunkt in Beratungsangeboten für ältere Menschen haben, richtet sich aber grundsätzlich an die gesamte Bevölkerung im Erwachsenenalter und erfüllt somit die Aussage im Krankenhausbedarfsplan 1978 für das Land Berlin durch die Schaffung dieser Beratungsstelle den Bedarf an Krankenhausleistungen zu verringern.

**3. Aufgaben**

Die „Gesundheitsberatung für Erwachsene“ hat

- a) erwachsene Bürger vorbeugend sozialmedizinisch zu beraten,
- b) behördliche und freigemeinnützige Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen fachlich zu beraten, zu unterstützen oder derartige Veranstaltungen selbst durchzuführen sowie
- d) behördliche und freigemeinnützige Stellen unter Berücksichtigung von deren Aufgaben und Zuständigkeiten auf geriatrischem Gebiet fachlich zu beraten und zu unterstützen.

Zu a)

Falsche Lebensgewohnheiten zu ändern, ist für Erwachsene in der Regel nicht leicht, gelingt aber im Verband einer Gruppe von Gleichgesinnten oder -betroffenen oft am ehesten. Zunehmendes Interesse besteht in der Bevölkerung an sogenannten Raucherentwöhnungskursen sowie an Kursen für Übergewichtige. Diabetiker brauchen Information und praktische Anleitung für eine ihnen gemäße Ernährung. Kurse in autogenem Training fördern Entspannung ohne Medikamenteneinnahme. Informationen über den Wert von Vorsorgeuntersuchungen können mit praktischer Anleitung zur Selbstbeobachtung auf Brustkrebs kombiniert werden.

In den Bezirken wird alljährlich eine „Woche der Gesundheit“ durchgeführt, um das Gesundheitsbewußtsein zu fördern. In die erste Aprilwoche eines jeden Jahres fällt der Weltgesundheitstag. An diesem Tag sollen der Bevölkerung die weltweiten Gesundheitsprobleme vor Augen geführt werden. Diese Veranstaltungen zu planen und durchzuführen, gehört ebenfalls zu den Aufgaben der „Gesundheitsberatung für Erwachsene“.

Zu b)

Hier ist daran zu denken, daß z. B. Betriebe sich beraten lassen, wenn sie ihren Beschäftigten bestimmte Gesundheitsgefahren (Alkohol- und Drogenmißbrauch, Überernährung, Bewegungsmangel) bewußt machen wollen und dazu fachlichen Rat oder praktische Unterstützung brauchen.

Zu c)

Ältere Menschen, die sich in Seniorenclubs und Seniorentagesstätten treffen, haben erfahrungsgemäß ein lebhaftes Interesse an Gesundheitsfragen. Ihnen sollen entsprechende Informationen geboten werden.

Die ausgezeichneten Erfahrungen, die in Charlottenburg seit 1972 mit einer provisorischen Beratungsstelle für Alterserkrankungen gewonnen wurden, werden diesem Teil der Arbeit zugute kommen, bei dem darauf geachtet wird, daß andere Aufgaben, z. B. die der Abteilungen für Sozialwesen der Bezirksämter, aber auch die der behandelnden Ärzte, nicht tangiert werden.

**4. Organisation und Mitarbeiter**

Die Gesundheitsberatung für Erwachsene ist eine Institution des Gesundheitsamtes: Sie soll als eine betont bürgernahe Einrichtung in der Form tätig werden, daß sie mit ihren Aktivitäten zum Bürger geht, z. B. in Seniorenheime, Seniorenclubs oder auch Kantinen großer Betriebe, und dort ihre Beratung, die als Gruppenberatung, aber auch als Einzelberatung durchgeführt werden soll, anbietet. Es ist darauf zu achten, daß genügend Informations- und Beratungsangebote in den Abendstunden liegen, damit sie von der berufstätigen Bevölkerung, an die sich die Beratung verstärkt wenden soll, wahrgenommen werden können.

Wie in der Vorlage über Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst dargestellt, ist auch die örtliche Anbindung einer solchen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes an eine Gruppe freipraktizierender Ärzte vorstellbar.



Es könnten dadurch Erfahrungen gewonnen werden, ob die Ergänzung der Tätigkeit der Ärzte in freier Praxis z. B. durch die Durchführung von Kursen für Übergewichtige, für Diabetiker oder für Raucher Vorteile für die Gesundheit der Patienten bringt und in welchem Umfang sie in dieser Kombination von der Bevölkerung angenommen werden.

Die vorstehend geschilderten Aktivitäten sollen von einem jedem Gesundheitsamt zuzuordnenden Team vorbereitet und durchgeführt werden, das aus 4 hauptamtlichen bzw. einer entsprechend größeren Zahl von teilzeitbeschäftigten Angehörigen der Gesundheitsberufe besteht und zu dem typischerweise Arzt, Krankenschwester, Diätassistentin und Krankengymnastin gehören, aber in dem auch Psychologen einen sinnvollen Beitrag leisten können.

Es wird daher prinzipiell folgendes Personal für jede Beratungsstelle „Gesundheitsberatung für Erwachsene“ benötigt:

- 1 Stelle für einen Arzt (20 Wochenstunden)
- 1 Stelle für Krankengymnast (20 Wochenstunden)
- 1 Stelle für Arzthelfer
- 1 Stelle für Krankenschwester
- 1 Stelle für Diätassistent
- 5 Stellen

Als Sitz dieser Dienststelle sind zumindest zwei Räume im Gesundheitsamt vorzusehen. Hier muß auch Gelegenheit gegeben sein, das für die Durchführung der Arbeit benötigte Material (Projektor, Bildtafeln, Broschüren u. ä.) zu lagern.

**5. Zusammenarbeit mit anderen Institutionen**

Die Beratungsstelle ist zur Zusammenarbeit mit anderen Teilen des Gesundheitsamtes, aber auch mit der Abteilung Sozialwesen sowie mit den Krankenhäusern, den freipraktizierenden Ärzten und den Beratungsstellen gemeinnütziger u. ä. Einrichtungen verpflichtet.

**6. Stufenplan für die Einrichtung der Beratungsstellen**

**A. Ausbaustufe 1 (1979)**

Einrichtung je einer Beratungsstelle in den Bezirken Charlottenburg (Modellbezirk), Wedding, Tempelhof und Reinickendorf  
19 Stellen

**B. Ausbaustufe 2 und 3 (1980 und 1981)**

Die weitere Verteilung derartiger Beratungsstellen auf die Bezirke in der 2. und 3. Ausbaustufe soll neben der unterschiedlichen Bevölkerungszahl und -struktur die Anzahl von Seniorenheimen, Seniorentagesstätten, Seniorenclubs sowie die Anzahl von Großbetrieben berücksichtigen, wobei die Zuzumessung der bereits in der 1. Stufe ausgestatteten Bezirke nach diesen Kriterien überprüft wird.

**b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen**

|          | Bedarf an Stellen für         |                       |            |                        |                    |           |
|----------|-------------------------------|-----------------------|------------|------------------------|--------------------|-----------|
|          | Ärzte                         | Kranken-<br>gymnasten | Arzthelfer | Kranken-<br>schwestern | Diät-<br>assistent | Zusammen  |
| 1979 . . | 3 <sup>1)</sup> <sup>2)</sup> | 4 <sup>1)</sup>       | 4          | 4                      | 4                  | 19        |
| 1980 . . | 4 <sup>1)</sup>               | 4 <sup>1)</sup>       | 4          | 4                      | 4                  | 20        |
| 1981 . . | 4 <sup>1)</sup>               | 4 <sup>1)</sup>       | 4          | 4                      | 4                  | 20        |
|          |                               |                       |            |                        |                    | <u>59</u> |

<sup>1)</sup> Teilstellen mit jeweils 20 Wochenstunden

<sup>2)</sup> In Charlottenburg ist die Stelle bereits 1978 geschaffen worden.

Über die einmaligen Kosten im Zusammenhang mit der Einrichtung der Stellen können im gegenwärtigen Zeitpunkt keine Angaben gemacht werden.

**c) Flächenmäßige Auswirkungen**  
Keine.

Berlin, den 5. Februar 1979

Der Senat von Berlin

Stobbe  
Reg. Bürgermeister

Pätzold  
Senator für Gesundheit  
und Umweltschutz

Für die Haushaltsjahre 1980 und 1981 werden jeweils 20 Stellen benötigt.

**7. Haushaltsmäßige Auswirkungen**

Die Stellenzugänge und die damit verbundenen Sachkosten sollen stufenweise im Rahmen der jährlichen Haushaltsplanaufstellungen nach Maßgabe der finanziellen und personalwirtschaftlichen Gegebenheiten realisiert werden.

|   |                  |            |                     |
|---|------------------|------------|---------------------|
| <b>1979</b>   |                  |            |                     |
| a) Auswirkungen auf Einnahmen:  | Keine            |            |                     |
| Auswirkungen auf Ausgaben:  |                  |            |                     |
| Personalkosten:   | 570 350 DM       |            |                     |
| Sachkosten (erfahrungsgemäß<br>20 % der jeweiligen Personal-<br>kosten) | 114 070 DM       |            |                     |
|   | <u>insgesamt</u> | 684 420 DM |                     |
|   | rd.              |            | <u>684 500 DM</u>   |
| <b>1980</b>   |                  |            |                     |
| a) Auswirkungen auf Einnahmen:  | Keine            |            |                     |
| Auswirkungen auf Ausgaben:  |                  |            |                     |
| Personalkosten:   | 598 960 DM       |            |                     |
| Sachkosten (erfahrungsgemäß<br>20 % der jeweiligen Personal-<br>kosten) | 119 792 DM       |            |                     |
|   | <u>insgesamt</u> | 718 752 DM |                     |
|   | rd.              |            | <u>718 800 DM</u>   |
| <b>1981</b>   |                  |            |                     |
| a) Auswirkungen auf Einnahmen:  | Keine            |            |                     |
| Auswirkungen auf Ausgaben:  |                  |            |                     |
| Personalkosten:   | 598 960 DM       |            |                     |
| Sachkosten (erfahrungsgemäß<br>20 % der jeweiligen Personal-<br>kosten) | 119 792 DM       |            |                     |
|   | <u>insgesamt</u> | 718 752 DM |                     |
|   | rd.              |            | <u>718 800 DM</u>   |
| <b>Zusammenfassung</b>  |                  |            |                     |
| Rechnungsjahr 1979  | 684 500 DM       |            |                     |
| Rechnungsjahr 1980  | 718 800 DM       |            |                     |
| Rechnungsjahr 1981  | 718 800 DM       |            |                     |
|   | <u>gesamt</u>    |            | <u>2 122 100 DM</u> |

Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin  
Herausgeber: Der Senator für Justiz

36. Jahrgang Nr. 50

Berlin, den 9. August 1980

A 3227 AX

**Gesetz**

über den öffentlichen Gesundheitsdienst  
(Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)

Vom 28. Juli 1980

Das Abgeordnetenhaus hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Übersicht****Abschnitt I****Allgemeine Vorschriften**

- § 1 Aufgabenstellung
- § 2 Zuständigkeiten
- § 3 Sozialmedizinischer Beirat

§ 4 Amtsarzt, Amtstierarzt

§ 5 Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten

§ 6 Aus-, Fort- und Weiterbildung

**Abschnitt II****Aufsicht über Berufe und Einrichtungen  
des Gesundheitswesens**

§ 7 Aufsicht über die Ausbildung und Berufsausübung

§ 8 Anzeigepflicht für Berufe des Gesundheitswesens

§ 9 Aufsicht über die Einrichtungen des Gesundheitswesens

§ 10 Anzeigepflicht für Einrichtungen des Gesundheitswesens

Abkürzungen: GVBl. = Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, VOBl. = Verordnungsblatt für Berlin, I bzw. II = Teil I bzw. Teil II, BGBl. = Bundesgesetzblatt, I bzw. II = Teil I bzw. Teil II, WfGBI. = Gesetzblatt der Verwaltung des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, BAuz. = Bundesanzeiger, BZBl. = Bundeszollblatt, BStBl. = Bundessteuerblatt, ABl. = Amtsblatt für Berlin

## Abschnitt III

## Gesundheitsschutz

- § 11 Hygiene, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
- § 12 Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen
- § 13 Leichen- und Bestattungswesen
- § 14 Arznei- und Betäubungsmittel, giftige Stoffe, Werbung
- § 15 Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung
- § 16 Schädlingsbekämpfung
- § 17 Katastrophenschutz

## Abschnitt IV

## Gesundheitshilfe

- § 18 Grundsatz
- § 19 Ehe und Partnerschaft, Schwangerschaft
- § 20 Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche
- § 21 Zahn-, Mund- und Kieferpflege
- § 22 Erwachsene
- § 23 Sportmedizin
- § 24 Krankenhausentlassene
- § 25 Körperlich oder geistig Behinderte, psychisch Kranke oder Suchtkranke
- § 26 Geschwulstkranke
- § 27 Geschlechtskranke
- § 28 Tuberkulosekranke

## Abschnitt V

## Schlußvorschriften

- § 29 Überwachungsmaßnahmen
- § 30 Ordnungswidrigkeiten
- § 31 Erlaß von Verwaltungsvorschriften
- § 32 Außerkrafttreten von Vorschriften
- § 33 Inkrafttreten

## Abschnitt I

## Allgemeine Vorschriften

## § 1

## Aufgabenstellung

(1) Dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt es, unter Berücksichtigung der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern. Er hat die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung zu beobachten und zu bewerten, die dazu notwendigen Planungen zu erstellen und bei Vorhaben und Maßnahmen anderer Verwaltungsstellen mitzuwirken, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken können. Zu ihm gehören die ärztlichen Dienste, die Mitarbeiter, die nach ihrem Berufsbild ärztlicher Anleitung und Aufsicht bedürfen, und die weiter erforderlichen Fachkräfte.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt vor allem folgenden Aufgaben wahr:

1. gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung zur Förderung gesunder Lebensweise,
2. vorbeugende Gesundheitshilfe, gesundheitliche Beratung und Betreuung in allen Lebensabschnitten und in besonderen Lebenslagen,
3. Hinwirken auf hygienische Verhältnisse zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen oder -schädigungen,

4. Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten,
5. Sammlung und Auswertung von Daten, die für die Gesundheit der Bevölkerung bedeutsam sind, zu epidemiologischen Zwecken und für Dokumentationen,
6. Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Arzneimitteln und mit giftigen Stoffen,
7. Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens,
8. Erstellen von amtlichen Bescheinigungen, Zeugnissen und Erstaten von amtlichen Gutachten.

(3) Zum öffentlichen Gesundheitsdienst gehören auch das Veterinärwesen und das Pharmaziewesen, soweit sie Aufgaben im Sinne von Absatz 1 und 2 wahrnehmen.

(4) Nicht zum öffentlichen Gesundheitsdienst gehören die Ärzte und ihre Mitarbeiter in der Versorgungsverwaltung, der Arbeitsschutzbehörde, der Polizei, der Feuerwehr, dem Strafvollzug, dem Entschädigungsamt, den Krankenhäusern, den Eigenbetrieben, der Sozialversicherung, den Hochschulen und den betriebsärztlichen Diensten.

## § 2

## Zuständigkeiten

(1) Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 1 werden von

1. der für das Gesundheitswesen zuständigen Abteilung der Bezirksämter, insbesondere mit
  - a) dem Gesundheitsamt,
  - b) dem Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsamt,
2. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Senats

nach dem Allgemeinen Zuständigkeitsgesetz und dem Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetz und den dazu erlassenen Vorschriften wahrgenommen.

(2) Zur Erfüllung seiner Aufgaben sind dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Senats die fachlich erforderlichen Sonderbehörden und nichtrechtsfähigen Anstalten nachgeordnet.

## § 3

## Sozialmedizinischer Beirat

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats beruft einen Sozialmedizinischen Beirat, der es in wichtigen Fragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und seiner Weiterentwicklung berät.

(2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats oder ein von ihm bestimmter Vertreter führt den Vorsitz.

## § 4

## Amtsarzt, Amtstierarzt

Der Leiter des Gesundheitsamtes ist der Amtsarzt. Der Leiter des Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsamtes ist der Amtstierarzt. Zum Amtsarzt und zu seinem Stellvertreter, zum Amtstierarzt und zu seinem Stellvertreter darf nur bestellt werden, wer die Qualifikationen nach Maßgabe der Laufbahnvorschriften erfüllt.

## § 5

## Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten

Der öffentliche Gesundheitsdienst stellt im Rahmen der amts-, vertrauens- und gerichtsärztlichen Tätigkeit, des Veterinärwesens, der Lebensmittelüberwachung und des Pharmaziewesens amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse aus und erstattet amtliche Gutachten.

## § 6

## Aus-, Fort- und Weiterbildung

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst fördert die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Angehörigen der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens und die weiter erforderlichen Fachkräfte.

(2) Die Dienstkräfte des öffentlichen Gesundheitsdienstes haben sich fortzubilden.

## Abschnitt II

### Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens

#### § 7

##### Aufsicht über die Ausbildung und Berufsausübung

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst führt die Aufsicht über die staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens und wirkt darauf hin, daß eine ausreichende Zahl von Angehörigen dieser Berufe zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung steht. Dabei nimmt er folgende Aufgaben wahr:

1. Überwachung der Ausbildung für die staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens einschließlich Zulassung und Überwachung der Ausbildungsstätten und Abnahme der staatlichen Prüfungen, soweit diese Aufgaben nicht durch die Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- oder Apothekerkammer erfüllt werden oder in den Geschäftsbereich des für Hochschulen, für Schulwesen oder für Arbeit und Soziales zuständigen Mitglieds des Senats fallen,
2. Erteilung der Erlaubnis zur Berufsausübung und zur Führung der gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen für die Angehörigen der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens,
3. Aufsicht über die Berufsausübung hinsichtlich der Berufsberechtigung und des Führens von Berufsbezeichnungen bei Angehörigen der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst überprüft die Heilpraktiker.

#### § 8

##### Anzeigepflicht für Berufe des Gesundheitswesens

(1) Wer selbständig einen staatlich geregelten Beruf des Gesundheitswesens ausübt, hat unbeschadet weitergehender rechtlicher Verpflichtungen dem öffentlichen Gesundheitsdienst den Beginn und das Ende seiner Tätigkeit unter Nachweis der Berechtigung zur Berufsausübung oder zur Führung der Berufsbezeichnung anzuzeigen. Diese Verpflichtung entfällt, sofern die zuständige Kammer (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1) benachrichtigt wird.

(2) Wer Angehörige der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens in Krankenhäusern, in Krankenheimen oder in Einrichtungen, die häusliche Krankenpflege betreiben, beschäftigt, hat die Zahl dieser Beschäftigten dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder einer von ihm benannten Stelle einmal jährlich anzuzeigen.

(3) Zur Durchführung der in § 7 genannten Aufgaben werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst über die Angehörigen der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens Angaben über Name, Geburtstag, Anschrift, Anschrift des Ortes, an dem die selbständig Tätigen ihren Beruf ausüben, Beruf mit Qualifizierung und Spezialisierung, Datum und Ort der staatlichen Prüfungen gesammelt und fortgeschrieben.

#### § 9

##### Aufsicht über die Einrichtungen des Gesundheitswesens

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst wirkt darauf hin, daß eine ausreichende Zahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung steht. Er überwacht diese Einrichtungen im Rahmen der Aufgaben nach § 1 ordnungsbehördlich, vor allem wegen der Anforderungen der Hygiene und der Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

(2) Der Überwachung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst unterliegen nach den jeweiligen Erfordernissen insbesondere

1. Krankenhäuser,
2. Krankenhäuser,
3. Einrichtungen und selbständige Pflegekräfte, die häusliche Krankenpflege betreiben,
4. Apotheken,
5. Einrichtungen des Blutspendewesens,
6. Einrichtungen des Rettungs- und Krankentransportwesens,
7. sonstige Einrichtungen für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation, in denen Angehörige der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens tätig sind.

(3) Der öffentliche Gesundheitsdienst erteilt Konzessionen oder Erlaubnisse zum Betrieb von Krankenhäusern, Krankenheimen und Apotheken.

#### § 10

##### Anzeigepflicht für Einrichtungen des Gesundheitswesens

Wer als Verband oder sonstiger Träger häusliche Krankenpflege nicht gewerblich betreibt, hat den Beginn und das Ende der Tätigkeit dem öffentlichen Gesundheitsdienst anzuzeigen.

## Abschnitt III

### Gesundheitsschutz

#### § 11

##### Hygiene, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Der öffentliche Gesundheitsdienst sorgt dafür, daß die Anforderungen der Hygiene eingehalten und übertragbare Krankheiten beim Menschen verhütet und bekämpft werden. Er nimmt dabei insbesondere folgende Aufgaben wahr:

1. Gesundheitsaufsicht, soweit Anforderungen zu stellen sind an Luft, Wasser und Boden,
2. Schutz vor Gesundheitsgefährdungen oder -schädigungen durch Geräusche, Erschütterungen, Licht, Strahlen, durch Chemikalien und andere Stoffe,
3. Überwachung des Trinkwassers und der Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser und Brauchwasser für Lebensmittelbetriebe,
4. Überwachung der Gewässer auf ihre gesundheitliche Eignung zu Badzwecken,
5. Überwachung der hygienischen Beseitigung der festen, flüssigen und gasförmigen Abfallstoffe und der Abwässer,
6. Überwachung der öffentlichen Bedürfnisanstalten,
7. Vorbereitung und Durchführung öffentlich empfohlener Impfungen und Impfberatung,
8. Ermittlung von Infektionswegen und Hinwirken darauf, daß die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert wird,
9. Überwachung der in Lebensmittelbetrieben und in Küchen von Einrichtungen zur Gemeinschaftsverpflegung sowie bei Wasserversorgungsanlagen tätigen Personen auf übertragbare Krankheiten und darauf, daß von ihnen keine nachteilige Beeinflussung der Lebensmittel ausgeht.

#### § 12

##### Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst überwacht, daß die Anforderungen der Hygiene und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen eingehalten werden. Dazu gehören insbesondere:

1. Einrichtungen, die nicht Einrichtungen des Gesundheitswesens sind und in denen Personen dauernd oder zeitweise, jedoch regelmäßig betreut werden oder Unterkunft erhalten, sowie Beherbergungsbetriebe,

2. Freizeit- und Erholungsstätten, insbesondere Einrichtungen des Badewesens, Sportstätten, Kinderspielplätze, Camping- und Zeltlagerplätze, die der Öffentlichkeit zugänglich sind,
3. Flughäfen, Häfen und Bahnhöfe sowie Luft-, Wasser- und Landfahrzeuge, die gewerblich Personen befördern.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst wirkt darauf hin, daß in den Gemeinschaftseinrichtungen geeignete Vorkehrungen für Erste Hilfe getroffen sind.

(3) Der öffentliche Gesundheitsdienst überwacht, daß in Einrichtungen des Badewesens, in Sportstätten sowie auf Camping- und Zeltlagerplätzen eine ausreichende Trinkwasserversorgung, die erforderlichen sanitären Anlagen sowie Einrichtungen zur hygienischen Beseitigung fester und flüssiger Abfallstoffe funktionsfähig vorhanden sind. Bei Einrichtungen des Badewesens überwacht er auch die Beschaffenheit, Erneuerung und Aufbereitung des Wassers.

### § 13

#### Leichen- und Bestattungswesen

Der öffentliche Gesundheitsdienst überwacht, daß im Leichen- und Bestattungswesen die Anforderungen der Hygiene und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eingehalten werden. Er nimmt dabei insbesondere folgende Aufgaben wahr:

1. Überwachung der Bestattungseinrichtungen wie Begräbnisplätze, Krematorien, Leichenhallen und Einrichtungen zur Beförderung von Leichen,
2. Hinwirken auf ordnungsgemäße ärztliche Leichenschau und Ausfüllung der Leichenschauheine.

### § 14

#### Arznei- und Betäubungsmittel, giftige Stoffe, Werbung

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst erteilt die Erlaubnis zur Herstellung von Arzneimitteln und überwacht den Verkehr mit Arznei- und Betäubungsmitteln sowie die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst erteilt die Erlaubnis zum Einzelhandel mit Giften und die Erlaubnis zur Abgabe giftiger Pflanzenschutzmittel, nimmt die erforderlichen Prüfungen ab und überwacht den Verkehr mit Giften und giftigen Pflanzenschutzmitteln.

(3) Der öffentliche Gesundheitsdienst erteilt die Erlaubnis zur Anwendung von hochgiftigen Stoffen zur Schädlingsbekämpfung und überwacht die Anwendung.

### § 15

#### Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung

(1) Dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt es, die Bevölkerung vor Gesundheitsgefährdungen oder -schädigungen durch Krankheiten, die vom Tier auf den Menschen übertragbar sind, zu schützen.

(2) Dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt es, die Bevölkerung vor Gesundheitsgefährdungen oder -schädigungen durch Lebensmittel, Tabakerzeugnisse, kosmetische Mittel und sonstige Bedarfsgegenstände zu schützen. Dazu überwacht er Betriebe, Einrichtungen und sonstige Bereiche, in denen die in Satz 1 genannten Erzeugnisse hergestellt, in Verkehr gebracht oder behandelt werden.

(3) Die Aufgaben des Veterinärwesens einschließlich der Veterinäraufsicht, insbesondere hinsichtlich der Tierseuchen und Tierkrankheiten, die nicht auf den Menschen übertragbar sind, der Tierkörperbeseitigung und des Tierschutzes, sowie die Aufgaben der Lebensmittelüberwachung, insbesondere hinsichtlich des Schutzes der Bevölkerung vor Übervorteilung durch den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen, bleiben unberührt.

### § 16

#### Schädlingsbekämpfung

Der öffentliche Gesundheitsdienst sorgt für die Bekämpfung von

1. tierischen Schädlingen, die Krankheiten übertragen können,
2. Parasiten und Läusen, wenn epidemiologische oder hygienische Gründe es erfordern.

### § 17

#### Katastrophenschutz

Der öffentliche Gesundheitsdienst wirkt im Katastrophenfall und bei vorbeugenden Maßnahmen für den Katastrophenfall mit und berät den Katastrophen-Hilfsdienst.

### Abschnitt IV

#### Gesundheitshilfe

### § 18

#### Grundsatz

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut die Bevölkerung in allen Fragen der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Gesundheit (Gesundheitshilfe). Die Gesundheitshilfe wird insbesondere von Ärzten, Zahnärzten und Sozialarbeitern in enger Zusammenarbeit geleistet.

(2) Zur Beratung und Betreuung kann die Behandlung treten, wenn sie notwendig ist und es anderweitig zu keiner Behandlung kommt. Sie kann insbesondere solchen Personen geboten werden, die auf Grund ihrer Gesundheitsstörung nicht bereit sind, einen Arzt ihrer freien Wahl aufzusuchen.

(3) Die Aufgaben anderer, insbesondere der niedergelassenen Ärzte und der Wohlfahrtsverbände, bleiben unberührt.

### § 19

#### Ehe und Partnerschaft, Schwangerschaft

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut in gesundheitlichen Fragen der Ehe und Partnerschaft, der Familienplanung und Vererbung.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut in der Schwangerschaft. Er hilft Schwangeren, sich auf Geburt und Mutterschaft vorzubereiten, und führt zur Sicherung und Erleichterung der Geburt vorbeugende Maßnahmen durch. Er berät in Fragen des Schwangerschaftsabbruchs.

### § 20

#### Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst betreut Säuglinge und Kleinkinder, vor allem wenn die Schwangerschaft oder die Geburt regelwidrig verlaufen ist oder sich Besonderheiten in der frühkindlichen Entwicklung zeigen. Er führt Untersuchungen, insbesondere regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, durch, um Krankheiten, Fehlentwicklungen und Verhaltensstörungen zu verhüten, zu beseitigen oder zu mildern.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut Kinder und Jugendliche hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Entwicklung während der Schulzeit und beim Übergang in das Berufsleben. Er führt Untersuchungen, insbesondere regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, durch, um Krankheiten, Fehlentwicklungen und Verhaltensstörungen zu verhüten, zu beseitigen oder zu mildern.

(3) Der öffentliche Gesundheitsdienst sorgt für notwendige Hilfen zur Verhütung von Gesundheitsschäden und zur Rehabilitation einschließlich Kurverschickungen und für erforderliche Behandlungen.

(4) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät Personensorgeberechtigte und Personen, die beruflich Säuglinge, Kleinkinder, Kinder oder Jugendliche betreuen oder erziehen, in gesundheitlichen Fragen.

## § 32

## Außerkräftreten von Vorschriften

Folgende Vorschriften treten außer Kraft:

1. Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (GVBl. Sb. III 2120-7),
2. Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 6. Februar 1935 (GVBl. Sb. III 2120-7-1),
3. Zweite Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung - Allgemeiner Teil) vom 22. Februar 1935 (GVBl. Sb. III 2120-7-2),
4. Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung für Gesundheitsämter - Besonderer Teil) vom 30. März 1935 (GVBl. Sb. III 2120-7-3).

## § 33

## Inkräfttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit verkündet.

Der Regierende Bürgermeister

L ü d e r  
Bürgermeister

---

Der Senator für Gesundheit  
und Umweltschutz  
III A/Pl 6

1000 Berlin 30, den 3. Februar 1978  
An der Urania 12/14  
Fernruf: 21 22 2928  
(979) 2928

*V. Schöner*

Senatsvorlage Nr. 2206/78

CP-8H

- zur Beschlussfassung -

für die Sitzung am Dienstag, dem ..14. FEB. 1978.....

1. Gegenstand des Antrages: Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin

2. Berichterstatter: Senator P e t z o l d

3. Beschlußtentwurf:

"I. Der Senat nimmt Kenntnis von der vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz eingebrachten Senatsvorlage Nr. .... über

Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin

Die Vorlage ist vorerst dem Rat der Bürgermeister zu unterbreiten.

Die Beschlussfassung über die Vorlage wird bis zum Vorliegen der Stellungnahme des Rates der Bürgermeister zurückgestellt.

II. Eine Vorlage an das Abgeordnetenhaus ist zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich.

III. Der Beschluss ist vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz zu bearbeiten."

4. Begründung und haushaltsmäßige Auswirkungen

bitte ich der beigelegten Vorlage an das Abgeordnetenhaus zu entnehmen.

5. Rechtsgrundlage: § 10 Nr. 24 GO Senat

Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin

- § 1. Einleitung
- 1.1 Veränderung von Arbeitsschwerpunkten durch Veränderung der Epidemiologie
- 1.2 Aufgabenzuwachs durch Fortschritte der Medizin
- 1.3 Zunehmende Bedeutung selbständiger Sozialarbeit
- 2. Einzelbereiche der Gesundheitsvor- und -fürsorge
- 2.1 Gesundheitsvor- und -fürsorge für Schwangere
- 2.1.1 Beratungsstellen für werdende Mütter und ihre Integration in neu zu schaffende sozialmedizinische Dienste für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft
- 2.1.2 Genetische Beratung
- 2.2 Jugendgesundheitsdienst
- 2.2.1 Gesundheitsvor- und -fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder
- 2.2.2 Gesundheitsvor- und -fürsorge für Kinder und Jugendliche
- 2.2.3 Kinder- und Jugendpsychiater im Jugendgesundheitsdienst
- 2.3 Zahnärztlicher Dienst
- 2.4 Sportärztliche Beratungsstellen
- 2.5 Krankheitsfrüherkennung bei Erwachsenen
- 2.6 Gesundheitsvor- und -fürsorge für Tuberkulosekranke und -gefährdete
- 2.7 Gesundheitsvor- und -fürsorge für Geschlechtskranke



- 2.8 Gesundheitsvor- und -fürsorge für Behinderte
- 2.9 Sozialpsychiatrischer Dienst
  - 2.9.1 Beratung und Betreuung von psychisch Kranken
  - 2.9.2 Beratung und Betreuung von Suchtkranken
- 2.10 Nachgehende Krankenfürsorge
- 2.11 Gesundheitsberatung für Erwachsene
- 2.12 Sozialdienst im Krankenhaus
- 3. Schlußbetrachtung
  - 3.1 Gesundheitsvor- und -fürsorge und Krankenhausbedarfsplanung
    - 3.2 Schwerpunkte des Ausbaus
    - 3.3 Personalbedarf
      - 3.3.1 Personalbedarf und Wertgleichheit
        - 3.3.1.1 Gleichartige Ausstattung aller Bezirke (ohne Prioritäten)
        - 3.3.1.2 Reihenfolge der Ausstattung mit Wertgleichheit (zeitliche Prioritäten)
        - 3.3.1.3 Regionenbezogener Wertausgleich und Wertausgleich über Personalbemessungsformen (strukturbezogene Prioritäten)
      - 3.3.2' Haushaltamßige Auswirkungen
        - Personalkosten
        - Sachkosten

## 1. Einleitung

Ein Bericht über "Aufbau und Aufgaben der Gesundheitsfürsorge" wurde im Jahre 1963 erstattet.\* 1967 und 1973 wurden notwendige Maßnahmen auf dem Gebiet der Versorgung von psychisch Kranken und Abhängigen in Spezialabteilungen behandelt; 1973 erfolgte eine punktuell Darstellung einiger besonders drängender Probleme in verschiedenen Bereichen.

Der nachfolgende Bericht soll stärker als der erste umfassende aus dem Jahre 1963 den Zusammenhang zwischen präventiven und kurativen Gesundheitsdiensten darstellen und aufzeigen, welche Entwicklungsrends, die die Arbeit der Gesundheitsfürsorge beeinflussen, sich im Verlauf von 15 Jahren ergeben haben. Alle Aufgabenbereiche modern Gesundheitsvor- und -fürsorge werden dargestellt.

"Gesundheitsfürsorge ist nichts Statisches. Sie muß sich gemäß dem jeweiligen Stande der wissenschaftlichen Erkenntnis und den aktuellen Bedürfnissen wandeln, sie darf aber auch nicht daran vorübergehen, daß für ihre Durchführung immer nur begrenzte Mittel vorhanden sein können.

Gesundheitsfürsorge wird in ihren Möglichkeiten grundsätzlich nicht durch die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen begrenzt, wie mitunter irrig angenommen wird. Denn ihre Leistungen werden einerseits nicht selten vom Staat freiwillig - ohne gesetzlichen Auftrag - übernommen, andererseits werden sie im allgemeinen dem Bürger nicht aufgezwungen, sondern nur angeboten. Es steht ihm frei, ob er von den gegebenen Möglichkeiten Gebrauch machen will. Ein guter Teil gesundheitsfürsorgerischer Arbeit liegt daher bereits darin, die Bevölkerung über die vorhandenen Möglichkeiten aufzuklären und ihr Verständnis für die Notwendigkeit planvoller Gesundheitsvorsorge zu wecken."

Dieses Zitat aus der Einleitung des Berichts von 1963

\* Vorlage zur Kenntnisnahme Nr. 27, Mitteilungen des Präsidenten des Abgeordnetenhauses Nr. 7 IV/19.8.1963

hat bis heute nichts von seiner Gültigkeit verloren, dagegen hat sich in epidemiologischer Hinsicht manches geändert. Außerdem erfordert der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft eine ständige Anpassung an neue Erkenntnisse und Möglichkeiten.

Der Bericht wird die Richtung aufzeigen, in die sich zeitgemäße Gesundheitsvor- und -fürsorge zu entwickeln hat, wenn Erkenntnisse der Epidemiologie und medizinisch-technische Fortschritte berücksichtigt werden, und wird daraus folgende Notwendigkeiten zur Verlagerung von Arbeitsschwerpunkten und zum Aufbau neuer Angebote darstellen.

Die derzeitige Situation auf dem Arbeitsmarkt ist wesentlich gekennzeichnet durch eine - weitgehend strukturell bedingte - hohe Zahl von Arbeitslosen. Dabei hat der Staat als Arbeitgeber einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Beschäftigungslage zu leisten. Von ihm muß aber auch im Rahmen seiner übergreifenden Verantwortung die Einbeziehung struktureller Überlegung etwa in die Steuerung des Ausbildungsplatzangebots und die Verteilung von Leistungsangeboten erwartet werden. Das bedeutet im Gesamtheitswesen, daß falsch bemessene oder durch die Entwicklung (u.a. von Bevölkerungszahl und -struktur) überholte Kapazitäten - etwa im Krankenhausbereich - wurdeckern werden müssen. Im öffentlichen Gesundheitsdienst müssen wichtige vorhandene Einrichtungen bedarfsgerecht ausgebaut und neue Leistungseinheiten aufgebaut werden, damit dringende ungedeckte Bedürfnisse befriedigt werden können.

Wie notwendig eine solche Verlagerung von Schwerpunkten ist, zeigt deutlich ein Vergleich der Entwicklung der Arzteinzahlen in beiden Bereichen über einen längeren Zeitraum. Bis zur Mitte der sechziger Jahre hatte sich in 30 Jahren die Zahl der Krankenhausärzte verdreifacht, während die Zahl der niedergelassenen Ärzte und der Ärzte in der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst nahezu gleich geblieben ist.

Die bewußte Verlagerung von Arbeitsschwerpunkten von der heilenden zur vorbeugenden Betreuung ist - auch im internationalen Vergleich - heute gut begründet und für den einzelnen Menschen wie für die Gesundheit von Vorteil.

Leistungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge sind gesundheitsspolitisch nicht allein deshalb von besonderem Wert, weil sie den Menschen vor gesundheitlichen Schäden bewahren und Krankheitsfolgen ertragen helfen. Sie mögen auch den Kostenaufwand für die Gesundheitsversorgung insgesamt zu reduzieren und damit die wachsende finanzielle Belastung der Versicherten zu mindern. Außerdem - und dies ist in Zusammenhang mit der Krankenhausbedarfsplanung von besonderer Bedeutung - tragen die Maßnahmen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes dazu bei, durch Vorsorge und Gesundheitserziehung zur Vermeidung oder Früherkennung einer Krankheit und durch Fürsorge für den Kranken, die behinderten oder gealternden Menschen Krankenhausaufenthalte abzukürzen oder vermeidbar zu machen. Auf diesen Gedanken ist im "Krankenhausbedarfsplan 1977 für das Land Berlin Fortschreibung bis 1990" bereits eingehend hingewiesen worden.

Wo der Zusammenhang zwischen Gesundheitsvor- und -fürsorge und Planung im Krankenhausbereich von besonderer Bedeutung ist, wird in den entsprechenden Abschnitten dieses Berichts hervorgehoben und - nach der Einzeldarstellung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihrer Entwicklung - in der Schlußbetrachtung zusammengefaßt.

Unberücksichtigt bleiben in diesem Bericht die Modellversuche zur Neustrukturierung der sozialen Dienste. Sobald Ergebnisse vorliegen, wird zu prüfen sein, welche Folgerungen für die Gesundheitsvor- und -fürsorge zu ziehen sind.

## 1.1 Verlagerung von Arbeitsschwerpunkten durch Veränderung der Epidemiologie

Im Verlauf der letzten 15 Jahre ist ein stetiger Rückgang der Tuberkulose zu verzeichnen gewesen, die an Häufigkeit heute weit hinter Krankheiten wie Diabetes und Krebs zurücktritt. Unter 1.000 Einwohnern leiden etwa 3 an aktiver Tuberkulose, 20 - 30 dagegen sind Diabetiker, 25 30 krebskrank.

Die Zunahme des Diabetes ist in erster Linie auf schlechte Lebensgewohnheiten - Überernährung und Bewegungsmangel zurückzuführen. Die Zunahme an Krebs steht auch in Zusammenhang mit dem ungünstigen Altersaufbau der Bevölkerung, doch ist auch hier der Einfluß gesundheitschädigenden Verhaltens - z.B. Zunahme von Lungenkrebs durch Nikotinverbrauch - unverkennbar.

Wachsende Sorge bereitet der steigende Konsum von Alkohol und Drogen mit allen nachteiligen Folgen für die Gesundheit des Konsumenten und seiner Familie. Der Alkoholverbrauch hat ein Ausmaß erreicht, wie es in Deutschland bisher erst einmal - um die Jahrhundertwende - die Verantwortlichen beunruhigte.

Der Mißbrauch von Drogen im engeren Sinne spielt erst seit 1968/69 in Berlin eine zunehmende Rolle und erreicht z.Z. wieder einen beängstigenden Höhepunkt.

Die Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten, nach einem Ansteigen durch Kriegs- und Nachkriegsfolgen in den sechziger Jahren vorübergehend deutlich rückläufig, hat danach wieder zugenommen. Zudem bedingen Änderungen des sozialen Verhaltens, zu dem auch das Sexualverhalten gehört, daß Infizierte, die grundsätzlich eine Gefahr für Kontaktpersonen darstellen, schwerer kontrollierbar sind.

Die gesundheitliche Betreuung von Kindern aller Altersgruppen steht vor ganzheitlichen Aufgaben durch ein deutlich gesteigertes Interesse der Eltern und sonstigen Erzieher - u.a. durch gezielte Aufklärung - an Presse der sozialen Gesundheit.

Ein neuer Aufgabenbereich, dessen Bedeutung auch aufgrund internationaler Kontakte immer deutlicher wird, sind Gesundheitshilfen für alte Menschen. Ähnlich wie dies am Ende der Lebenskala für Säuglinge und Kleinkinder gilt können alte Menschen nicht allein durch ärztliche Maßnahmen, sondern erst durch zusätzliche sozialmedizinische Hilfen von einer altersbedingten Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation bewahrt werden. Eine Schwierigkeit, die die Verantwortlichen vor besonders organisatorische Probleme stellt, besteht darin, daß die Eigeninitiative alter Menschen häufig nicht reicht, solche Hilfen von sich aus zu suchen.

## 1.2 Aufgabenzuwachs durch Fortschritte der Medizin

Eindeutige Fortschritte, die die Arbeit der Gesundheitsvor- und -fürsorge berühren, sind im Bereich der pränatalen Medizin zu verzeichnen. Bei sogenannten Risikoschwangerschaften können heute für Mutter und Kind eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt werden, die zu der Entscheidung nötigen, in welchem Umfang der Aufgabenkatalog der Schwangerschaftsfürsorge zu erweitern ist. Weitere Fortschritte betreffen die Frühkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter sowie bestimmten Krebsformen bei Erwachsenen. Sie haben zum Teil bereits Eingang in die Arbeit der Gesundheitsämter gefunden. Der Kreis von systematisch und verstärkt zu Betreuenden ist dadurch größer geworden.

Für psychisch Kranke sind Methoden vor allem der Sozialtherapie entwickelt worden, die auch vom Sozialpsychiatrischen Dienst mit Erfolg angewendet werden können.

In der Bahindertenhilfe werden neue technische Hilfsmittel eingesetzt, deren genaue Kenntnis für die auf diesem Gebiet Tätigen unerlässlich ist.

dem Abgeordnetenhaus im Frühjahr 1978 in einer gesonderten Vorlage zur Kenntnisnahme "Verstärkung des Personals im Bereich der Nachgehenden Krankenfürsorge" im einzelnen dargestellt werden, welcher Mehrbedarf in diesem Bereich als unbedingt notwendig erachtet wird.

Außer den Krebskranken, denen seit 1960 im Anschluß an eine klinische Behandlung gesundheitsfürsorgliche Hilfen geboten werden, gibt es noch weitere Patientengruppen, die solcher Hilfen bedürftig sind, wodurch in vielen Fällen auch die Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes erreicht werden könnte. Hierzu gehören z.B. ältere Patienten mit Diabetes bei denen die Umstellung auf eine veränderte Lebens- und Ernährungsweise vielfach nur dann gelingt, wenn sie in wiederholten Gesprächen, möglichst in der häuslichen Umgebung, darauf vorbereitet werden. Entsprechendes kann bei Patienten mit überstündigem Herzinfarkt nötig sein. Bei Herzinfarktpatienten ist von besonderer Bedeutung ein desideriertes Gruppentraining unter Leitung einer Krankengymnastin, das im Interesse der Beherrschung von Zwischenfällen möglichst in den Räumen eines Krankenhauses durchgeführt werden soll.

Es ist daher ernsthaft zu erwägen, den Fürsorgebereich "Nachgehende Krankenfürsorge", der sich bisher ausschließlich mit Krebspatienten beschäftigte, im notwendigen Umfang auch anderen Patientengruppen zu öffnen, wobei ein Schwerpunkt allerdings weiterhin die Krebskranken sein werden. In welchem Umfang eine solche wünschenswerte Öffnung der Nachgehenden Krankenfürsorge für andere Patientengruppen einen Personalmehrbedarf erforderlich macht, kann erst entschieden werden, wenn Erfahrungen aus ersten Versuchen in dieser Richtung vorliegen.

## 2.11 Gesundheitsberatung für Erwachsene

Die Notwendigkeit der Bevölkerung nicht nur Diagnostik und Behandlung im Krankheitsfall zu bieten, sondern sie durch rechtzeitige Beratung und den Einsatz sozialmedizinischer Hilfen solange wie möglich gesund zu erhalten

und vor Krankheit zu schützen, wird zunehmend deutlicher erkannt.

Inbezoedere gilt dies für Bevölkerungsgruppen, die s.B. durch ihr Lebensalter oder durch bestirnte äußere Einflüsse gesundheitlich gefährdet sind.

Eine "Gesundheitsberatung für Erwachsene" kann Aufgaben übernehmen, die darauf gerichtet sind,

- erwachsene Bürger vorbesugend sozialmedizinisch zu beraten,
- behördliche und freigemeinnützige Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung gesundheitsdienstlicher Maßnahmen fachlich zu beraten, zu unterstützen oder derartige Veranstaltungen selbst durchzuführen, sowie
- behördliche und freigemeinnützige Stellen unter Berücksichtigung von deren Aufgaben und Zuständigkeit auf geriatrischem Gebiet fachlich zu beraten und zu unterstützen.

Im Bezirk Charlottenburg werden seit 1972 mit einer kleinen Gruppe von Mitarbeitern (Arzt, Sozialarbeiter) Erfahrungen mit der Einzelberatung älter Menschen gesammelt. Andere Bezirke haben Interesse an solcher Arbeit angemeldet.

Durch eine solche, neu im Gesundheitsmarkt anzusiedelnde Aufgabe sollen in Form von Einzel- und Gruppenberatung und -aktivitäten möglichst viele Menschen zu gesundheitlich richtigen Lebensgewohnheiten motiviert werden.

Da falsche Lebensgewohnheiten in den meisten Fällen beginnen, sollten sich die Aktivitäten grundsätzlich auf alle Altersgruppen von Erwachsenen beziehen. Ein lebhaftes und deutlich steigendes Interesse der Bevölkerung besteht u.Z. an Bauchrentenführungsgruppen für Übergewichtige, die in der Gruppe den Erfolg gemeinsam gefolgter Diätvorschriften kontrollieren, werden im Gesundheitszentrum Geopiusstadt mit Erfolg durchgeführt und von der Bevölkerung gut angenommen.



Neben in regelmäßigen Turnus anzubietenden Gruppenveranstaltungen sollten in erforderlichen Umfang auch Einzelberatungen durchgeführt werden, um möglichst vielen Menschen Rat und Hilfe bezüglich einer gesunden Lebensführung zu bieten. Hier kann gerade der Rat einer erfahrenen Krankenschwester für den alten Menschen von besonderem Wert sein.

Ein großer Teil der Aktivitäten sollte so durchgeführt werden, daß die Gesundheitsberater "von Bürgern" sein. 1 - 2 Räume im Gesundheitsamt können als Einzelberatungsstellen dienen, von der aus die Programme organisiert werden

Interessant wäre es, außer der räumlichen Anbindung einer solchen Institution an das Gesundheitsamt auch eine andere organisatorische Form, nämlich die räumliche Zusammenführung mit einer Gruppe von freipraktizierenden Ärzten, zu erproben. Auf diese Weise könnten Erfahrungen gewonnen werden, ob die Ergänzung auch ambulanter ärztlicher Tätigkeit durch psychosoziale Hilfen, für die bisher keine Abrechnungsmaßlichkeiten in der RVO gegeben sind, Vorteile für den Patienten mit sich bringt.

Um zunächst Erfahrungen mit dieser neuen Arbeitsmethode die dem Bereich primärer und sekundärer Prävention entspricht, zu sammeln, wird vorgeschlagen, in 3 oder 4 Bezirken, und zwar solchen mit ungünstigen Strukturmerkmalen, mit einer derartigen Arbeit zu beginnen. Über den Inhalt dieser Modelle und die entsprechend erforderliche Personalausstattung wird eine gesonderte Senatsvorlage vorgelegt werden.

## 2.12 Sozialdienst im Krankenhaus

Der Sozialdienst im Krankenhaus - früher Krankenhausfürsorge - hat eine spezielle gesetzliche Grundlage in § 13 Abs. 2 des Landeskrankenhausesgesetzes (LEG) in folgendem Wortlaut erhalten:

3. Bericht über die Voruntersuchung "Gesundheitsberatung als Instrument sozialmedizinischer Prävention" (1981)

Helge Grünewald  
Dr. Michael Wolf

GESUNDHEITSBERATUNG ALS INSTRUMENT  
SOZIALMEDIZINISCHER PRÄVENTION

Bericht über eine Voruntersuchung  
Oktober 1980 bis März 1981

Berlin 1981

1. KURZDARSTELLUNG DES GEPLANTEN PROJEKTES  
UND DER BISHER GELEISTETEN VORARBEITEN

1.1 Einführung

1.2 Interessen und Ziele der Forschung

1.3 Gegenwärtiger Stand der Arbeiten

2. AUFGABEN UND ZIELE DER GESUNDHEITSBERATUNG  
FÜR ERWACHSENE (GBE)

3. VERFAHREN DER UMSETZUNG (IMPLEMENTIERUNG)

4. GEGENWÄRTIGER ENTWICKLUNGSSTAND UND  
LAUFENDE ARBEIT DER GBE

4.1 Ausstattung der Stellen

4.2 Identität der Stellen und Kooperations-  
beziehungen

4.3 Teamstruktur und Leitung

4.4 Qualifikation, Kompetenzen und  
Weiterbildung

4.5 In der GBE wirksame Konzeptionen und  
konkrete Angebote

4.6 Ziele der GBE und Erfolgsnachweis

## 1. KURZDARSTELLUNG DES GEPLANTEN PROJEKTES UND DER BISHER GELEISTETEN VORARBEITEN

### 1.1 Einführung

Am Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin planen die oben genannten Mitarbeiter im Schwerpunkt "Gesundheitssystemanalyse" (GSA) ein Forschungsprojekt.

Gegenstand der Forschung sollen die in den verschiedenen Berliner Bezirken arbeitenden bzw. im Aufbau begriffenen Gesundheitsberatungsdienste für Erwachsene sein.

Das Projekt versteht sich als innovatorische und beratende Begleitforschung. Es sieht sich in Zusammenhang mit anderweitiger Forschung zur "Humanisierung des Gesundheitswesens", also Forschung in einem Bereich, den auch die Bundesregierung mit ihrem "Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" als besonders wichtig bezeichnet hat und fördert.

Inzwischen ist die erste Phase des Projektes abgeschlossen. Während dieser sollte abgeklärt werden, welche Frage- und Problemstellungen im Einzelnen zu erforschen sind. In die Entscheidung darüber sind diejenigen einbezogen worden, die an der Konzeptualisierung, Verwirklichung und laufenden Arbeit der Gesundheitsberatungsdienste beteiligt waren bzw. sind.

Dieses Vorgehen stellt einen neuen Ansatz angewandter Sozialwissenschaft als Verbindung von Forschung und Beratung dar und unterscheidet sich von der herkömmlichen Art der Sozialforschung durch den unmittelbaren, kooperativen und dauerhaften Kontakt zwischen Forschern und Praktikern "vor Ort".

## 1.2 Interessen und Ziele der Forschung

Im gegenwärtigen Gesundheitswesen werden neben der notwendigen kurativ arbeitenden Medizin zunehmend präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit bzw. von gesundheitsbelastenden oder gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen ("Risikoverhalten") erforderlich. Im Rahmen dieses Trends zur Prävention spielt die gesundheitliche Aufklärung zur Minderung oder Vermeidung des gesundheitlichen Risikoverhaltens eine bedeutende Rolle.

Gegenüber den bislang überwiegend praktizierten Modellen der Aufklärung - Veröffentlichungen in den Massenmedien, Fernsehspots, Broschüren usw. - scheint aber eher Skepsis angebracht, weil sie das Moment des Persönlichen und der persönlichen Beziehung notgedrungen vernachlässigen.

Dagegen erscheint die Arbeit in den Gesundheitsberatungsstellen ("Gesundheitsberatung für Erwachsene"), die neuerdings in einigen Berliner Bezirken eingerichtet werden bzw. worden sind, aus eben diesen Gründen außerordentlich interessant und wichtig. Dieses "Berliner Modell" ist im Übrigen zur Zeit einzigartig. Nur hier wird Gesundheitsberatung in einer unmittelbaren und persönlichen Beziehung zwischen den Beratern und den Patienten bzw. Klienten praktiziert.

An einer solchen Konzeption öffentlicher Gesundheitsberatung ist insbesondere zweierlei für sozialwissenschaftliche Forschung interessant: einmal der Aspekt der gesundheitlichen Aufklärung vermittelt einer unmittelbaren persönlichen Beziehung, also das BERATUNGSGESCHEHEN selbst in seinen verschiedenen Formen (Einzel- und Gruppenberatung, Kurse etc.), zum anderen der PROZESS der politischen wie INSTITUTIONELLEN VERWIRKLICHUNG und AUSGESTALTUNG, der IMPLEMENTATION und Einbindung

von Gesundheitsberatung in bestehende Strukturen der öffentlichen Gesundheitspflege sowie die KOOPERATION mit anderen Einrichtungen.

In beiden Hinsichten stellt sich die Frage nach den Kompetenzen der Mitarbeiter in Bezug auf eine derart institutionalisierte Beratungstätigkeit. Damit werden Fragen der Aus- und Weiterbildung sowie der Supervision angesprochen. Insbesondere letztere in Gestalt von beispielsweise Team- oder Institutionssupervision bzw. -beratung könnte einer gewissen "Betriebsblindheit" gegensteuern, könnte eventuell auftretende "Durststrecken" der Arbeit innovatorisch vermeiden oder verkürzen, könnte schließlich Konflikte be- und verarbeitbar werden lassen.

Insgesamt wäre zu fragen, ob die Form der Gesundheitsberatung, wie sie in Berlin praktiziert wird bzw. in Entwicklung begriffen ist, ein geeignetes Modell für Gesundheitsberatung überhaupt abgeben könnte, und ob die in Berlin gewonnenen Erfahrungen und Modelle etwa auf die Bundesrepublik übertragbar wären.

Als ein gänzlich neuer Versuch und angesichts des gegenüber traditionellen Formen gesundheitlicher Aufklärung höheren Aufwandes an Mitteln steht die Arbeit in den Gesundheitsberatungsstellen sicher unter der Notwendigkeit, diese höheren Mittel zu rechtfertigen und ihren spezifischen Nutzen zu erweisen. Das heißt, ein solcher neuartiger Versuch verlangt auch aus immanenter Logik heraus eine Begleitforschung und Erfolgskontrolle. Zum einen stehen ja institutionelle Neuerungen gerade im Gesundheitswesen unter einem hohen Legitimationsdruck, nicht nur der Kosten für die Maßnahmen wegen. Zum anderen müssen für den geplanten "output" Gesundheitsverhalten bzw. gesundheitliche

Bildung erst geeignete Evaluationskriterien entwickelt werden. All dies legt nahe, zur Begleit- und Erfolgsforschung qualitative und der Handlungsforschung nahestehende Forschungsinstrumente einzusetzen.

### 1.3 Gegenwärtiger Stand der Arbeiten

In der ersten Phase der Arbeit wurden zunächst Kontakte zu den in den Gesundheitsberatungsstellen Tätigen sowie den fachlich und politisch mit Gesundheitsberatung Beschäftigten bzw. Verantwortlichen hergestellt. In dieser Phase sollten von den Sozialforschern und den "Praktikern" die für die Forschung wichtigen Fragestellungen in einem gemeinsamen Prozeß erarbeitet werden.

Dabei kamen folgende Forschungsverfahren zur Anwendung:

- Ausführliche Interviews mit Mitarbeitern und anderen Experten
- Gruppen- bzw. Teamdiskussionen
- Teilnehmende Beobachtung
- Feedback-Sitzungen (Sitzungen, die der Rückmeldung bzw. Beratung von den Sozialwissenschaftlern zu den "Praktikern" dienen)

Die Auswertung der Untersuchung erfolgte nach Prinzipien der qualitativen, interpretierenden Sozialforschung. Charakteristisch hierfür ist u.a., daß detaillierte Fallanalysen und nicht statistische Analysen im Mittelpunkt stehen. Ein solches Verfahren erscheint gerade für einen Bereich wie den der Gesundheitsberatungsdienste, die gerade im Entstehen begriffen sind, erste Erfahrungen machen bzw. gemacht haben und noch einen experimentell-modellhaften Status besitzen, das einzig angemessene zu sein.

Diese erste Phase des Projektes ist im Februar 1981



abgeschlossen worden.

Im Sinne des geschilderten Prinzips bzw. Konzeptes einer engen Verzahnung von Forschung und Beratung haben die Wissenschaftler dann die bis zum angegebenen Zeitpunkt gewonnenen Eindrücke und Ergebnisse an die Gesundheitsberatungsdienste "zurückgespiegelt". Mit den Mitarbeitern der Gesundheitsberatungsstellen wurden die unterschiedlichen Eindrücke der Forscher einerseits und der Mitarbeiter der Gesundheitsberatungsstellen andererseits diskutiert.

Nun sollen vor allem folgende Fragen geklärt werden:

1. Haben die Institutionen (Gesundheitsberatungsdienste, Bezirksämter, Senatsverwaltung für Gesundheit) ein Interesse an einem noch zu präzisierenden, ausführlichen Forschungsprojekt zu den genannten Fragen?
2. Haben die Sozialwissenschaftler angesichts der vorliegenden Zwischenergebnisse Interesse an einem vertiefenden Projekt, wollen sie sich um dessen Finanzierung bemühen und es durchführen?

Das Projekt wird am Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin durchgeführt. Zu den Aufgaben der dort Beschäftigten gehören gleichermaßen Lehre und Forschung. Aus diesem Grunde ist das Projekt so konzipiert, daß es zugleich Lehr- und Forschungsprojekt sein wird. Das bedeutet, daß die laufende Arbeit (Erhebung und Auswertung) auch in der Vorphase von Studenten in fortgeschrittenen Semestern - von Diplomanden, die ihre Arbeit über ein Thema aus diesem Bereich schreiben werden - mitgetragen wird. Dies entspricht der Absicht, das sozialwissenschaftliche Studium speziell am Insti-

tut für Soziologie praxisnäher im Sinne einer Wendung zu angewandter Sozialwissenschaft auszurichten.

Die Sozialforscher wahren im übrigen über die bei ihrer Tätigkeit gewonnenen Eindrücke und Informationen Vertraulichkeit und machen es von der Zustimmung der Beteiligten abhängig, inwieweit eventuell Zwischenergebnisse dieser Vorphase an Dritte weitergegeben werden dürfen.

## 2. AUFGABEN UND ZIELE DER GESUNDHEITSBERATUNG FOR ERWACHSENE (GBE)

Gemäß einer Senatsvorlage vom 5.2.1979 und der folgenden EntschlieÙung des Abgeordnetenhauses von Berlin sollen GBE mit folgenden Aufgaben eingerichtet werden:

- a) erwachsene Bürger vorbeugend sozialmedizinisch zu beraten
- b) behördliche und freigemeinnützige Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen fachlich zu beraten, zu unterstützen oder derartige Veranstaltungen selbst durchzuführen
- c) behördliche und freigemeinnützige Stellen unter Berücksichtigung von deren Aufgaben und Zuständigkeiten auf geriatrischem Gebiet fachlich zu beraten und zu unterstützen.  
(Mitteilungen Nr. 211 des Abgeordnetenhauses)

An dieser Aufgabenstellung ist bemerkenswert und neu:

- der PRAVENTIVE ASPEKT,  
Gesundheitsvorsorge für Gesunde mit dem Ziel, sie vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren.
- Die ZIELGRUPPE ERWACHSENE bzw. Berufstätige,  
(im Unterschied zur gängigen Ausrichtung des öff. Gesundheitswesenssystems auf bestimmte Problemgruppen)

Die Aufgaben der Gesundheitsberatung sind außerdem orientiert an der Konzeption der RISIKOFAKTOREN bzw. des gesundheitlichen Risikoverhaltens u.a. durch Überernährung, Bewegungsmangel, Miß-

brauch von Tabak, Alkohol und Medikamenten und ausgerichtet auf eine REDUKTION DER KOSTEN, die das Gesundheitswesen und damit die Allgemeinheit für gesundheitliche Schädigungen und Erkrankungen, die Folgen eines solchen Risikoverhaltens sind, aufzubringen hat.

Bemerkenswert ist außerdem, daß Gesundheitsberatung nicht nur gesundheitliche Aufklärung (Wissensvermittlung) sein soll, sondern sich in ein noch näher zu bestimmendes Konzept von Gesundheitserziehung oder gesundheitlicher Bildung einfügen soll.

Bei der Beschlußvorlage fällt hier allerdings eine gewisse Vagheit auf, denn es bleibt noch grundsätzlich offen, wie nun Beratung bzw. Erziehung oder Aufklärung in Angriff genommen werden sollen. Deutlich ist lediglich, daß es nicht bei Informations- und Wissensvermittlung bleiben soll. In der Entschliebung wird jedoch keine inhaltliche Präferenz für beispielsweise psychologische, medizinische, pädagogische, psychosoziale oder organisationsbezogene Beratungskonzepte ausgedrückt. Daraus ist unseres Erachtens zu schließen, daß die konkrete Ausgestaltung der Beratungskonzeption in der Vollmacht der bezirklichen Abteilungen für Gesundheit bzw. der GBE liegen sollen.

Dagegen fällt aber doch auf, daß im Beschluß des Abgeordnetenhauses eine personelle Ausstattung vorgesehen ist, die eine deutliche Präferenz für medizinische und paramedizinische Professionen erkennen läßt (Arzt, Krankengymnast, Arzthelfer, Krankenschwester, Diätassistenten). Allerdings ist dieser Personalvorschlag nicht zwingend. Es sollen lediglich "typischerweise" die Vertreter der genannten Berufe eingestellt werden; es wird aber davon ausgegangen, daß "auch Psychologen einen sinnvollen Beitrag" im Rahmen der Gesundheitsbe-

ratung leisten können.

Deutlich wird, daß ein Kompromiß zwischen einer mehr pädagogisch-psychologischen und einer mehr medizinisch bzw. sozialmedizinisch orientierten Auffassung von Gesundheitsberatung geschlossen worden ist. Dabei ist der Inhalt dieses Kompromisses keineswegs umstritten. Übereinstimmung scheint lediglich weitgehend darin zu bestehen, daß - um es mit einem prägnanten Slogan zu fassen - Gesundheitsberatung eben dies, nämlich Beratung und nicht Behandlung zu sein habe. Letztere ist Aufgabe der kurativen Medizin. Was Beratung, positiv formuliert, aber sei, ist ebensowenig unumstritten wie die Frage, ob nicht auch Beratung zu den Aufgaben der Ärzteschaft gehöre. Letzteres nimmt die Ärzteschaft jedenfalls selbst in Anspruch, wenn sie durch die KV (Kassenärztliche Vereinigung) Berlin etwa erklärt, gesundheitliche Beratungsstellen der Bezirke seien unnötig (Die Berliner Ärztekammer 2/1981, 44).

Zusammenfassend kann die komplexe und partiell widersprüchliche Aufgabenstellung der GBE aber doch so zusammengefaßt werden, daß sie nicht kurativ - sondern präventiv, nicht behandelnd - sondern beratend, gleichwohl aber überwiegend mit medizinisch ausgebildetem Personal und innerhalb des Gesundheitswesens instituiert tätig werden soll.

In der Formulierung der Aufgabenstellung durch die Senatsvorlage lassen sich zwei prägnante Problemstellungen identifizieren, die auch für eine Forschungsarbeit als Fragestellungen geeignet erscheinen:

a) welche BERATUNGSKONZEPTIONEN sollen verwirklicht werden und werden verwirklicht,

b) wie läßt sich die spezifische Form der INSTITUTIONALISIERUNG durchführen (Implementierung eines teilweise strukturell systemfremden Teilsystems).

Beide Fragen sind empirische Fragen, die durch Forschung bearbeitet werden müssen und die sich nicht weiter aus der Senatsvorlage deduzieren lassen.

Was nun das KONZEPT DER BERATUNG angeht, liegen dazu bereits Entwürfe aus der Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz und anderen gesundheitspolitisch interessierten Kreisen auf Bundes-, Landes- oder Bezirksebene vor. Sie zentrieren sich um eine Konzeption GESUNDHEITLICHER BILDUNG, die an Modellen des sozialen Lernens in Einzelberatung und Gruppensituationen orientiert ist. Künftige Forschungsarbeit wird diese Vorstellungen sowohl auf ihre theoretisch-empirische Triftigkeit gegenüber anderen denkbaren Konzepten wie auch auf ihre konkrete Verwirklichung in den einzelnen GBE zu untersuchen haben.

Viele solche Konzeptionen durchzieht auch der Gedanke, diese Lernprozesse im sozialen Kontext d.h. innerhalb der verschiedenen gesellschaftlichen Rollenbezüge (Arbeit, Familie, Freizeit etc.) anzüsiedeln und das Individuum nicht als vereinzelt und isoliertes zu begreifen. Weitgehend ungeklärt ist allerdings, wie der Transfer aus der Lern- in die Lebenssituation sichergestellt werden kann. Ungeklärt ist schließlich, wie die verschiedenen Aspekte der Gesundheitsberatung (Ernährungsberatung, Bewegungstraining, Autogenes Training, Psychologische Beratung u.v.am.) in einem psychosozialen und psychosomatischen Konzept von Beratung integriert werden sollen.

Eine mögliche Begleitforschung der GBE müßte sich freilich vor der Gefahr hüten, sich auf die bislang vorgegebenen EntschlieBungen und Konzepte zu beschränken - denn damit würde sie möglicherweise einer ganz bestimmten zeit- oder ortsgebundenen "Konjunktur" aufsitzen. Bei den vorliegenden Entwürfen und Vorlagen scheinen gewisse Einseitigkeiten, Gewichtungen und vorschnelle Ausgrenzungen vorzuliegen - als da sind:

die Konzentration auf die Probleme von Senioren, die Dominanz medizinischer Berufe (die sich von ihrer beruflichen Sozialisation auf Erfahrungen im Umgang mit Kranken und nicht mit Gesunden stützen),

sowie Vorstellungen von Gesundheit in einem möglicherweise bornierten oder beschränkten Sinne - nämlich eher im Sinne von fitness und Leistungsfähigkeit denn im Sinne von genußvoller und befriedigender Lebensgestaltung.

### 3. VERFAHREN DER UMSETZUNG (IMPLEMENTIERUNG)

Im folgenden wird der Prozeß der Umsetzung nicht im einzelnen nachgezeichnet - dafür bedürfte es noch verschiedener Erhebungen auf Landes- wie auf Bezirksebene -, sondern aufgezeigt werden die Stationen der Umsetzung, soweit sie uns bisher bekannt geworden sind.

Die SENATSVORLAGE zur Einrichtung von GBE wurde im Februar 1979 im Abgeordnetenhaus verabschiedet. Sie entstand in einem relativ kurzen Zeitraum und wurde dann auch schnell verabschiedet. Bislang ist noch nicht deutlich, welche Vorstellungen die an dem Zustandekommen des Entschlusses Beteiligten gehabt haben bzw., ob diese Vorstellungen in einem zureichenden Maße auf einen tragfähigen Konsens hin vereinheitlicht worden sind. Dies wird noch in eingehenden Gesprächen zu klären sein. Ein Indiz dafür könnte die tatsächliche Verzögerung des Aufbaus sein, die dazu geführt hat, daß erst eine Stelle mit vollem Programm und längerer Laufzeit besteht.

In der Senatsvorlage wird ein Aufbau der GBE in 3 Ausbaustufen skizziert. 1979 (Stufe 1) sollten die ersten vier Bezirke - Charlottenburg (Modellbezirk), Wedding, Tempelhof und Reinickendorf - mit GBE und 19 Personalstellen ausgestattet werden, für 1980 und 1981 (Stufe 2 und 3) war die Verteilung auf andere, noch nicht im Einzelnen bestimmte Bezirke vorgesehen (jeweils 20 Personalstellen).

Es fällt auf, daß von den Beratungsstellen der 1. Ausbaustufe zunächst nur CHARLOTTENBURG und WEDDING eingerichtet wurden und funktionsfähig sind, d.h. seit unterschiedlich langer Zeit ein Beratungsangebot bereithalten. Von den restlichen



10 Bezirken sind in 6 die Stellen zwischen dem 1.9.1980 und dem 1.1.1981 eröffnet worden (Ausnahme Reinickendorf, wo die Eröffnung mit Aufhebung des Stellenstops bevorsteht). In den restlichen vier Bezirken sind keine Aktivitäten erkennbar gewesen, die auf eine Eröffnung von GBE deuten.

#### Chronologie der Stellenerrichtung

|                |           |
|----------------|-----------|
| CHARLOTTENBURG | 1.1.79    |
| WEDDING        | 1.2.80    |
| SPANDAU        | 1.9.80    |
| NEUKÖLLN       | 1.10.80   |
| TEMPELHOF      | 1.10.80   |
| STEGLITZ       | 1.11.80   |
| TIERGARTEN     | 1.1.81    |
| REINICKENDORF  | DEMNXCHST |

Ohne den endgültigen und detaillierten Ergebnissen der Erforschung des Implementierungsprozesses... vorgreifen zu wollen, sei hier schon folgende Hypothese gewagt:

Die Realisierung der Einrichtung von GBE ist jenseits von Senatsvorlage und Abgeordnetenhausbeschluß abhängig vom jeweiligen gesundheitspolitischen Willen in den Bezirken (Engagement der Stadträte für Gesundheit). Insofern ist zu vermuten, daß in Charlottenburg wie auch in Wedding ein relativ starkes Interesse besteht. In den Bezirken, die keine Ansätze erkennen lassen, hat man sich seitens der Verantwortlichen vermutlich nicht sonderlich darum bemüht, Gesundheitsberatungsstellen einzurichten. Bei der verbleibenden "Mittelgrup-

pe" scheinen die Einrichtung und Ausstattung der Stelle nur mit halber Kraft und gegen diverse Widrigkeiten und Verzögerung vorangegangen zu sein. Für diese Bezirke und Stellen scheint auch zu gelten, daß man sich, nicht zuletzt mit Rücksicht auf die Ärzteschaft und andere im Gesundheitssystem tätigen Einrichtungen, vorsichtig und abwartend verhalten hat und dabei für evtl. Konflikte Charlottenburg eine Vorreiterfunktion hat ausüben lassen. Mitgespielt haben sicher auch Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von geeignetem Personal sowie beträchtliche Unklarheiten und Unsicherheiten in Bezug auf die Konzeption der Stellen. Diese Situation hält teilweise bis heute an, d.h. es gibt Bezirke, in denen unter Gesundheitsberatung solche Aktivitäten verstanden werden, die ins Programm der Abt. Gesundheitswesen, d.h. des Gesundheitsamtes mit seinen verschiedenen Abteilungen passen, ohne Rücksicht darauf, ob das dann wirklich Gesundheitsberatung im angestrebten Sinne sei.

In den Bezirken, bei denen bezüglich der Konzeption eine Unsicherheit bestand, hat diese zu einem faktischen Unterlaufen der Implementierung geführt, d.h. es wurde offiziell Personal für die Gesundheitsberatung eingestellt, das aber mangels klar umrissener Aufgabendefinitionen zum Teil bis heute noch von der Gesundheitsverwaltung als "stille Reserve" oder "Eingreifreserve" für alle möglichen Notfälle, Ausfälle, Engpässe, Krankheiten und sonstige Widrigkeiten als Lückenbüßer herangezogen wurden bzw. wird.

Daneben sind uns noch folgende Probleme im Verlauf des Implementierungsprozesses aufgefallen, die in einem Forschungsprozeß näher zu untersuchen wären:

\* Die "Einstellungspolitik" war nicht nur dadurch gekennzeichnet, daß in den "konstitutionell schwachen" Bezirken verständlicherweise keine einigermaßen klaren Auswahlkriterien bestanden, sondern auch dadurch, daß die jeweiligen Amtsärzte oder ihre Stellvertreter die Einstellungen nebenher zu bewerkstelligen hatten. Die Vermutung liegt nahe, daß damit gerade angesichts konzeptioneller Unklarheiten ein Trend zu medizinisch ausgebildetem Personal befördert worden ist. Die wenigen Ausnahmen hiervon scheinen uns diese Tendenz zu bestätigen.

\* Gerade dort, wo den Gesundheitsberatungsstellen eine klare Funktion zugewiesen worden ist - sei es durch Fremd- oder durch Eigendefinition -, ist der Prozeß der Grenzziehung des Teams bzw. der Stelle bislang sehr schleppend verlaufen. Eine solche Stelle wird kaum Ansätze zu einer spezifischen Identität ausbilden können. (Ein Indikator dafür ist, daß sie sich bei allen möglichen Vorfällen absichern muß, indem sie Rücksprache nimmt).

\* Auffällig ist weiter, daß im Unterschied zu den Stellendefinitionen in der Beschlußvorlage für das Abgeordnetenhaus, in der für die Berufsbezeichnungen mit einer Ausnahme die männliche Form gewählt worden ist, das Personal fast ausschließlich aus Frauen besteht. Lediglich bei der Leitung der Stellen sind Männer in der Oberzahl. Das legt die Vermutung nahe, daß die Art des Umgangs mit Krankheit, Gesundheit, Körperlichkeit und psychosozialen Problemen, wie sie in der GBE intendiert ist, eher eine Affinität zu "weiblichen" Kommunikations- und Verhaltensmustern aufweist. Im Unterschied zur naturwissenschaftlich orientierten Medizin und Behandlung, in der eher "männliche" Orientierungen präferiert wer-

den (Instrumentelles Handeln hier - Empathie, Kommunikation dort ).

\* Bemerkenswert ist weiter, daß die Fachverwaltung auf oberster Ebene - Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz -, die ja für die Realisierung des Programms in gewisser Weise verantwortlich ist oder daran ein starkes Interesse haben müßte, sich in der Aufbau- und Anlaufphase auffällig zurückhält. Bisher hat unseres Wissens erst ein gemeinsames Treffen der in den GBE Tätigen stattgefunden. Inwieweit informelle Treffen darüber hinaus stattgefunden haben, entzieht sich weitgehend unserer Kenntnis. Auffällig ist immerhin aber zugleich, daß auf nähere Nachfragen nach konzeptionellen Vorstellungen und dem konkreten Entwicklungsstand der Arbeit stets von den einzelnen GBE im Zweifel sehr rasch auf die Senatsverwaltung verwiesen wird.

Wir haben den Eindruck gewonnen, daß einige Stellen durchaus Hilfestellungen seitens der Senatsverwaltung oder anderer bereits entwickelter GBE gebrauchen könnten und, auf sich alleine gestellt, doch etwas überfordert erscheinen.

\* Schließlich ist festzustellen, daß sich das Angebot der GBE schon sehr verschieden entwickelt hat bzw. entwickeln wird. Eine solche, an sich sicher erfreuliche Vielfalt beinhaltet unseres Erachtens aber die Gefahr, daß der an sich schon nicht sehr eindeutige "issue" Gesundheitsberatung für Erwachsene dermaßen unterschiedlich ausgedeutet und ausgestaltet wird, daß sich die Arbeit letztlich einer einigermaßen konsistenten Evaluation und Erfolgskontrolle entziehen muß. Damit bringt sich das Unternehmen Gesundheitsberatung aber um einen Teil seiner Stoßkraft.

\* Andererseits gibt es Stellen, die sich nicht "sklavisch" an den vorgegebenen Stellenplan ge-

halten, sondern nach der je spezifisch eigenen Konzeption Personal eingestellt haben, daß nicht in der Vorlage angesprochen worden ist, aber dennoch qua Kompetenz, Profession und Neigung für Gesundheitsberatung sicher geeignet sein kann. - Darüber hinaus gibt es Stellen, die sich nicht nur als "Feuerwehr", "Lückenbüßer" etc. in der Gesundheitsverwaltung mißbrauchen lassen, sondern es ihrerseits zuwege gebracht haben, sich gewissermaßen expansiv zur Erfüllung ihrer Konzeption Stellen bzw. Mitarbeiter zusätzlich zu schaffen oder anzugliedern.

#### 4. GEGENWÄRTIGER ENTWICKLUNGSSTAND UND LAUFENDE ARBEIT DER GBE

##### 4.1 Ausstattung der Stellen

Die GBE sind überwiegend in den Gesundheitsämtern der Bezirke selber oder aber in separaten Außenstellen untergebracht. Obwohl ersteres sicher naheliegend und praktisch ist, erscheint es gleichwohl nicht unproblematisch. Die geographische und atmosphärische Nähe zu anderen Dienststellen, die ausdrücklich mit Krankheit umgehen (zum Teil sogar mit recht bedrohlichen wie Seuchen, Geschwulsterkrankungen etc.) sowie der allgemeine Eindruck eines Verwaltungsbaues mit all den typischen Konsequenzen für die Wahrnehmung der Klienten, ist für eine Stelle wie GBE sicher nicht unbedingt günstig.

Für die GBE selbst ist die Unterbringung in einem Gesundheitsamt zweifellos auch ambivalent. Die Nähe zu anderen Stellen ermöglicht raschen gegenseitigen Umgang, zugleich aber bleibt die Gesundheitsberatung auf den allgemeinen Problemhorizont und Problembearbeitungsstil des Hauses (Gesundheitsamt) verpflichtet.

Die räumliche Ausstattung der Stellen ist höchst unterschiedlich und nur teilweise zufriedenstellend. Das betrifft das Vorhandensein von Gruppenräumen, Räumen für Einzelgespräche, die Einheit von Team und Räumlichkeiten, sowie Mobilär und Ausstattung der Arbeitsräume der Mitarbeiter. Gerade in den Zimmern der Leiter fällt öfters eine der behandelnden Medizin sehr nahe stehende Ausstattung (Liege, Medikamentenschrank etc.) auf.

Die Personalausstattung der Stellen hält sich im großen und ganzen an die Vorgaben in der Senats-

vorlage. Auf der Ebene der Leitung gibt es bzw. wird es einige Ausnahmen geben (Naturwissenschaftler, Pädagogen), zu einem geringen Teil werden Mitarbeiter mit anderen Berufsausbildungen zusätzlich herangezogen. Das Stammpersonal setzt sich aber wie in der Senatsvorlage skizziert zusammen.

#### 4.2 Identität der Stellen und Kooperationsbeziehungen

Wir haben den Eindruck gewonnen, daß eine klare Identität der STELLEN als GBE, jenseits der als Vertreter/innen der EINZELNEN BERUFSGRUPPEN (noch) nicht besteht.

Selbst in den am meisten entwickelten Stellen scheint uns allenfalls eine formelle Identität der Stelle über die Zusammenarbeit der Mitarbeiter als Vertreter verschiedener Berufsgruppen, die mit recht unterschiedlichen Beiträgen und Kompetenzen am selben Problem arbeiten, vorhanden zu sein. Interessanterweise haben aber (auch oder gerade) dort die Versuche zu einer unmittelbaren Zusammenarbeit (z.B. in der Weise, daß man gemeinsam eine Gruppe leitet) abgenommen und die Mitarbeiter ziehen sich wieder stärker arbeitsteilig auf ihre eigene Berufsrolle zurück.

In Zusammenhang damit sehen wir den Verzicht auf ein Konzept der ausdrücklich teambezogenen Weiterentwicklung der Stelle, ggf. unter Supervision oder Beratung.

Auf der eingeschlagenen Ebene aber versuchen die Mitarbeiter sich zwar individuell aber immerhin professionell weiterzubilden, um so einen in diesem eingeschränkten Sinne optimalen Beitrag zur Arbeit der Stelle zu leisten.

Es gibt aber auch Stellen, in denen trotz längerer Existenz und guten Willens aller Beteiligten weder eine Identität der Stelle noch einigermaßen klare Arbeitsvorstellungen der einzelnen Mitarbeiter für ihre jeweiligen Gebiete bestehen.

Ähnlich breit ist das Spektrum, wenn es um die Ausbildung von Kooperationsbeziehungen innerhalb des Gesundheitsamtes geht. In einzelnen Fällen geht die GBE aktiv auf andere Institutionen, Ämter, Betriebe etc. zu, sie gerät gelegentlich sogar in Konkurrenz mit anderen Stellen des Gesundheitsamtes. In anderen erscheint sie als "Opfer" jeweiliger externer Zugriffe seitens anderer Stellen des Hauses. Hier hat sich die Vermutung aufgedrängt, daß eine solche "Opferrolle" der Stelle vielleicht nicht ganz ungelegen kommt.

Wir hatten außerdem den Eindruck, daß gerade in Fällen von Engpässen innerhalb der Gesundheitsverwaltung nicht nur Mitarbeiter der GBE als Aushilfe eingesetzt werden konnten, sondern auch, daß gerade in solchen Situationen die Arbeit der GBE niedriger bzw. relativ unwichtiger eingestuft wird als andere klassische Aufgaben der Gesundheitsverwaltung. Dies gilt für alle Beteiligten, d.h. auch für die Mitarbeiter mancher GBE.

Was die interbezirkliche Kooperation der einzelnen GBE oder einzelner Mitarbeiter gleicher Fachrichtung angeht, so haben wir den Eindruck, daß diese bislang zu gering ist. Dabei scheint die uns nicht verständliche Haltung vorzuherrschen, sich "nicht in die Karten gucken lassen" zu wollen bzw. sich "nicht blamieren" zu wollen wegen der offenbar selbst vermuteten eigenen Rückständigkeit.



#### 4.3 Teamstruktur und Leitung

Insgesamt machen die Stellen nicht den Eindruck einer gut entwickelten und auch reflektierten Zusammenarbeit im Team.

Die Anfangsphase wird nicht genutzt, um dieses Problem ausdrücklich zum Thema und damit bearbeitbar zu machen. Vielmehr dient der in der Anfangszeit gehäufte vielgestaltige Arbeitsanfall eher als Alibi, sich dieser Aufgabe zu entziehen.

Aber auch bei den weiter entwickelten Stellen sieht es in dieser Hinsicht kaum anders aus - wenngleich zwischen den Stellen insgesamt doch große Unterschiede in Art und Ausmaß solcher "Betriebsblindheit" bestehen. Ähnlich wie viele sich selbstverständlich zutrauen, als Berater tätig zu werden einfach deshalb, weil sie sprechen können, herrscht bei vielen Mitarbeitern der Gesundheitsberatung die etwas "naive" Meinung vor, jede einigermaßen gutwillige Zusammenarbeit sei bereits eine geglückte und produktive Teamkooperation.

Diese Haltung einer gewissen Blindheit solchen Fragen der Kompetenzen gegenüber hat angesichts der personellen Realität der GBE ganz spezifische Konsequenzen. Wir vermuten mit guten Belegen, daß die berufliche Sozialisation insbesondere des medizinischen und paramedizinischen Personals in den Stellen dazu führt, daß sich die Rollenstruktur der ärztlichen Praxis wiederholt. Diese aber ist gerade ein untypischer Grenzfall für Teamarbeit.

Kooperation ist hier bekanntlich strikt hierarchisch organisiert, die Rollenaufgaben sind eindeutig festgelegt, es herrscht eher ein Befehlskettenprinzip - statt ringförmiger Kommunikation. Dadurch wird dem Leiter der Stelle unnötig viel Arbeit aufgebürdet, Verantwortung für Entscheidungen und

konzeptionelle Entwicklungsarbeit werden ihm im Übermaß zugewiesen, während die Mitarbeiter daran gehindert werden, ihre eigenen fachlichen Kompetenzen von sich aus kreativ in die Arbeit der Stelle einzubringen und ein Stück weit autonom zu entfalten.

Diese Tendenz ist sicher eine Extremvariante und empirisch nur in Einzelfällen repräsentiert. Sie ist aber strukturell im Spektrum der Möglichkeiten angelegt und wird es bleiben, wenn nicht Teamkooperation und Leitungsstil ausdrücklich zum Thema gemacht und bearbeitet werden.

Problematisch erscheint uns - auch gerade unter dem Team- und Kooperationsgesichtspunkt - daß viele Mitarbeiter nicht ganztätig sondern nur 20 oder 24 Stunden pro Woche beschäftigt sind. Das erschwert zum einen die notwendige terminliche Koordination, schafft sodann dauernde Alibis und Möglichkeiten, Konflikten aus dem Weg zu gehen und reduziert im Falle von Doppelbeschäftigungen verständlicherweise das Ausmaß der Identifikation und des Sicheinlassens auf speziell diese Tätigkeit, diese Stelle und dieses Team.

#### 4.4 Qualifikation, Kompetenzen und Weiterbildung

Aufgrund der inkonsistenten oder überhaupt fehlenden Vorstellungen von "Gesundheitsberatung" ist klar, daß sich von vornherein nicht sagen läßt, was ein qualifizierter und kompetenter Gesundheitsberater eigentlich sei.

Bislang hat sich auch noch kein Berufsbild des Gesundheitsberaters herausgebildet, wie es in anderen Bereichen der Gesellschaft, in denen es um Beratung geht, schon existiert.

In dieser Situation befinden sich Berufsgruppen

wie KRANKENGYMNASISTIN und DIATASSISTENTIN, die ein einigermaßen deutliches Tätigkeitsprofil und eine geregelte berufliche Ausbildung aufweisen können, noch in der günstigsten Lage. Auch wenn noch nicht ganz klar ist, was Gesundheitsberatung sei, so erscheint ihr Beitrag zu diesem noch unkonturierten Ganzen doch recht klar und profiliert.

Demgegenüber ist das MEDIZINISCHE HILFSPERSONAL wie KRANKENSCHWESTER und ARZTHELFERIN - für das es ebenfalls eine geregelte und definierte Ausbildung sowie ein Tätigkeitsprofil gibt - mit seinen beruflichen Kompetenzen in der Gesundheitsberatung im Grunde genommen fehl am Platze. Diese Berufsgruppen werden durch die neuen und veränderten Anforderungen in eine berufliche Identitätskrise gestürzt, aus der grundsätzlich drei Wege herausführen:

a) Sie ziehen sich auf extra-fachliche Elemente ihrer alten Berufsrolle zurück (vgl. oben, 4.3., Rollenstruktur der ärztlichen Praxis).

Ihr Beitrag zur GBE ist dann eher ein "stilistischer" als ein sachlich-fachlicher.

b) Sie aktualisieren oder nutzen relativ unspezifische Qualifikationen aus ihrer alten Tätigkeit, die aber wegen ihrer Unspezifität weder für sie selbst noch in den Augen anderer Mitarbeiter von hohem Nutzen oder Status sind und damit wenig Gratifikationen bringen. Die Krise der beruflichen Identität wird damit allerdings nur scheinbar gelöst. (Solche Mitarbeiter dürften im übrigen die bevorzugten "Sündenböcke" der Stellen abgeben.)

c) Sie geraten in einen Zustand produktiver Verunsicherung und halten Ausschau nach einer von ihnen noch nicht näher präzisierbaren Weiterbildung für die neue Tätigkeit in der GBE.

Die beiden ersten Wege sind Lösungen, die für die Gesundheitsberatung nur sehr begrenzt von Nutzen wenn nicht gar eher hinderlich sein werden. Der dritte scheint bei geeigneten Angeboten die fruchtbarste und günstigste Lösung zu sein. Solche Angebote sind aber trotz bereits registrierbarer Nachfrage bislang nicht in Sicht. Sie müßten unseres Erachtens sowohl fachliche wie psychosoziale Komponente enthalten. Schließlich stellt sich die geschilderte Verunsicherung bzw. Krise den Betroffenen auch subjektiv als solche dar, in der sie dann nicht zufällig insbesondere nach "psychologischer" Weiterbildung verlangen. Den ARZTEN wird durch ihre Tätigkeit in der Gesundheitsberatung ein weitgehend untypisches berufliches Rollenhandeln abverlangt. Während sie üblicherweise in der Rolle des stellvertretenden Problembewältigers und erfolgreichen Behandlers (kurativer Auftrag) gefordert sind, ist all dies hier nicht gefragt. Vielmehr sind eher verstehend-kommunikative Teile der ärztlichen Rolle gefordert, Rollenbereiche, die zwar dem traditionellen Hausarzt nach wie vor zugeschrieben werden, die aber zunehmend in Ausbildung und beruflicher Tätigkeit der Ärzte in den Hintergrund treten. Daraus folgt unseres Erachtens, daß für eine Tätigkeit in der GBE keineswegs alle Ärzte geeignet sind, sondern nur diejenigen, bei denen die Identifikation mit den zuletztgenannten Rollenanteilen im Vordergrund steht, also Ärzte, die sich eher kommunikativ bzw. psychotherapeutisch (im Sinne einer "sprechenden" und "zuhörenden Medizin") verstehen denn als aktive Behandler.

Diese Überlegungen legen nahe, auch den Ärzten, die in der GBE tätig werden oder tätig sind, Weiterbildungsangebote zu machen, etwa in Form von Balint-Gruppen oder von im weitesten Sinne "psychotherapeutischen" Zusatzausbildungen.

Für die schon genannten Berufe "Krankengymnastin" und "Diätassistentin" gilt das in modifizierter Form ebenfalls. So könnten die zweifellos wichtigen Elemente einer medizinisch-technisch-athletischen Orientierung bereichert werden um mehr auf Gesundheit im umfassenden Sinne d.h. auf ästhetisch-sinnliche Dimensionen wie auf interaktive Dimensionen von Körperlichkeit. Gewisse Tendenzen in dieser Richtung sind bereits in Form der Einbeziehung solcher Dimensionen in die Tätigkeit der Krankengymnastinnen sichtbar geworden.

Wir haben oben (Abschnitt 2) bereits darauf hingewiesen, daß zwar in der Senatsvorlage zur Einrichtung von GBE die Beratungskonzeption einen im einzelnen unklaren Kompromiß zwischen einer pädagogisch-psychologischen und einer medizinischen Konzeption beinhaltet, daß aber die personelle Ausstattung der einzurichtenden Stellen medizinische Professionen präferiert und damit den angesprochenen Kompromiß nur nach einer Richtung hin wirksam erscheinen läßt. So sind denn auch vereinzelt in der Gesundheitsberatung tätige Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter und andere eher zufällige Repräsentanten dieser ersten Konzeption, als daß sie systematisch deren Einbeziehung sicherstellen könnten.

In dieser Situation sind grundsätzlich zwei alternative Handlungsweisen möglich:

- entweder wird gezielt pädagogisches oder psychologisches Personal eingestellt.
- oder das vorhandene medizinische oder paramedizinische Personal wird pädagogisch-psychologisch weitergebildet.

Angesichts der Senatsvorlage und bekannter Trägheitsmomente, die der Umdefinition von Stellen entgegenstehen, scheint augenblicklich der zweite Weg der wesentlich realistischere zu sein.

Damit entstünde eine Nachfrage nach spezifischen Weiterbildungsangeboten in (z.B.) Gruppentechniken, Gesprächsführung, persönlicher Selbsterfahrung, beruflicher prozeßbezogener Supervision, Team-Supervision, Kommunikationstraining, Theorien und Methoden sozialen Lernens, Bildungs- und Erziehungsmethoden, sowie sozialwissenschaftlichen Basiskenntnissen (Herkunft, Lebensweise, Arbeitssituation der Klienten und deren typische Problemkonstellationen) u.a.m.

Diese Themen könnten den psychologisch-pädagogisch-sozialwissenschaftlichen Teil eines noch zu entwickelten CURRICULUMS "GESUNDHEITSBERATER" bilden, das ggf. in Form eines "Baukastens" von Sozialwissenschaftlern und Psychologen in Zusammenarbeit mit Medizinern, Juristen und anderen erstellt werden könnte.

#### 4.5 In der Gesundheitsberatung wirksame Konzeptionen und konkrete Angebote

Die Beratungsstellen bieten ein breites Angebot von Leistungen an. Ohne bereits eine Quantifizierung oder Gewichtung einzelner Tätigkeitsfelder vornehmen zu wollen, seien im folgenden diese Bereiche kurz genannt:

##### \* INFORMATIONSTÄTIGKEIT

- Vorträge
- Öffentlichkeitsarbeit (Filme, Presse, Rundfunk)

##### \* PRAVENTIVMEDIZINISCHE MAßNAHMEN

- Blutdruckmessung
- Gewichtskontrolle

##### \* PSYCHOLOGISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE BERATUNG zum Teil psychosomatisch, d.h. auf lebensgeschichtliche Konflikthintergründe körperlicher Krankheiten hin ausgerichtet

- konzentrativ-übende Verfahren (in erster Linie Autogenes Training)
- Gedächtnis- bzw. Konzentrationstraining (für Senioren)

##### \* ERNÄHRUNGS- UND DIÄTETISCHE BERATUNG

- Übergewichtigenprogramme (Gruppen für Adipöse)
- Kochkurse für spez. Problemgruppen

##### \* RAUCHERENTWÖHNUNGSPROGRAMME

##### \* GYMNASTIK - BEWEGUNG - KÖRPERSELBSTERFAHRUNG

- Atem und Bewegungsübungen
- Bewegungstraining für bestimmte Gruppen, im Wasser, in der Halle etc., auch zur

## Unterstützung von Gewichtsabnahme

### \* NACHSORGENDE MAßNAHMEN

- Betreuung von Koronar- und Postinfarkt-Patienten
- Mitarbeit an Maßnahmen der nachgehenden Krankenfürsorge

### \* SOZIALFORSORGERISCH-PFLEGERISCHE TÄTIGKEITEN

- Hausbesuche
- Heimbesuche

Diese breite Palette ist in der von uns vorgefundenen Praxis indes unterschiedlich repräsentiert. Das gilt für die schon länger arbeitenden Stellen ebenso wie für jene, die ihre Arbeit erst neuerdings aufgenommen haben. Wir hatten allerdings den Eindruck, daß die Stellen sich überwiegend sowohl ihrem eigenen Selbstverständnis nach wie auch in ihrer Außendarstellung und im Verständnis der um sie herumgruppierten Öffentlichkeiten (andere Dienststellen des Gesundheitsamtes, einzelne Klienten u.a.) über drei Hauptaktivitäten repräsentieren:

- Bereich ERNÄHRUNG, DIÄTETIK, GEWICHTSABNAHME
- Bereich BEWEGUNG, GYMNASTIK, KÖRPERLICHE ÜBUNGEN UND SELBSTERFAHRUNG sowie
- Bereich pädagogisch-beraterischer und übender KOMMUNIKATION, in dem in unterschiedlicher Weise Probleme "angesprochen" werden.

Schließlich ist zweifellos auch noch der Bereich von in engerem Sinne MEDIZINISCHEN - präventiven oder nachsorgenden Maßnahmen vertreten.

Die genannten Tätigkeiten stellen wohl eine weitgehende Realisierung des Konzeptes von Gesundheitsberatung dar, wie es im Beschluß des Abgeordneten-



hauses umrissen worden ist.

Eine eventuelle Begleitforschung könnte sich nun darauf beschränken, die Realisierung und Konkretisierung der Beschlußvorlage in den genannten Bereichen jeweils in den Bezirken zu überprüfen und die Resultate gegebenenfalls mittels quantitativer Aussagen zu bewerten. Es erscheint uns aber sinnvoller - auch aus der Sicht der bereits erfolgten Realisierungen und feststellbaren Trends heraus - zu überlegen, welche Schwerpunktbildung aus einem Gesamtbereich möglicher Gesundheitsberatungstätigkeiten heraus hier erfolgt.

In diesem Sinne lassen sich zu den einzelnen Schwerpunktbereichen folgende Hypothesen formulieren:

1. Die Gesundheitsberatung stellt ORALE ASPEKTE der Persönlichkeit und der Körperlichkeit in den Vordergrund und verstärkt damit unbeabsichtigt einen verbreiteten sozio-kulturellen Trend. Probleme wie Adipositas, EBSucht, Übergewichtigkeit und jede Art von Fehlernährung sind zumindest auch Ausdruck psycho-sozialer Mißbefindlichkeiten (also etwa eines gestörten Verhältnisses von Aufnehmen/Einnahme und Abgeben/Ausscheiden). Die Definition des Problems durch die Lösungsvorschläge, wie sie von der Gesundheitsberatung angeboten werden (Ernährungsberatung, Kochkurse, Diätetik), ist selbst noch Teil des Problems und nicht seiner Lösung. Damit geht die Gesundheitsberatung - nur scheinbar paradox - eine "unheilvolle Koalition" mit einem sozio-kulturell vorgeprägten Problem-"lösungs"muster ein. Für bestimmte Konflikt- und Problemsituationen werden typischerweise orale Stützungsangebote gemacht, beispielsweise durch Alkoholika ("darauf einen Dujardin, "ich trinke

Jägermeister, weil...") im Sinne eines allgemeinen Konflikttrinkens oder Nikotin ("wer wird denn gleich in die Luft gehen ...", "mit der Zigarette geht alles wie von selbst") oder auch durch Süßigkeiten, Leckereien und last but not least die scheinbar unverzichtbaren Medikamente. Die orale Zufuhr der genannten Mittel und anderer "Stoffe" aber auch der Medien (TV) dient darüberhinaus allgemein als "Füllung" gegen Gefühle der Langeweile, Leere, Monotonie, Einsamkeit, Sinnlosigkeit usw.

In einem weiteren Sinne stellt das Gesundheitssystem als "Versorgungssystem" selbst ein soziales Subsystem der oralen Zuwendung dar, mit allen bekannten Folgen für die Patienten bzw. Klienten (Abhängigkeit, Infantilisierung, Passivmachen etc.). Es ist natürlich nicht verwunderlich, daß die Erwartungen auch auf die Gesundheitsberatung, die ja Teil des Gesundheitssystems ist, übertragen werden, dies teilweise in einem Ausmaß, daß Mitarbeiter der Gesundheitsberatung bisweilen den Eindruck bekommen, von den oral gierigen Klienten regelrecht "ausgesaugt" zu werden.

Nun ist es sicherlich sinnvoll, daß die Angebote der Gesundheitsberatung solche Motive der Interessenten zunächst aufgreifen. Zugleich aber ist es notwendig, darüber hinaus zu kommen, wenn Gesundheitsberatung einen wirklichen Erfolg haben soll. Eine solche Richtung der "Umkalibrierung" der Probleme ist uns bei den "oralen" Beratungsangeboten nicht deutlich geworden.

Das hier angesprochene Problem hat übrigens eine Parallele in einem in der Gesundheitsforschung vorherrschenden Trend. Nicht zufällig werden in den (vielfach geförderten) Programmen zur Erkennung von Risikofaktoren und gesundheitlichem Fehl-

verhalten die Schwerpunkte wiederum auf Probleme der Ernährung gelenkt (Beispiel: Anfälligkeit von Übergewichtigen bei gleichzeitiger Bewegungsarmut für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die an der Spitze der Todesursachen stehen), so daß die diesem Fehlverhalten selbst noch zugrundeliegenden Verhaltensmuster und Konflikte nicht erkannt und bearbeitet werden können.

2. Die Gesundheitsberatung legt ein Schwergewicht andererseits auf BEWEGUNG UND MOTORIK. Wir sehen hier ein breites Spektrum von Angeboten, das von eher sportlich-gymnastisch orientierten bis hin zu solchen reicht, in denen eine mehr sinnlich-selbsterfahrungsbezogene und interaktionelle auch spielerische Beschäftigung mit dem eigenen Körper im Mittelpunkt steht.

Hier sind zwei sicherlich wichtige Dimensionen der Körperlichkeit angesprochen, die eines Trägers und Instruments von Leistungsfähigkeit und Aktivität, ebenso wie die eines "Ortes" von Sinnlichkeit und lustvollen Empfindungen (Sexualität). Wir haben den Eindruck, daß die erstere eher unproblematisch ist und in den Angeboten der GB gut vertreten ist, daß aber trotz mancher Ansätze hinsichtlich des zweiten Bereichs die kulturellen Tabus nach wie vor sehr wirksam und hemmend und dadurch die Mitarbeiter leicht überfordert sind. Im Zusammenhang mit der Annahme, daß Krankheiten und auch schon gesundheitliches Risiko- oder Fehlverhalten oft eine Wendung ungelöster psychosozialer Probleme und Konflikte gegen den eigenen Körper darstellen und diese Konflikte oft mit Partnerschafts- und Sexualproblemen in Verbindung stehen, halten wir dennoch eine umfänglichere Beschäftigung gerade mit diesem zuletzt angesprochenen Bereich von Körperlichkeit für unverzichtbar. Sonst

muß auch hier eine "unheilvolle Koalition" im Sinne einer Vereinseitigung der körperlichen Motorik und Bewegung auf den Bereich der Ausdauer und Leistungsfähigkeit konstatiert werden.

Wir halten aber aus den genannten Gründen gerade hier für die Mitarbeiter eine Supervision der Arbeit für unverzichtbar. Nur so können die immer vorhandenen eigenen Unsicherheiten, Ängste und verinnerlichte Tabus soweit bearbeitet werden, daß sie sich nicht in der Arbeit niederschlagen.

3. Auch im KOMMUNIKATIVEN BEREICH der Beratungsarbeit sehen wir gewisse, nicht unmittelbar einleuchtende Präferenzen und einseitige Entwicklungen.

Bei den in Kursform angebotenen Aktivitäten fällt auf, daß die in der Regel sicherlich gut durchstrukturierten, primär informationsvermittelnden Programme oft eher "durchgezogen" werden. Dies muß dann über die Köpfe der Teilnehmer in dem Sinne hinweggehen, daß ihre sprachliche Kompetenz, ihre Aufmerksamkeit und evtl. auch ihre Abstraktionsfähigkeit und gezielte Interessiertheit überfordert werden.

Zwischendurch oder nebenbei werden gleichwohl brisante Motive der Teilnehmer aus- und angesprochen. Sie werden aber in aller Regel nicht im Laufe des Kurses selbst bearbeitet, sondern "zunächst" beiseitegeschoben. Es ist zu befürchten, daß diese Motive und Interessen mangels anderer Auffangangebote, in denen sie eingehender bearbeitet werden können, durch das Gitter des Angebotes der GBE hindurchfallen. Allerdings soll vermerkt werden, daß es vereinzelt durchaus gezielte Angebote psychosozialer oder psychosomatischer Konfliktbera-

tung gibt, nur sind diese nicht mit dem Kurssystem und den dort auftretenden Interessen an solchen Fragen zureichend verklammert.

In den kommunikativen Aufgabenbereich gehört auch die angestrebte Arbeit mit Multiplikatoren (Betrieben, Ämtern u. a. Institutionen außerhalb des Gesundheitssystems). Sie wird in unterschiedlichem aber zum Teil doch recht eindrucksvollen Ausmaß wahrgenommen. Allerdings scheint das Verfahren der Instruktion der Multiplikatoren selbst oft allzusehr auf die reine Informationsweitergabe beschränkt in der Hoffnung, dies würde bereits genügen, um die Multiplikatoren zu anderen Verhaltensweisen in gesundheitlicher Hinsicht zu stimulieren. Dagegen sind wir der Auffassung, daß eine multiplikatoren- und institutionsbezogene Gesundheitsberatung auch diese Probleme in ihrem methodischen Ansatz berücksichtigen muß. Nur dann kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, daß ein Transfer der zweifellos wichtigen Informationen auch Erfolg hat.

Gleiches gilt für die vereinzelt gesundheitserzieherischen Maßnahmen, sofern sie nicht weitgehend wegen auftretender Konkurrenzen mit dem Jugendgesundheitsdienst oder anderen Abteilungen eingestellt oder gar nicht erst begonnen worden sind.

In diesem Zusammenhang erscheint auffällig, daß in allen GBE als "kommunikatives Verfahren" in erster Linie das Autogene Training (AT) angeboten wird. AT ist immerhin nach einschlägigen Kriterien als ein übendes, direktives und eher Probleme zu- denn aufdeckendes Verfahren bekannt. Zwar spielt es zweifellos bei der rein "faktischen" Bewältigung von Problemen und im Bereich sog. "Psychohygiene" (also der Prävention von psychi-

schen Erkrankungen und Störungen) eine nicht unbedeutende Rolle. Dennoch ist AT mit Sicherheit kein Verfahren, mit dem konflikthafte Hintergründe von gesundheitlichem Risiko- und Fehlverhalten kommunikativ und intersubjektiv angesprochen und bearbeitet werden könnten. Das legt die Hypothese nahe, daß hier ein für alle Beteiligten recht angenehmes und wenig belastendes Verfahren praktiziert wird. Beim AT wird während der Übungen bekanntlich geschwiegen.

Das Schweigen zu möglicherweise brisanten Fragen ist im übrigen auch anderweitig in der GBE gleichsam durch Nicht-Thematisierung institutionalisiert. Es gibt - wie oben bereits angedeutet - keine Teambesprechungen oder Supervisionssitzungen des Teams, die ausdrücklich und speziell der Bearbeitung der "innerbetrieblichen" und interpersonellen Reibungen und Konflikte gewidmet sind.

Solche Reibungen und Konflikte finden sich bekanntlich überall, wo auf engem Raum an brisanten Fragen gemeinsam gearbeitet wird. Gerade im Bereich von in weitestem Sinne psychosozialer Beratung aber erscheint ihre möglichst offene und eingehende Erörterung unverzichtbar. Die Erfahrung lehrt nämlich, daß anderenfalls die im Team nicht besprochenen Konflikte unmittelbar auf die Arbeit mit Patienten und Klienten verschoben und dort "behandelt" werden.

#### 4.6 ZIELE DER GESUNDHEITSBERATUNG UND ERFOLGSNACHWEIS

Allgemein formuliert ist das Ziel der Gesundheitsberatung die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung vermittelt einer Reduktion bzw. Vermeidung gesundheitlichen Fehl- und Risikoverhaltens.

Damit ist einmal die Frage aufgeworfen, wer denn die optimalen Adressaten bzw. Zielgruppen dieser Beratung sein sollen. Der Gedanke der Prävention legt nahe, möglichst lebensgeschichtlich früh anzusetzen und mit einer Gesundheitsberatung für Erwachsene unmittelbar im Anschluß an eine auf Kinder und Jugendliche gerichtete Gesundheits-erziehung zu beginnen. Andererseits entsteht eine Einsicht in die Notwendigkeit, sich der eigenen Gesundheit bewußt zuzuwenden sicher erst dann, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten d.h. mit höherem oder fortschreitendem Lebensalter.

Dieses Altersproblem spiegelt sich in der GBE darin wider, daß auf der einen Seite der Gedanke der Prävention stark betont wird, auf der anderen Seite aber nach unseren Eindrücken ältere Erwachsene und Senioren einen relativ großen Anteil der Patienten und Klienten ausmachen.

Sehr auffällig ist die Tatsache, daß Frauen weit- aus überrepräsentiert in der Gesundheitsberatung erscheinen. Hier dürften sich noch näher zu erforschende geschlechtsspezifische Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper und Fragen wie Gesundheit und Krankheit niederschlagen.

Wir sehen in beiden Punkten Vereinseitigungen, die nicht zwingend erscheinen und fragen, ob es nicht andere oder spezifischere Angebote geben könnte, die diesen Tendenzen entgegenwirken.

Genauere Befunde und Vorschläge lassen sich jedoch erst dann formulieren, wenn auch unter Heranziehung quantitativer Instrumente der empirischen Sozialforschung präzisere Daten hierüber zur Verfügung stehen.

Gleiches gilt auch für die bezirksspezifischen Besonderheiten hinsichtlich der Klientenstruktur der GBE.

Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Frage des Erfolgsnachweises der GBE, insbesondere hinsichtlich seiner empirischen Operationalisierung. Dies sicher auch, weil die GBE als eine neue Institution unter einem gewissen Erfolgsdruck stehen und nicht unbeträchtlichen Aufwendungen und Kosten für sie gegenüber anderen möglichen Einrichtungen oder Maßnahmen der gesundheitlichen Sicherung rechtfertigen müssen.

Insbesondere aber deswegen, weil das positiv zu formulierende Ziel der GBE sich außerordentlich schwer überprüfen und forschungstechnisch operationalisieren läßt.

In unserer Kultur wird Gesundheit bekanntlich generell als "unauffällige Normalität" des Sozialverhaltens verstanden und umschließt damit auch das sogenannte gesundheitliche Risiko- und Fehlverhalten. Auffällig, registriert und damit in einem ersten Zugriff vergleichsweise leichter zu erforschen ist die Krankheit bzw. der Prozeß des Erkrankens, das Abweichen von der Norm.

Unter diesen Umständen erscheint es wenig sinnvoll, ein umfängliches Gesundheitsmodell positiv zu formulieren und dies operationalisieren zu wollen. Das würde letztlich redundante aufwendige multi/faktorielle Analysen erfordern. Stattdessen erscheint es einleuchtender, entweder bestimmte externe Kriterien für Gesundheit (z.B. Zahl der



Krankenhausaufenthaltstage pro Jahr, Medikamentenverbrauch, Unfallhäufigkeit etc.) zu bestimmen und darauf bezogen Vergleichsuntersuchungen anzustellen, oder - was sozusagen immanent schlüssiger und befriedigender ist - eingegrenzte und spezifizierte interne Indices zu bilden. Diese würden nur einen Teil dessen umfassen, was Gesundheit positiv meint, ließen sich aber besser empirisch operationalisieren und vor allem in eine sinnlogische Beziehung zu den Angeboten der Gesundheitsberatungsdienste wie zu den artikulierten Wünschen der Klienten setzen. Zugleich müßte an diese Angebote die Aufforderung einer spezifizierenden Selbstbeschränkung herangetragen werden, um überhaupt identifizierbare Erfolgsnachweise führen zu können und nicht alles und jedes zu machen, was sich dann einer konkreten Erfolgskontrolle naturgemäß entzieht. Eine solche Ausweitung bzw. Diffusion der Angebote ist aber zu beobachten. Bleibt es dabei, würde es naheliegen, "Erfolg" notgedrungen sehr oberflächlich quantifizierend - wie z.B. beschränkt auf die Anzahl der Klienten in den Kursen, die abgenommenen Pfunde, die durchgeführten Haus- oder Heimbesuche, die Anzahl von Druckseiten in Veröffentlichungen etc. - zu belegen. Eine solche Art der Erfolgskontrolle halten wir für unbefriedigend, tendenziell nichtsagend.

4. Zusammenfassung der Auswertung ausgewählter Beratungsinteraktionen

## ZUSAMMENFASSUNG DER AUSWERTUNG AUSGEWÄHLTER BERATUNGSINTERAKTIONEN

Die folgende Darstellung gliedert sich nach den inhaltlichen Bereichen, nach denen die Aktivitäten der GBE ausdifferenziert worden sind: Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Erkrankung, Mißbrauch und allgemeine Gesundheitsfragen. Der Bereich Koordination und Multiplikatorenarbeit ist im Bericht gesondert dargestellt (Kap. 6), der Bereich "Besondere Angebote für ältere Menschen" wird nicht gesondert behandelt, weil Ältere in breitem Umfang an allen Angeboten der GBE teilnehmen (vgl. dazu oben im Bericht Kap. 4.3). In sich ist die Darstellung der Beratungsinteraktionen gegliedert nach 1. Inhalt, Prozeß, Konflikt; 2. Beratungsstruktur; 3. Motive der Teilnehmer; 4. Motivierungsmodell der GBE; 5. Kursprogramm; sowie 6. GBE-Struktur.

### 1. Ernährung

#### Einzelberatung Abnahme

1. Wesentlicher Inhalt der Aktivität ist die Information über richtige, d.h. ernährungswissenschaftlich fundierte Ernährung. Eine Diätassistentin informiert fachlich fundiert über Einzelheiten der Ernährung wie Zusammensetzung von Nahrungsmitteln, Kaloriengehalt, Energiezufuhr und -verbrauch. Die Ernährung wird allerdings nicht in den Kontext des Tageslaufs und der sozialen Situationen, in der sie erfolgt, gestellt. Der psychosoziale Kontext von Essen bzw. Ernährung bleibt ausgeblendet. Die Art und Weise, wie die Nahrungsaufnahme, also der soziale (!) Akt des Essens organisiert ist, (beispielsweise, daß Essen in einem Rentnerhaushalt hilft, den Tageslauf zu strukturieren und eine spezifische Kommunikationssituation ist) bleibt außer Betracht. Diese fehlende Kontextuierung läßt die möglichen Widerstände undiskutiert, die in der Alltagswelt Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten entgegenstehen (beispielsweise einen "meuternden" Ehemann) und veranlaßt zur Skepsis hinsichtlich des Erfolgs der Beratung. Im Einzel-

---

\* Die Auswahl ist exemplarisch, nicht repräsentativ. Andere Fälle (= Aktivitäten) sind möglicherweise "gelungener" oder auch "schlechter". Das es hier aber nicht um identifizierte, sondern um typische Angebote geht, sind allererst die Probleme von Interesse, die sich im Einzelfall stellen. Mit ihnen hat jedes Angebot dieses Typs umzugehen und damit die GBE. Genau dies herauszuarbeiten, ist der primäre Zweck der Interpretation. Erst in zweiter Linie von Interesse ist es dann, welche Lösung dieser Probleme mehr oder weniger geübt erscheint.

fall kann natürlich eine Beschränkung auf ernährungswissenschaftliche Informationen ausreichen, Klarheit darüber ist aber nur zu gewinnen, wenn zumindest exemplarisch der Kontext exploriert und mitbehandelt wird.

2. Die Beratung hat die Struktur einer pädagogischen Unterweisung zur Vermittlung von ernährungsbezogenem Fachwissen. Dieses Fachwissen wird aber nicht oder zumindest nicht zureichend in das Alltagswissen der Klientin übersetzt. Die Beraterin verhält sich ähnlich wie ein Arzt, der einen Patienten in Fachterminologie über seine Erkrankung aufklärt, eine Art der Information, mit der der Patient in der Regel wenig anfangen kann. Natürlich gibt es in der GBE mehr Möglichkeiten der Nachfrage, der Zeitdruck ist geringer, die Bereitschaft, auf die Klienten einzugehen, höher. Gleichwohl ist eine solche Form der Beratung als fachliche Belehrung problematisch, weil sie die lebensweltliche Perspektive des Klienten und sein Verständnis der Sache ungenügend einbezieht. Wenn die gesundheitliche Verfassung des Klienten von ihm selbst verbessert werden soll, dann muß seine koordinierende Perspektive seines Tuns in der Art der Vermittlung der Beratungsinhalte enthalten sein, damit er später von dieser aus Veränderungen in eigener Regie realisieren kann. Dieses Problem ist anscheinend von der GBE selbst schon gesehen worden. So gab es zeitweise den Versuch, durch eine Zusammenarbeit von Diätassistentin und Psychologin eine andere Beratungsstruktur zu realisieren, in der der psychosoziale Kontext mit einbezogen werden sollte. Diese Integration ist aber nicht geglückt, die Zusammenarbeit wurde nach einiger Zeit aufgegeben. Einen Ansatzpunkt, auf die eigene Perspektive des Klienten einzugehen, bietet die Ernährungsanamnese, die zu Beginn der Beratung durchgeführt wird. Hier besteht grundsätzlich die Möglichkeit, gleichermaßen die Nahrungsmittel, wie die lebenspraktische Organisation des Essens zu explorieren. Hieran könnte sich eine kontextuierte Ernährungsberatung ohne weiteres anschließen.

3. Die Motive der Teilnehmer zum Aufsuchen einer Einzelberatung Abnahme oder Ernährung allgemein sind in der Regel Übergewicht oder andere gesundheitliche Schwierigkeiten und Probleme, die mit der Ernährung zusammenhängen.

4. Die Klienten werden objektiv nach folgendem Modell motiviert: Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich und sollte des-

halb möglichst genau wissen, was er isst. Dieses Wissen erstreckt sich zweckmäßigerweise auch auf die stofflichen Bestandteile und Eigenschaften der Nahrung (Zusammensetzung, Energie etc.). Wer dies nicht weiß und/oder sich an dieses Wissen nicht hält, ist für eventuelle Folgen selbst verantwortlich (schuld). Diese moralisierende Motivierung ist getragen von einem Lernkonzept durch Erzeugung kognitiver Dissonanzen zwischen der bisherigen und der empfohlenen (= ernährungswissenschaftlich richtigen) Ernährungspraxis. Eventuelle Motivierungsprobleme werden in der Beratung nicht thematisiert.

5. Der Einzelberatung Abnahme liegt kein allgemeines Programm zugrunde. Ihre Grundlage ist die professionelle Fachkenntnis der Diätassistentin, die sie in die Beratung einbringt und zur Abklärung der Ernährungssituation und deren Veränderung beim einzelnen Klienten einsetzt.

6. Die Struktur von GBE der Einzelberatung Abnahme ist die einer fachwissenschaftlich fundierten Vermittlung von Information zur Ernährung-Unterrichtung, Gesundheitserziehung.

#### Abnahmegruppe

1. Das Ziel der Gruppe und ihr zentraler Inhalt ist die Abnahme, die Gewichtsreduktion. Darauf ist das Kursprogramm und die gesamte inhaltliche und strukturelle Konzeption zugeschnitten. Der inhaltliche Konflikt ist Versuchung/Verführung versus Kontrolle. Die mangelnde oder nicht hinreichend flexible Selbstkontrolle (z.T. schon seit früher Kindheit gebahnt) hat zum Übergewicht geführt. Die Gruppe hilft, die Kontrolle wiederzugewinnen. Dieser Gesichtspunkt steht im Vordergrund der Arbeit. Jede Sitzung beginnt mit einer Gewichtskontrolle anhand eines Gruppendiagramms, auf dem die Teilnehmer ihr Gewicht und dessen Veränderung eintragen. Es entsteht eine Kurve, die über die Entwicklung des Gewichts aller Teilnehmer Auskunft gibt. So können sich die Teilnehmer wechselseitig kontrollieren (und unterstützen) wozu sie alleine nicht hinreichend imstande sind. Die Gruppe wirkt so als Hilfs-Ober-Ich, die äußere Kontrolle ergänzt die innere. Die Dynamik des Konflikts Versuchung versus Selbstbeherrschung auf oraler Ebene wird besonders dann deutlich, wenn die Leiterin abwesend ist. In der Gruppe entwickelt sich rasch das Klima einer verbalen Ersatzbefriedigung wie in anderen Abhängigengruppen: es wird dauernd von der "Droge" geredet (hier, Domino-Steine, Napfkuchen, Schokoladentorte, Currywurst, Döner etc.).

Im Laufe der Gruppenentwicklung soll nicht nur objektiv das Gewicht reduziert werden, die Teilnehmerinnen sollen auch nach und nach die Funktion der Gruppe bzw. der Leiterin inkorporieren. Zunächst soll die Gruppe ohne Leiterin weitergehen, soll sich lediglich zur Gewichtskontrolle und zu anderen gemeinsamen Aktivitäten treffen.

Ziel ist die Selbständigkeit der Teilnehmer ohne Gruppe und Leiter mit einem veränderten Ernährungsgehalt, stabilisiert durch eine bessere innere Kontrolle, die der oralen Fixierung und Versuchung gegenübersteuert. Die oft berichtete "Kollusion" zwischen Teilnehmern und Ehepartnern und anderen Familienangehörigen (vgl. Willi 1975) in Zusammenhang mit der falschen Ernährung der Übergewichtigen weist darauf hin, wie schwierig es oft im Einzelfall ist, die Ernährung zu verändern. Ernährung ist ja nicht nur Nahrungsaufnahme, Essen und Trinken sind soziale Handlungen, Akte der Gemeinschaftlichkeit und Kommunikation. Sie basieren auf traditionell und kollektiv (Familie) eingelebten Formen des Alltagslebens, speziell der Ernährung, die nun geändert werden sollen/müssen. Innere und äußere Widerstände gegen eine solche Veränderung sind groß, oft werden den Teilnehmern an der Gruppe in der Familie massive Hindernisse in den Weg gelegt ("die Familie meutert", Ehemänner provozieren mit Süßigkeiten und schweren Speisen etc.). Wenn diese Problematik, d.h. der Kern dessen, was oben als Kontextuierung bezeichnet worden ist, in der Gruppe nicht thematisiert wird, wirkt es unangesprochen fort und arbeitet dem Kurserfolg entgegen. De facto unterscheiden sich die Abnahmekurse deutlich nach der Art und dem Ausmaß, in der bzw. dem dieser Kontext mit einbezogen oder ignoriert wird. Die inhaltliche Dynamik des Übergewichts ist groß. Affektiv hochbesetzte Themen (Gier, Neid, Zukunftsangst, Aggressivität ("fressen"), Probleme mit der Weiblichkeit und dem weiblichen Körper und Sexualität) werden, vor allem in Abwesenheit der Leiterin, angesprochen (bei solchen Sitzungen ist die "Kontrolle" schwächer und die Beschäftigung (verbal) mit der "Versuchung" entsprechend stärker) Das Übergewicht schafft Abstand, Schutz, es hüllt diese brisanten Themen symbolisch ein.

Das Vorgehen des Kurses zielt substanziell darauf ab, den Konflikt zwischen eingespielten Ernährungsgewohnheiten und möglichen Alternativen, die mittels stellvertretender Deutung der Lebenspraxis der Teilnehmerinnen durch die Leiterin angeboten werden, klarzumachen. Bei einer kontextuierten Vorgehensweise werden auch die

lebenspraktischen Gründe der eingespielten Verhaltensweisen angeprochen und gemeinsam bearbeitet.

2. Der Kurs verläuft in Form einer programmatisch strukturierten, auf Wissensvermittlung und Verhaltensänderung gerichteten Erfahrungsrunde. Dabei sollen die Teilnehmerinnen gemeinsam besprechen, was im Zusammenhang mit der Ernährung und ihrer beginnenden Veränderung geschieht (körperlich, psychisch und sozial). In manchen Gruppen wird dieser Zusammenhang fallbezogen besprochen, indem jede Teilnehmerin kurz das Aktuelle mitteilt, woran die Leiterin dann ihre Deutungen und Hinweise anschließt. In anderen Gruppen werden eher allgemeine Hinweise (z.B. durch Vortragen aus den Kursmaterialien) und praktische Vorschläge gegeben.

Die Teilnehmerinnen sehen das Kurskonzept und die Beratungsstruktur der GBE auch im Vergleich und im Unterschied zu/gegen anderen Abnahmegruppen an denen sie bereits teilgenommen haben, z.B. den "weight-watchers". Die GBE unterstellt in ihrem Kurs meist mehr Autonomie und stellt damit auch höhere Anforderungen an die Autonomie und das "know-how" der Teilnehmer. Der Kurs arbeitet und kontrolliert auf der Ebene der Energiezufuhr (Kalorien/Joule), andere, wie die weight-watchers, arbeiten bzw. kontrollieren auf der Ebene der Nahrungsmittel selbst. Eine Leiterin: "Sie haben mit Ihrer Kalorientabelle so umzugehen, wie Sie das gerne hätten und nach Ihrem Geschmack." Oder: "Wollen Sie etwas ändern?" Die objektive Kursstruktur einer pädagogischen Anleitung zur Verhaltensänderung durch Kontrolle und bessere Information arbeitet, so gesehen, mit unterschiedlichen Autonomiegraden, die den Teilnehmern zugeschrieben werden. Das zeigt sich u.a. an Art und Ort der stets vorgenommenen Gewichtskontrolle - wiegen sich die Teilnehmerinnen zuhause oder in der Stelle vor Kursbeginn, wird das Gewicht individuell oder in einem Gruppendiagramm festgehalten. Das Programm der DGE fördert eher eine Lehrer/Schüler-Interaktion, in der "Hausaufgaben" zu erledigen sind und die erfolgreiche Wissensübermittlung nachgeprüft wird. Das BZgA-Programm ist stärker auf die Wirkung der Gruppe durch wechselseitige Unterstützung, Kontrolle und (stimulierende) Rivalität bezogen. Eine wechselseitige Kontrolle und Unterstützung der Teilnehmer erleichtert wahrscheinlich das Kursziel der Inkorporation alternativer Verhaltensmodelle, weil die soziale Distanz unter den Teilnehmern geringer ist als zwischen ihnen und der Leiterin. Das kann es auch erleichtern,

Konflikte anzusprechen und durchzuarbeiten. Dieser Punkt ist inhaltlich sehr wichtig, weil gerade Konfliktsituationen von Übergewichtigen oft regressiv (Aufgeben der Selbstbeherrschung, Durchbruch der Gier) "gelöst" werden. Im allgemeinen werden solche Konflikte aber nur allgemein besprochen, ausgehend von entsprechenden Kursabschnitten über "Versuchungssituationen" oder "Risikosituationen". Ein - weit verbreiteter - harmonistischer Kursstil ist dem nicht förderlich. Konflikte, auch Aggressionen sollten mit bearbeitet werden können, um ein Modell für den Umgang damit in der Lebenspraxis abzugeben. Das setzt natürlich entsprechende Fähigkeiten der Leiterinnen voraus. U.a. dadurch, daß dies im allgemeinen nur abstrakt - informativ vermittelt und nicht durchgearbeitet wird, ist die Gruppe als pädagogische Gruppe charakterisiert. Ist der Stil der pädagogischen Unterrichtung zusätzlich noch unflexibel, besteht die Gefahr, daß Kommunikation zum "Ausquatschen" wird, weil ein inhaltlicher Bezug zwischen den Themen und Problemen der Teilnehmerinnen und dem jeweiligen Abschnitt des Kursprogramms nicht genügend hergestellt wird. Das ist aber umso notwendiger, weil die Probleme und Konflikte der Teilnehmer, die im Hintergrund deutlich werden, oft gravierend sind: soziale Isolation, vor allem nach der Berentung, allgemeine Verhaltensunsicherheiten, "empty-nest-Syndrom" (Kinder aus dem Haus), schwierige Ehebeziehungen etc.

3. Bewußtes Motiv für die Teilnahme ist in aller Regel das Übergewicht. Im Hintergrund stehen ergänzende Motive wie soziale Isolation, Probleme bei Status-Passagen (Berentung, Kinder verlassen das Haus etc.) Die Klienten besuchen den Kurs, weil sie eine Förderung oder Stütze für ihre Motivation benötigen. Es wäre zu überlegen, welche Motive stark genug sind, eine "rationale" Ernährung durchzuhalten. Grundsätzlich sind zwei Möglichkeiten denkbar: a) positive Motive wie hohe innere oder äußere Belohnung, beispielsweise bei Leistungssportlern; b) negative Motive, starke Gefährdung bei falscher Ernährung, z.B. bei chronisch Kranken oder Diabetikern. Bei Klienten, die weder starke positive noch starke negative Motive haben, ist offenbar eine Motivationsstütze oder Motivierung erforderlich. Das bedeutet: entweder arbeitet der Kurs an den Motiven und verstärkt die Motivierung der Teilnehmer zur Veränderung ihrer Ernährungsgewohnheiten durch Erarbeitung der Problemhintergründe des Übergewichts, wodurch der Problemdruck verstärkt.



wird und die schwankenden Motive möglicherweise in "starke" Motive transformiert werden. Oder die Motivationslage bleibt unbearbeitet, dann bleibt der Kurs strukturell eine Notwendigkeit. In der GBE wird er nicht ohne Grund lange fortgesetzt. Er dauert bis zu 23 Wochen und gegen Ende werden die Teilnehmerinnen zu Nachtreffen angeregt, in denen eine gemeinsame Gewichtskontrolle und gemeinsame Aktivitäten unternommen werden. Viele Teilnehmerinnen haben dementsprechend schon mehrere Abnahmekurse belegt, nehmen auch während der Dauer der Kurse ab, danach aber wieder zu. Das zeigt, daß an den Motiven nicht hinreichend gearbeitet wurde.

Eine spezielle motivationale Bedeutung kommt der Tatsache zu, daß der Kurs in der GBE kostenlos ist. Dadurch ist er auch Teilnehmerinnen aus finanzschwächeren sozialen Schichten zugänglich.

4. Das Motivierungsmodell der Abnahmekurse ist vom Programm her das lernpsychologisch begründete Schema Bewußtmachen - Ändern - Stabilisieren. Dieses Schema ist aber - motivationspsychologisch gesehen - naiv. Tatsächlich wird zumeist eher dadurch motiviert, daß ein moralischer Gruppendruck und eine auf Leitung und Erfolg (in der Abnahme) gerichtete Rivalität entstehen. Der Kurs funktioniert so gesehen ähnlich wie eine Schulklasse. Das entspricht dem gesundheitserzieherischen Konzept der GBE ebenso wie der s.o. identifizierten Beratungsstruktur. In manchen Kursen sind zwei ergänzende Motivierungsstrategien sichtbar, die der Tatsache gerecht werden, daß es sich hier um Erwachsene handelt. Es handelt sich einmal um die Förderung der Selbstverantwortung durch Unterstellung und Forderung derselben. Wenn die Leiterin fragt: "Wollen Sie etwas ändern?", dann unterstellt sie, daß die Teilnehmerin dies auch kann, wenn sie will. Eine solche Autonomieunterstellung funktioniert wie eine entwicklungsbegünstigende Erziehung von Kindern: auch Kinder lernen Autonomie durch Unterstellung bzw. Zurechnung von Autonomie, nicht durch Kontrolle und zumindest weniger gut durch Gruppendruck und Rivalität. Zum anderen um eine laufende Kontextuierung der im Programm vorgegebenen Kursinhalte. Das ermöglicht, den lebenspraktischen Problemdruck entlastend anzusprechen, in der Gruppe alternative Lösungsmodelle zu entwickeln und demonstriert, daß "Hintergrundprobleme" möglicherweise drängender sind als das Übergewicht selbst.

5. Der Abnahmegruppe liegt ein lerntheoretisch fundiertes Programm zur Verhaltensänderung zugrunde. Die beiden in der GBE eingesetzten Programme unterscheiden sich darin, daß das BZgA-Programm stärker gruppenorientiert ist, während das DGE-Programm mehr auf den einzelnen Teilnehmer und dessen Wissen abstellt. Die Verhaltensänderung soll nach dem Schema Bewußtmachen - Ändern - Stabilisieren erreicht werden. Der Schritt "bewußtmachen" verweist auf das implizite Lernmodell: die Bearbeitung und Lösung kognitiver Dissonanzen. Die Erzeugung kognitiver Dissonanzen hat zur Folge, daß der Klient selbst sich eine Problemlösung ausdenken muß. Das fördert seine Autonomie. Das lerntheoretische Modell der Verhaltensänderung ist dagegen eher äußerlich. Es unterstellt, die Teilnehmer seien primär Verhaltensorganismen und nicht Persönlichkeiten. Eine Verhaltensänderung ohne Motivierungsstütze ist aber auf Dauer wirkungslos. Das GGE-Programm scheint eher nahezu legen, daß die Teilnehmer des Kurses es absolvieren, während das BZgA-Programm eher nahezu legen scheint, daß man gemeinsam in der Gruppe durcharbeitet. Im konkreten Fall hängt die Gewichtung von "Wissen" und "Gruppe" wesentlich vom Stil, von der Sichtweise und der Erfahrung der Leiterin ab. Beide Programme sind "Programme", sie arbeiten nicht fallbezogen. Ein gewisser Fallbezug kann von einer fähigen Leiterin in Gestalt der Einbeziehung des lebenspraktischen Kontextes einzelner Klientinnen hergestellt werden. Auch dies ist eine Frage ihrer Kompetenz und Erfahrung.

6. Die Struktur der GBE bei den Abnahmekursen ist Gruppenarbeit in Form von Lern- und Erfahrungsgruppen mit unterschiedlich weitreichender Kontextuierung des Kursinhalts. Es handelt sich im wesentlichen um eine pädagogisch-psychologische Unterrichtung in Gruppenform mit dem Ziel der Verhaltensbeeinflussung und Verhaltensänderung.

#### 6. Gesprächsgruppe übergewichtiger Frauen

1. Wesentlicher Inhalt der Gruppe sind Beziehungsdynamik und psychosozialer Hintergrund von Übergewicht und Abnahme. Focus des Themas der Gruppe ist das Dicksein als Frau. Das bedeutet, wie im Gruppenprozeß herausgearbeitet wird, lieb, freundlich, anerkannt, aber auch sexuell unattraktiv zu sein. Schlanksein bzw. Abnehmen bedeutet dagegen attraktiv sein bzw. werden, zugleich aggressiv werden und, damit verbunden,

die Gefahr der Entwicklung ödipaler Konflikte mit Männern (Sexualität) und Frauen (Rivalität). Es geht also um den Zusammenhang von Körperlichkeit, Sexualität und Angst aus der Perspektive von Frauen, die sich durch ihr Übergewicht bislang Distanz zu diesen Themen verschafft haben. Aufschlußreich ist, daß Übergewicht offenbar nur die Folge von Depressivität, Langeweile, Leere etc. ist (die alle dazu führen, daß man diese "Mangelsymptome" durch übermäßige Ernährung kompensiert), sondern auch eine Folge von ungekonnter (nicht zuletzt sexueller) Aggressivität, die auf "harmlose" Objekte, lustbesetzte Nahrungsmittel (z.B. Süßigkeiten) verschoben wird. Das Verschlingen dieser Objekte ist sozial ungefährlich, im Hintergrund steht aber deutlich ein viel brisanterer Wunsch: wenn die Rede davon ist, man könne dauernd "vor Wut fressen" zeigt dies im Kontext, daß die Aggressivität auch anderen Menschen gilt, Ehemännern, Müttern und überlegenen Frauen, an die sie aber nicht herangetragen werden kann.

2. Von der Struktur her ist die Gesprächsgruppe eine psychotherapeutisch geleitete Form der Kommunikation zur gemeinsamen Bearbeitung typischer individueller Konflikte. Sie ist weder Training noch Lernen noch Therapie, sie ist aber zugleich mehr als Alltagskommunikation, am besten ist sie als psychotherapeutisch angeleitete Selbsterfahrungsgruppe zu charakterisieren.

3. Die Teilnehmerinnen sind motiviert durch Leidensdruck wegen ihres Übergewichts. Aus den Gesprächen wird deutlich, daß soziale Isolation, "empty-nest-Syndrom", Konflikte mit der Sexualität und Einsamkeit im Alter eine dominierende Rolle spielen.

4. Das Motivierungsmodell, das von der Leiterin ausgeht, ist, daß in der Gruppe von Frauen die symbolische Erfüllung individueller Phantasien, Wünsche und Bedürfnisse möglich ist. Nimmt man Leiterin und Gruppe zusammen, dann motiviert die Gesprächsgruppe durch das Angebot der Entwicklung und zugleich der sozialen Integration. Die Teilnehmerinnen dürfen sich persönlich weiterentwickeln im Rahmen sozialer Beziehungen, die von der Gruppe gebilligt werden, Ehe und Beruf.

5. Der Gesprächsgruppe liegt kein Kursprogramm zugrunde. Die Teilnehmerinnen orientieren sich an der professionellen Konzeption der Gruppenleiterin, die eine Selbsterfahrungsgruppe mit Exkursen in den psychosexuellen und psychosozialen Hintergrund der angeschnittenen Probleme

anbietet.

6. Die GBE hat hier die Struktur einer psychotherapeutisch angeleiteten Selbsterfahrungsgruppe zum Inhalt Übergewicht bei Frauen im Kontext von Körperlichkeit, Sexualität, Ängsten und ödipalen Konflikten.

## 2. Bewegung

### Gymnastik für Berufstätige

1. Die Gymnastikkurse haben meist grundsätzlich den gleichen Inhalt: Übungen aus dem Repertoire der allgemeinen Gymnastik. Das liegt an der Struktur von Gymnastik, wie sie in unserer Kultur üblicherweise praktiziert wird: Erhöhung körperlicher Beweglichkeit zur Verbesserung von allgemeiner Leistungsfähigkeit und Körperbeherrschung. Modifikationen bestehen allerdings in Bezug auf den Grad der Anstrengung der auszuführenden Übungen sowie in der Auswahl aus dem gymnastischen Repertoire für spezifische Klientengruppen.

Die Struktur ist im wesentlichen die Übung körperlicher Teilfunktionen auf Anweisung. Sie folgt einem Faktorenmodell, das unterstellt, das gezielte Üben einzelner Körperteile werde insgesamt zur einer integrierten und nun funktionell verbesserten Körperlichkeit führen und zielt im Prinzip auf eine gesteigerte zweckrationale Verfügung über Körperfunktionen. Gymnastikkurse als Mittel gesundheitlicher Prävention werfen bei begrenzter Kapazität einer Stelle, die sie anbietet, die Frage des Transfers auf, d.h. die Frage, ob die Teilnehmer dazu motiviert werden, die Gymnastik auch außerhalb des Kurses alleine fortzusetzen.

Vom Inhalt der Kurse her ist dies unwahrscheinlich, weil die Leiterfunktion nicht auf eine Substitution durch die Teilnehmer selbst gerichtet ist. Die Form der Anleitung durch kurze imperative Kommandos im Sportlehrerstil ist an das Setting einer Gymnastikgruppe gebunden (s.u. 2.), vom Inhalt her werden die Übungen nicht aus der Perspektive der Teilnehmer organisiert, sondern aus der der Gruppenleiterin.

Die Bezeichnung "für Berufstätige" im Titel benennt einen wesentlichen Adressatenkreis der GBE, die "Aktivbürgerschaft". Dieser Titel bzw. die Wahl dieses Adressatenkreises knüpft an die bekannte Tatsache an, daß Berufstätige in der Regel von ihrer Arbeit induzierte Einseitigkeiten

im Bewegungsablauf entwickeln, die ausgeglichen werden müssen, wenn sie nicht auf die Dauer zu Haltungsschäden und darüber vermittelt zu, allgemein gesprochen, psychischen oder körperlichen Symptomen führen sollen. Der Kursinhalt spricht somit einen Konflikt zwischen berufs-induzierter Bewegungsarmut einerseits und einem allgemeinem körpergerechten Bewegungsbedarf für eine gesündere Lebensweise andererseits an. Die Lösung dieses Ausgangsproblems einer solchen Gymnastik für Berufstätige sind grundsätzlich zwei Kurskonzepte, zwei Lösungspfade denkbar: 1.) auf den Berufsalltag bezogenen Übungen auf der Grundlage einer Bewegungsanamnese und der Prüfung der Möglichkeiten, wie der einzelne Teilnehmer in seiner besonderen beruflichen Bewegungssituation sich spezifisch mehr und besser bewegen könnte; 2.) unspezifische Bewegungsübungen im Sinne allgemeiner Gymnastik/Bewegungsförderung als Kompensation der berufsbedingten Bewegungsdefizite. In dem vorliegenden Kurs und - von Ausnahmen wie Schwangerengymnastik u.a. abgesehen - allgemein wird in der GBE die zweite Variante gewählt. Die Spezifizierung "für Berufstätige" benennt einen bestimmten Adressatenkreis, dem eine Bewegungsförderung gut tut, ist aber im Kursinhalt nicht spezifisch auf die besonderen Bewegungseinschränkungen dieses Adressatenkreises zugeschnitten. Im Kurs gibt es zwar neben den Gruppenübungen, in denen die Gruppe auf Anweisung der Leiterin Bewegungen durchführt, auch Paarübungen, die der persönlichen Bewegungsstruktur näher sind, aber auch sie gehen nicht auf die individuellen berufsbezogenen Bewegungsprobleme oder -bedürfnisse der Teilnehmer ein.

2. Die Beratungsstruktur folgt einem pädagogischen Modell (Sportunterricht): Unterweisung und Anleitung zu Bewegungsübungen. Die Bewegungen werden durchgespielt, das Vorgehen ist fallunspezifisch und allgemein, es findet keine Kontextuierung im Sinne eines inhaltlichen Bezugs auf die Berufstätigkeit der Teilnehmer statt. Die Gymnastik richtet sich mithin an Verhaltensorganismen, nicht an Personen in sozialen Kontexten. Das entspricht dem o.g. kulturell üblichen Modell von Gymnastik, ist mithin kein besonderes Problem der GBE oder der Kursleiterinnen. Die Teilnehmer werden zwar mit Namen genannt und angesprochen, es wird aber nur hinsichtlich ihrer Körperbewegung auf sie eingegangen, nicht hinsichtlich ihrer Befindlichkeit oder ihrer sozialen bzw. beruflichen Situation.

3. Die Motive der Teilnehmer sind nur extrapolierbar, da die Teilnehmer nicht zu Äußerungen über sie veranlaßt werden. Im Kurs wird Gymnastik gemacht, nicht über das leib-seelische Befinden und seinen (beruflichen) Kontext gesprochen. Das Teilnahmemotiv muß mithin sein: mangelnde Bewegung bzw. Beweglichkeit vor allem aufgrund der beruflichen Tätigkeit.

4. Das Motivierungsmodell ist das Anknüpfen an einem Interesse an besserer Beweglichkeit im Hinblick auf einen besseren gesundheitlichen Zustand. Das kursspezifische Motivierungsmodell ist die Anleitung durch Unterweisung und Vorbild. Dabei hat die rhythmische und flotte Begleitmusik der Gymnastik eine besondere Bedeutung: sie bricht das sportlich-trainingshafte Moment und bringt in die Ausführung der Übungen spielerische, fast tänzerische Elemente hinein. Den Teilnehmerinnen macht das offensichtlich viel Spaß. Eine zusätzliche Motivierung erfolgt durch die Gruppe. Die Gemeinschaft fordert zu mehr Aktivität heraus. Von der Interaktionsstruktur und vom Kursstil her wird an den Schulsport angeknüpft. Nicht zufällig herrscht die ausgelassene Atmosphäre einer Mädchenklasse. Es ist erleichternd und objektiv motivierend, daß keine Männer am Kurs teilnehmen. Die Teilnehmerinnen können sich so freier bewegen. Hemmungen und Ängste können ein Stück weit und auf Zeit aufgeben werden.

5. Dem Kurs liegt kein spezielles Programm zugrunde, das gezielt eine Gymnastik für Berufstätige beinhalten würde. Geboten wird ein variables Programm von gymnastischen Übungen teils spielerischer, teils sportlicher Art, begleitet durch rhythmische Musik. Es basiert auf dem professionellen Repertoire der Kursleiterin als Gymnastiklehrerin, Sportgruppenleiterin oder Krankengymnastin. Dabei finden sich unterschiedliche Ausprägungen bzw. Stile des Kursverlaufs, die an der unterschiedlichen professionellen Kompetenz dieser Berufsgruppen liegen.

6. Die Struktur der GBE in der Gymnastik für Berufstätige ist die einer pädagogischen Anleitung zu körperlichen Bewegungen. Die Verbesserung der Bewegung soll die allgemeine Leistungsfähigkeit und den Gesundheitszustand verbessern. Dieses pädagogische Modell ist aber nicht auf ein Übernehmen der Anleitungsfunktionen durch die Klienten gerichtet. Es erfolgt keine Motivierung, die Übungen alleine durchzuführen, es findet kein Transfer in die Lebenswelt der Klienten statt. Die Gymnastik ist stets begleitend und kompensierend, zielt nicht

auf Veränderung der Bewegungsstruktur im Alltag bzw. im Beruf.

### Gymnastik für Übergewichtige

1. Diese Aktivität hat zwar die Bezeichnung "für Übergewichtige", Ihr Inhalt ist aber grundsätzlich der gleiche wie bei der allgemeinen Gymnastik und der Gymnastik für Berufstätige. Lediglich der Grad der Anstrengung ist etwas reduziert.
2. Auch in der Struktur der Beratung entspricht dieses Angebot der vorgenannten Gymnastik für Berufstätige. Es handelt sich wie dort um ein fallunspezifisches Üben körperlicher Teilfunktionen in der Struktur allgemeiner Gymnastik. Auf übergewichtsspezifische psychosoziale Kontexte wird nicht eingegangen.
3. Die Klienten sind motiviert aufgrund der gesundheitlichen Schwierigkeiten, die das Übergewicht mit sich bringt. Ob dies primär Bewegungsfragen oder auch solche allgemeiner gesundheitspräventiver Art sind, ist mangels Aussprache der Analyse der Interaktionsstruktur der Aktivität nicht zu entnehmen.
4. Das Motivierungsmodell entspricht dem der Gymnastik für Berufstätige - abgesehen vom Übergewicht -. Inwieweit die GBE hier an andernorts erfolgte Hinweise auf Übergewicht als "Risikofaktor" anknüpft, ist unbekannt, aber anzunehmen. Dies läßt sich darauf erschließen, daß viele Teilnehmer mehrere Angebote der GBE wahrnehmen.
5. Das Kursprogramm ist ebenfalls dasselbe wie bei der Gymnastik für Berufstätige. Ein Einzelfallbezug z.B. durch eine Krankengymnastin als Kursleiterin wäre für Übergewichtige allerdings besonders wichtig, zumindest sofern das Übergewicht Symptomwert hat.
6. Für die GBE-Struktur gelten die gleichen Bemerkungen wie bei dem vorgenannten Angebot Gymnastik für Berufstätige.

### Atem und Bewegung

1. Aus dem Titel geht hervor, daß es sich um ein adressatenunspezifisches Angebot handelt (keine Zielgruppe wie Berufstätige oder Übergewichtige). Gegenstand des Kurses sind hier wie bei Gymnastik physiologische Grundfunktionen. Sie werden aber offenbar von ihrer symbolischen Bedeutung (Atem und Bewegung: Dualismus von Leib und Seele) her bzw. über diese vermittelt im Kurs behandelt und nicht unmittelbar über körperliche Übungen aktiviert. Inhalt und Entwicklung des Kurses sind insbesondere auf Förderung der Aktivität und Beweglichkeit ausgerichtet. Diese werden aber nicht trainiert, sondern im Kontext (z.B. "Wie sitze ich auf meinem Stuhl", "was empfinde ich dabei") vorgestellt, durchprobiert und gemeinsam besprochen. Das Ziel ist, selbstverständliche, gewissermaßen eingefrorene, Körperhaltungen und Bewegungen unselbstverständlich zu machen, um sie verändern und dadurch verbessern zu können. Die Empfindungen und Gefühle der Teilnehmer sind einbezogen in die Arbeit. Die Klienten setzen sich mit Körperhaltungen, Körperregionen und deren Befindlichkeit auf dem Wege der sinnlichen Erfahrung und deren Verbalisierung in der Gruppe auseinander. Einfrorene Bewegungspotentiale werden freigesetzt, neue Formen inneren Erlebens stimuliert. "Atem und Bewegung" soll nicht körperliche Teilfunktionen üben, sondern das körperlich-seelische Gesamterleben erweitern. Die einzelnen "Übungen" (der Ausdruck ist hier nicht ganz passend) werden gelegentlich verbunden mit Erläuterungen über die physiologischen Funktionen, die dadurch berührt sind. Eine solche Kontextuierung ist sinnvoll, weil für die Teilnehmer körper- und erlebnisnah nachzuvollziehen. Auch der Transfer wird begünstigt: der Kurs fordert sehr schnell zur eigenen Aktivität der Teilnehmer auf und regt dazu an, Körperhaltungen und Körperbewegungen aus der eigenen Perspektive zu sehen, zu variieren und zu verändern. Die räumliche (exemplarisch Sitzhaltung) und psychosoziale Kontextuierung erleichtert einen inhaltlichen Transfer in die alltägliche Lebenspraxis. (vgl. die Anregung der Leiterin: "also einfach mal so'n bißchen nachgucken, was da im Alltag abläuft und was eigentlich so ganz angenehm ist" - z.B. Empfinden eines Handtuchs, Stellung der Füße, Sitzposition etc.).



2. Die Beratungsstruktur zeichnet sich dadurch aus, daß von Anfang an Anforderungen an die Selbständigkeit und Eigenaktivität der Teilnehmer gestellt werden. Sie sollen nicht einfach nachvollziehen, was die Leiterin vormacht oder anweist, sondern selbst herausfinden, wie sie Anregungen auf ihre persönliche Weise nachvollziehen. Die Leiterin fungiert nur als Modell, das Identifizierungsangebote hinsichtlich möglicher Bewegungen und Empfindungen macht. Die Teilnehmer orientieren sich dann richtig an der Leiterin, wenn sie das für sie selbst - von ihrer Bewegungsstruktur und ihren Empfindungsqualitäten her - Richtigemachen. Eine solche Interaktionsstruktur ist in einem sehr produktiven, weil von vornherein auf den Transfer in die Lebenspraxis ausgerichteten Sinne pädagogisch. Die Teilnehmer machen es richtig, wenn sie es für sich richtig machen - und wer das im Kurs lernt, kann es auch außerhalb für sich praktizieren. Die Struktur der Berater - Klient - Beziehung enthält von vornherein die Perspektive auf ihre Auflösung im Sinne der selbstverantwortlichen Fortsetzung des im Kurs Gelernten durch den Klienten selbst.

3. Hinsichtlich der Motive zur Teilnahme ist zu vermuten, daß viele Klienten zunächst nicht den ganzheitlichen Bedeutungshorizont des Angebots erfassen. Sie werden sich eher eine Form von Gymnastik vorstellen, in der ein freieres Atmen und Bewegen geübt wird. Dies ist eine konventionellere Deutung des Titels des Kurses als von der Leiterin gemeint und praktiziert. Der institutionelle Kontext öGD und Gesundheitsamt legt indes eine solche konventionelle Deutung nahe. Wenige Klienten werden im Gesundheitsamt gewissermaßen avantgardistische Formen von Gymnastik als ganzheitlicher Körpererfahrung erwarten.

4. Den Teilnehmern wird ein eigenes Interesse an der Verbesserung alltäglicher Körperfunktionen in einem ganzheitlichen Zusammenhang und in körpernahen Kontexten unterstellt. Sie können und sollen selbst zum Mittelpunkt ihrer Empfindungen, Körperhaltungen und -bewegungen werden. Das soll die positive Besetzung der Körperlichkeit in einer eher spielerischen Weise bestärken und dadurch ihre Funktionen verbessern.

5. Der Kurs hat kein Programm, sondern eine konzeptionelle Orientierung der Leiterin, objektiviert in Form ganz bestimmter Atem- und Körperübungen. Im Kern handelt es sich um die Förderung der körperlichen Selbstwahrnehmung in einer bewußten und entspannten Einstellung. Dabei sind gleichermaßen äußere und innere Wahrnehmung einbezogen.

Die besondere Förderung der inneren Wahrnehmung geschieht auf dem Wege der stellvertretenden Deutung von Empfindungen der Teilnehmer durch die Leiterin. "Atem und Bewegung" steht mit diesem Vorgehen bzw. Konzept zwischen Autogenem Training und Gymnastik bzw. verbindet Elemente beider.

6. Die GBE-Struktur des Kurses ist eine egalitär strukturierte Anleitung zu einer ganzheitlichen Körpererfahrung im räumlichen und psychischen Kontext. Sie appelliert an Motive zu einer erweiterten Körpererfahrung und unterstellt und fördert die Autonomie der Teilnehmer durch Zentrierung der Aufmerksamkeit und des Erlebnisfokusses auf diese.

### 3. Kommunikation

#### Psychologische Beratung

1. Es handelt sich um ein spezielles Angebot, das nicht routinemäßig von den Stellen wahrgenommen wird (Beleg: Vorgespräch). Sein Inhalt ist im wesentlichen die Erörterung psychischer Probleme des Klienten, ausgehend von leib-seelischen Befindlichkeitsstörungen.

2. Die psychologische Beratung ist von der Interaktionsstruktur her eine Kurz-Psychotherapie mit Einzelklienten in variierendem zeitlich und sachlich beschränktem Umfang. Das zeigt schon das Setting: es finden wiederholt Gespräche statt, nicht nur eine Einzelberatung (obwohl es auch Einzelberatungen gibt), die Zeitfolge ist fixiert, der Rahmen abgesteckt. Diese Aktivität ist grundsätzlich im Spektrum der Angebote der GBE enthalten, findet aber nur aus besonderem Anlaß statt.

3. Motive der Klienten sind in der Regel leib-seelische Befindlichkeitsstörungen, Ängste, Unruhe, psychosomatische Beschwerden etc.

4. Für das Angebot besteht kein eigenes Motivierungsmodell. Die objektive Motivierung erfolgt durch die professionellen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen bzw. Leiterinnen als Psychologinnen oder Ärztinnen.

5. Von der inhaltlichen Konzeption her orientiert sich die psychologische Beratung an Verfahren der humanistischen Psychologie und bedient sich überwiegend gesprächstherapeutischer Techniken.

6. Die psychologische Beratung ist als Teil der Beratungsstruktur von GBE als Psychotherapie bzw. als an psychotherapeutischen Modellen und Techniken orientierte Gesundheitsberatung anzusehen.

### Autogenes Training

1. AT ist eine Form der konzentrativen Selbstentspannung mittels bestimmter leib-seelischer Übungen. Es ist vermittelt über die Anleitung durch einen Kursleiter, der das Verfahren kompetent beherrscht, die Übungsformeln vermittelt, Erfahrungsmöglichkeiten interpretiert, auf Probleme hinweist und diese mit den Teilnehmern bespricht und ein Setting bereitstellt, innerhalb dessen das AT geübt werden kann. Mit fortschreitender Kenntnis und Beherrschung des Verfahrens (die in der Grundstufe erlernt werden) kommen ergänzend phantasie- und erlebnisorientierte Elemente hinzu (Oberstufe), die gemeinsam besprochen werden. Weitere Erläuterungen zum Inhalt sind nicht erforderlich, das Autogene Training wird von fachlich kompetenten Leiterinnen angeboten (ausführlicher vgl. KIND 1982).

2. AT wird einzeln oder in Gruppe unter Anleitung gelernt und kann dann von jedem Teilnehmer für sich alleine geübt und angewandt werden. Es ist damit ein von vornherein transferbezogenes Angebot, das im Prinzip langfristig ohne Anleitung und ohne Gruppe fortgesetzt werden kann. Der Stil, in dem AT vermittelt wird, ist anleitend-suggestiv, besonders in der Grundstufe. Diese suggestive Interaktion ist eingebettet in eine pädagogische. Die Anleitung soll den Teilnehmer dazu veranlassen, die suggestiven Formeln zu erlernen und in einer autosuggestiven Technik selbst anzuwenden. Der Inhalt der Suggestionen sind körperbezogene Vorstellungen und Empfindungen wie Schwere, Wärme, Kühle etc. In der Oberstufe werden Phantasien und Darstellungen innerer Erlebnisse in kreativen Medien (z.B. Malen) gefördert. In der Gruppe besprechen die Teilnehmer, was sie bei ihren Übungen erlebt haben (Phantasien und Eindrücke der Objektivationen, i.e. der Äußerungen anderer Teilnehmer und der Bilder). Dabei zählen allein die individuellen Erfahrungen und persönlichen Erlebnisse. Insofern ist AT fallunspezifisch und allgemein. Fallunspezifisch, weil die persönlichen Erlebnisse als solche stehengelassen werden und nicht auf ihre psychosozialen Hintergründe und lebenspraktischen Verweisungszusammenhänge hin erschlossen werden. Allgemein, weil natürlich nur Erlebnisse

kommuniziert werden können, die in terms des Allgemeinen formuliert sind, sonst wäre die Besprechung überflüssig. Die Eindrücke und Erlebnisse werden berichtet, zur Kenntnis genommen, von anderen ergänzt, mit eigenen Erlebnissen verglichen, dann wird der Kurs fortgesetzt, die nächste konzentrierte Selbstentspannungsübung durchgeführt. Dadurch, daß die Phantasien in ihrer Individualität belassen werden, ist Autogenes Training als ein ausdrücklich außeralltägliches Verfahren der Psychotherapie charakterisiert. Das zeigt sich auch an den Assoziationen von Teilnehmern, die bis in mystische Erlebnishorizonte reichen. Auch seine formale Struktur ist dementsprechend: über die (Auto- oder Fremd-) Suggestionen versenkt sich der Teilnehmer in eine innere Erlebnis- und Vorstellungswelt, verharnt dort und kehrt erst über eine ausdrückliche, formelgestützte Rücknahme wieder in die Alltagswelt zurück. Dieser auffällige Individualismus der Außeralltäglichkeit läßt sich am Beispiel der Vorstellung der Teilnehmer bei einem AT-Kurs verdeutlichen. Die Teilnehmer stellen sich paarweise wechselseitig vor und der jeweils Andere malt ein Bild über seine Eindrücke von der Vorstellung des Einen und stellt diesen dann über die Interpretation des Bildes der Gruppe vor. Das ergibt folgende Sequenz: die Realität von Teilnehmer A erscheint ausschnittsweise in seiner Vorstellung vor Teilnehmer B, wird durch dessen Wahrnehmung modifiziert, wird erneut modifiziert im Bild, in das er seine Eindrücke faßt und schließlich noch einmal modifiziert in der Interpretation des Bildes an die Gruppe. Das erinnert an das Verfahren der "stillen Post". Zwar werden damit subjektive Eindrücke, Empfindungen und Phantasien stimuliert, die Realität, hier die persönliche Lebensrealität des vorzustellenden Teilnehmers A, aber völlig verfremdet. Eine persönliche Information wird in mehrfach subjektiv gebrochenes Vorstellungsmaterial transformiert. Natürlich hat jeder einen Eindruck (Teilnehmer B, die Gruppe, nicht zuletzt auch Teilnehmer A von Teilnehmer B). Die Funktion des sozialen Akts "Vorstellung vor der Gruppe" ist aber damit nicht erfüllt. Die Phantasien von Teilnehmer B und der Gruppe, die genannten Eindrücke, können mangels realer Substanz nicht mehr verarbeitet werden. Dies ist sicherlich ein extremes Beispiel, weil hier zudem eine Vermischung der sozialen Rahmung der Gruppe (Vorstellung) mit dem Inhalt (Erzählen von individuellen Phantasien und Eindrücken) vorliegt. Offenbar wird aber eine solche Vermischung durch die nicht fallbezogene Individualisierung des AT

nahegelegt. Möglicherweise beruht darauf auch seine Attraktivität: jeder kann sich gewissermaßen seinen Teil denken und aus der Vielfalt möglicher Bedeutungen, die objektiv existieren bzw. in der Gruppe artikuliert werden, die ihm passende herausuchen. Ein weiteres Beispiel: in einem Einzelgespräch zum AT spricht eine Leiterin davon, daß man über Probleme auch sprechen müsse. Der Klient legt Wert darauf, Entspannung zu lernen, ihm geht es nicht um das Besprechen von Problemen. Beide einigen sich dann darauf, AT sei Entspannungsübung, bei der auch geredet werde. Dies macht die Struktur deutlich. Jeder kann seine individuellen Vorstellungen haben und beibehalten, wenn er sich nur entspannt. So gesehen erscheint die Unterstufe des AT als konzentrierte Selbstentspannung eher plausibel als die Oberstufe, in der individuelle Erlebnisse, Phantasien und Erfahrungen auf eine methodisch schwer nachvollziehbare Weise kommuniziert werden.

3. Die Motive der Teilnehmer am AT sind gleichermaßen Störungen der körperlichen Befindlichkeit wie psychische Symptome: vor allem Angst und Unruhe, Schlaflosigkeit etc.). Einige Teilnehmer (vor allem Ärzte) nutzen das Angebot AT in der GBE, um sich zusätzliche professionelle Kompetenzen anzueignen und später selbst AT anbieten zu können. Allgemein ist Ziel der Teilnehmer, entspannter, gelassener und belastbarer zu werden. Sie möchten eine Technik erlernen, sich unter Anspannung wieder kontrolliert entspannen, reorganisieren und konzentrieren zu können. Steigerung der Selbstkontrolle und damit der Autonomie sind zentrale Motive. Eine zusätzliche Attraktivität geht vom AT auch dadurch aus, daß es zwar ein psychotherapeutisches Verfahren ist, in ihm aber problematische Hintergründe der leib-seelischen Symptomatik nicht angesprochen werden (müssen). Es ist nicht durch das Präfix "psycho-" belastet und damit nicht stigmatisierend - es steht objektiv auf der Schwelle zwischen Psychotherapie und Förderung des Persönlichkeitswachstums.

4. Das Motivierungsmodell ist in der Struktur des AT selbst angelegt. Die Motivierung basiert in erster Linie auf der Perspektive auf eine gesteigerte Form der Selbstbeherrschung, den Zuwachs von Autonomie und ein besseres Coping durch ein kontrollierteres und bewußteres eigenes (seelisches wie körperliches) Befinden. Hier zeigt sich die positive Kehrseite der o.g. Individualisierung von Erlebnissen und Phantasien:

Die Klienten werden darin gefördert, ihren eigenen inneren Erlebnisbereich zu entfalten und sich dadurch wie durch das Setting, in dem dies geschieht, autonomisierend von alltäglichen Erlebnissen und Interaktionszwängen abzugrenzen.

5. Das AT hat kein spezifisches Programm, wohl aber ein methodisches Konzept. In der GBE wird es praktiziert nach der Methode von Schultz mit individuellen Variationen, die dem Stil der Kursleiterin entsprechen bzw. die sie selbst ihren eigenen Ausbildern verdanken. Es gibt Angebote in der Unterstufe und in der Oberstufe.

6. Als Angebot der GBE charakterisiert das AT deren Struktur nicht spezifisch. AT wird u.a. auch von niedergelassenen Ärzten sowie der Volkshochschule angeboten (dort auch von Ärzten aus dem öGD). AT hat zwar wie alle psychotherapeutischen Verfahren, die der Persönlichkeitsentwicklung dienen, eine gesundheitspräventive Wirkung, es fragt sich aber, wieso die GBE ein so weitverbreitetes Angebot in ihr Repertoire aufgenommen hat. Ein Grund könnte sein, daß es hier kostenlos ist und damit breiteren Bevölkerungskreisen zugänglich wird. De facto nehmen aber gerade am AT Klienten teil, die es sich sicher auch leisten könnten, dafür zu bezahlen. So mutet es eigentümlich an, daß Ärzte das kostenlose Angebot des AT der GBE nutzen, um sich fortzubilden. Strukturell stellt sich die GBE über das AT dar als eine Einrichtung, die übende psychotherapeutische Praktiken in der Perspektive auf stärkerer Autonomie und bessere Bewältigung von Belastungen vermittelt.

#### AT, Phantasiereisen, Malen

1. Dieses Angebot ist eine Kombination von Elementen des AT und verschiedenen Medien, Empfindungen und Vorstellungen auszudrücken (Phantasiereisen, Malen): Das soll kreative Potentiale freisetzen und fördern, die in der Gruppe kommuniziert werden.
2. Die Struktur der Beratung ist ähnlich der Struktur des AT teils pädagogisch unterweisend, teils suggestiv-autoritativ und teils egalitär, insofern nach dem Übungsteil im freien Gespräch die Empfindungen und Erlebnisse kommuniziert werden. Innerhalb der Vorgaben durch die AT-Übungen und die Anleitungen der Leiterin bei der "guided phantasy" enthält es

ein Anregungspotential zur Stimulation und Freisetzung von Phantasien und inneren Empfindungen der Teilnehmer. Die Kommunikation über die Erlebnisse selbst ist allerdings ebenso methodisch unklar wie beim AT in der Oberstufe. Der Individualismus, der den Entwicklungen der Teilnehmer unterstellt wird, fördert einerseits deren Autonomie, läßt andererseits aber die Teilnehmer in einem unbezogenen Nebeneinander.

3. Für die Motive der Teilnehmer gibt es keine spezifischen Anhaltspunkte. Anzunehmen ist, daß sie Anregungen als Alternative zu ihren alltäglichen Erlebnissen erfahren möchten (ihre Phantasie auf Reisen schicken, sich künstlerisch bzw. kreativ ausdrücken). Ein weiteres Motiv ist sicherlich die Teilnahme an der Gruppe und das darüber vermittelte Erlebnis von Gemeinschaftlichkeit - auch dies als Alternative zu den Alltagsbeziehungen oder (vor allem bei Älteren) zu einer gewissen sozialen Isolation.

4. Das Motivierungsmodell ist die Persönlichkeitsbereicherung durch besseren weil entspannteren Zugang zu Phantasien und zur, meist brachliegenden, eigenen Kreativität im gemeinsamen kreativen Sprechen und Handeln.

5. Das Konzept wirkt etwas eklektizistisch. Seine Elemente stammen aus der übenden Psychotherapie, der humanistischen Psychologie und dem künstlerischen Tun. Sie lassen sich zwar über den gemeinsamen Nenner der Freisetzung kreativer Potentiale verbinden, sind aber nicht integriert.

6. Das Angebot repräsentiert eine Struktur von GBE, in der Phantasien, Vorstellungen, Empfindungen und persönlichkeitsweiternde kreative Prozesse angeregt bzw. gefördert werden.

### Entspannungstraining

1. Es handelt sich um "Training", also um das Üben von Teilfunktionen des Körpers. Dieses Entspannungstraining beinhaltet ein sukzessives An- und Entspannen aller Körperpartien. Es ist im Unterschied zum AT ein rein körperliches Entspannungsverfahren. Nach Jacobson geht es dabei um ein fortschreitendes bewußtes Lernen der Entspannung der willkürlichen Muskulatur (vgl. KIND 1982, S. 212 f). Im Unterschied zur Gymnastik ist nicht die Muskelbewegung als solche das Ziel, sondern die Wahrnehmung der Körperempfindung, die durch die Muskelübung ausge-

löst wird (Anspannung - Entspannung).

2. Die Beratungsstruktur ist die einer erwachsenenpädagogischen Interaktion, die den Teilnehmern eine weitestgehende Autonomie zuschreibt. Als Instrument bedient sie sich, eingebettet in die pädagogische Interaktion, gezielt einer suggestiven Rhetorik, mittels derer den Teilnehmern in stellvertretender Deutung Empfindungsqualitäten der einzelnen Körperpartien angeboten werden. Dabei ist das Training nicht fallbezogen. Der soziale und der psychische Kontext der Verspannung interessieren nicht. Interesse besteht ausdrücklich nur an der insgesamt entspannenden Wirkung der körperlichen Übungen. Das Üben selbst (vor allem zuhause und nach Beendigung des Kurses) ist eingerahmt in einen somatischen, psychisch-sozialen Kontext, der durch das Setting, Formeln und Vorbereitungen erzeugt wird. Diese Rahmenbedingungen, auch räumliche und zeitliche, sind de facto Teil des Verfahrens selbst. Das Setting gehört implizit zur Struktur der Beratung hinzu. Dabei zeigt sich eine Dialektik von De- und Rekontextualisierung. Mögliche belastende Kontexte werden ignoriert und nicht thematisiert. Statt dessen wird über das Setting ein neuer Kontext geschaffen. Dies ist der latente soziale Kontext des Übens. Es handelt sich inhaltlich um einen Kontext gesteigerter Autonomie, Individuierung und - körperbezogener - Selbsterfahrung und Selbstbeherrschung.

3. Die Teilnehmer suchen Entspannung aus verschiedenen Gründen, zumeist wegen leichterem Leib-seelischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Migräne etc. Sie suchen keine Behandlung, sondern nach Mitteln, um diese gesundheitlichen Probleme selbst und alleine auf sich gestellt besser bewältigen zu können.

4. Das ET zielt grundsätzlich weniger auf die Bewältigung von (gesundheitlichen) Problemen oder die Behebung von Leidensdruck, als auf die Förderung der Persönlichkeit im Sinne eines allgemein besseren Wohlbefindens. Es entwickelt bzw. fördert die Fähigkeit, aus eigener Kraft schnell ein besseres Wohlbefinden und eine ausgeglichene Handlungsbereitschaft wiederzuerlangen. Charakteristisch für solche "autonome" Motivierungskonzeption ist die (vom Leiter gestellte) Frage nach Gründen für die Teilnahme. Gründe müssen nicht nur Probleme, es können auch Interessen sein. Im gesundheitspräventiven Kontext sieht sich das ET allerdings genötigt, sich auch als gesundheitsförderlich (und nicht nur persönlichkeitsentwickelnd) zu legitimieren. Dies erfolgt durch Verweis auf Kurkliniken und andere Einrichtungen, wo das ET analog zu oder in Vorbereitung von



Psychotherapie eingesetzt wird. Von der Sache her (Beitrag zur gesundheitlichen Prävention) erscheint diese Legitimation nicht notwendig.

5. Wenn das ET in Unterscheidung zum AT vorgestellt wird (wie im vorliegenden Kurs), dann wird es damit zugleich in Anlehnung an das AT definiert. Der Unterschied ist, daß beim ET subjektive Vorstellungen und Phantasien keinen Eingang finden, das Verfahren soll ausdrücklich auf das Oben und Erleben der körperlichen An- und Entspannung beschränkt sein. Das ET erscheint kontrollierbarer, objektivierbarer und nachprüfbarer als das AT, also in einem gewissen Sinne wissenschaftlicher, während das AT vor allem in der Oberstufe doch gewisse spekulative Züge trägt (s.o.).

6. Die GBE vermittelt mit dem ET mentale Techniken als Mittel individueller gesundheitlicher Prävention durch bessere leib-seelische Konfliktverarbeitung. Strukturell stellt sie sich darüber als gesundheitserzieherische Einrichtung dar. Der Stil der Gesundheitserziehung ist hier deutlich erwachsenenpädagogisch.

#### Denk- und Gedächtnistraining

1. Die Teilnehmer fördern und reaktivieren ihr Denkvermögen und ihr Gedächtnis. Im einzelnen sind sie dazu aufgefordert, Wortklassen zu unterscheiden, ihr räumliches Vorstellungsvermögen zu aktualisieren, Regeln von Reihen zu erkennen, argumentieren zu üben, ihr Gedächtnis zu trainieren, Rechenaufgaben und Rätsel zu lösen etc. Die Klienten werden angeregt, differenziert zu denken und nicht oberflächlich oder assoziativ. In dieser Hinsicht ist der Kurs eine Förderung der allgemeinen Intelligenz. - es wird geübt, was in allgemeinen Intelligenztests als Intelligenz geprüft wird (z.B. im Intelligenz-Struktur-Test/IST). Dieser Teil des Kurses könnte den Titel tragen "I'll teach you differences" (Wittgenstein). Außerdem beinhaltet der Kurs mannigfache Anregungen der Teilnehmer in kultureller Hinsicht wie kleine Exkurse in die Geschichte und zu fremden Völkern und Kulturen, Hinweise auf Ausstellungen und Museen, die zum Teil auch gemeinsam besucht werden, Hinweise auf Interessantes in Berlin, das zum Teil ebenfalls in gemeinsamer Aktivität erschlossen wird, Rätsel, Vortrag von Gedichten und Geschichten u.v.a.m.

2. Die Beratungsstruktur ist eine Verbindung aus Erwachsenenpädagogik für ältere Menschen, konzentriert auf kognitive Fähigkeiten und allgemeiner kultureller Anregung/Animation.
3. Die Klienten sind interessiert an geistiger Anregung im Alter. Sie wollen der Situation des Rentnerdaseins aktivierende Alternativen entgegensetzen, vernachlässigte Interessen wieder aktualisieren, neue Bekanntschaften schließen und neu gewonnene freie Zeit mit interessanter Beschäftigung ausfüllen.
4. Die GBE motiviert objektiv zu einer spielerisch gestalteten Persönlichkeitsbereicherung vor allem im Bereich kognitiver Funktionen und vor allem für ältere Menschen. Attraktiv ist das Angebot als solches als Beitrag zum Persönlichkeitswachstum und zur Entfaltung von Aktivitäten auch im Alter.
5. Es gibt kein spezifisches Kursprogramm. Der Kursinhalt stützt sich auf das Repertoire der Leiterin an Kenntnissen über zahlreiche Anregungen der Funktionen der allgemeinen Intelligenz sowie des Erschließens kultureller Horizonte.
6. Das Denk- und Gedächtnistraining charakterisiert die Struktur der GBE nach zwei Richtungen: a) es ist (von den Klienten her) ein charakteristisches Angebot für Ältere und steht damit in der Tradition der GBE als (auch) Altenberatung; b) es bietet kognitive und kulturelle Anregungen als gesundheitliche Prävention - insofern repräsentiert es eine Beratungsstruktur, die durch Attraktion der Angebote motiviert (versus Moral, Leidensdruck etc., s.o.)

#### 4. Erkrankung

##### Diabetikerschulung

1. Das Angebot beinhaltet im wesentlichen Information über richtige Ernährung bei Diabetes. Die "Schulung" erfolgt durch Diätassistentin und Ärztin, auch Einzelfragen der Klienten werden besprochen. Anhand eines kleinen Diabetiker-Büffets werden Beispiele für diabetesgerechte Ernährung demonstriert. Das Verhalten in bestimmten Situationen (Einladung, Restaurant-Besuch, Urlaub etc.) wird besprochen. Dabei wird

die diabetesgerechte Ernährung im allgemeinen nicht kontextuiert.

2. Vermittelt wird sachliche Information über diabetesgerechte Ernährung, die das deutlich vorhandene Informationsdefizit der Klienten befriedigt. Außerdem werden Einzelfragen exemplarisch behandelt.

3. Hinsichtlich der Motive gibt es offenbar zwei Gruppen von Teilnehmern: a) Diabetiker bzw. deren Angehörige, die durch Ärzte und Krankenhäuser unzureichend über eine für ihre Erkrankung geeignete Ernährung informiert worden sind und die lediglich einen Informationsbedarf haben; b) Teilnehmer, die offenbar Schwierigkeiten haben, sich trotz vorhandener Kenntnisse diabetesgerecht zu ernähren. (vor allem die Kurs-Wiederholer). Für die letztere Gruppe ist eine lebenspraktisch kontextuierte Beratung erforderlich, weil sie offenbar Motivierungsprobleme bei ihrer Ernährung haben.

4. Diabetiker-Schulung ist ein notwendiges Angebot im Gesundheitswesen, das andernorts nicht oder nur unzureichend besteht (dazu gibt es Hinweise aus Klienteninterviews). Die GBE füllt hier eine Lücke der gesundheitlichen Versorgung und muß lediglich darüber informieren, daß sie dies tut. Eine weitere Motivierung ist meist - abgesehen von der Klientengruppe b) - nicht erforderlich. Für die spezielle Motivierung dieser Gruppe allerdings müßte die Diabetiker-Schulung die psychosozialen Kontexte der Ernährung in den Kurs mit einbeziehen.

5. Es gibt kein von vornherein feststehendes Programm, wohl aber regelmäßig wiederkehrende Bestandteile der einzelnen Schulungen. Dabei handelt es sich insbesondere um 1) Ernährungsberatung für Diabetiker (Umrechnungstabellen, Einüben der Umrechnung in BE); 2) Information über Zuckeraustauschstoffe in Nahrung, Diabetikervarianten von Lebensmitteln sowie 3) Vermittlung von Kenntnissen über die physiologischen Zusammenhänge des Diabetes.

6. Die GBE wird mit diesem Angebot als substitutive Einrichtung des Gesundheitswesens tätig. Sie kompensiert konkrete Defizite, indem sie Teile des ärztlichen Handelns, die die niedergelassenen Ärzte bzw. die Krankenhäuser aus Zeit- und Geldgründen vernachlässigen, wahrnimmt. Gegenwärtig ist dies zweckmäßig und notwendig. Im Prinzip ist das jedoch keine Aufgabe der GBE. Diese Art von Beratung gehört in den Zusammenhang von ärztlicher Behandlung. Exemplarisch: Das Messen von Blutzuckerwerten durch Tests, die die Patienten lieber selber als beim Arzt durchführen. Dieses Problem ist ein Folgeproblem der unzulänglichen ärztlichen Versorgung von Diabetikern. Das Argument der Klienten ist, sie müßten

oft stundenlang warten, dann würde ihnen lediglich von der Sprechstundenhilfe der Zuckerwert mitgeteilt, das könne man auch selber machen. Die GBE sagt, das Messen gehöre in die Hand des Arztes, weil der die Werte klinisch interpretiert und sich dazu im Rahmen der Behandlung äußert. Faktisch nimmt der Arzt diese Aufgabe aber nicht wahr. Folge: Diabetiker messen ihre Werte lieber selbst und lassen sie von der GBE interpretieren und sich dazu beraten. Die GBE tut das und substituiert damit die genannte Lücke mit ihrem Angebot.

#### Sprechstunde in der GBE <sup>+</sup>

1. Inhalt der Sprechstunde ist die Kontrolle des Gesundheitszustandes (vor allem der Blutdruckwerte) sowie der Compliance (vor allem der Medikamenteneinnahme).
2. Die Beratungsstruktur besteht in der Kontrolle physiologischer Werte und von Patienten-Compliance. Das gibt den Klienten Sicherheit. Damit werden ärztliche Teilfunktionen zum Vorteil der Patienten wahrgenommen, die keine Wartezeiten auf sich nehmen müssen. Von der latenten Struktur her wirkt die Beratung wie das Handeln in der ärztlichen Praxis. mit dem Unterschied, daß nur bestimmte Teile des ärztlichen Handelns wahrgenommen werden (Analogie zu Praxen für Laboratoriumsdiagnostik).
3. Die Klienten finden Sicherheit, weil ihre Werte unter Kontrolle sind, sparen Zeit und haben Gelegenheit zu einem Gespräch.
4. Objektiv werden die Klienten motiviert durch das Angebot ärztlicher Teilfunktionen und die Zeitersparnis ( fünf Minuten statt stundenlangem Warten) sowie durch den Beruhigungseffekt der Dialektik von Beunruhigung durch möglicherweise "schlechte" Werte und deren Kontrolle durch die GBE.
5. Es gibt kein spezifisches Programm, aber ein überschaubares Repertoire von Einzelangeboten, i.e. einzelner Testuntersuchungen, mit denen der Gesundheitszustand der Klienten kontrolliert wird. Daneben folgt die genannte Kontrolle der Compliance und gelegentlich gibt es Gespräche über lebenspraktische Kontexte von Gesundheit.
6. Das Angebot repräsentiert folgende Struktur von GBE: a) Teilfunktionen ärztlichen Handelns werden wahrgenommen, die zwar von Ärzten auch wahrgenommen werden, deren Inanspruchnahme aber für die Patienten

---

<sup>+</sup> Diese Ausgestaltung der "Sprechstunde" ist für die GBE eher untypisch, wurde aber in diesem Fall gerade deshalb ausgewählt.

ungleich aufwendiger wäre; b) die Aktivität hat Strukturähnlichkeit mit der Interaktion in diagnose- bzw. labormedizinischen Praxen, wo ebenfalls Tests durchgeführt und Befunde erhoben werden.

## 5. Mißbrauch/Sucht

### Nichtrauchertraining

1. Der Inhalt des NRT hat insbesondere drei Komponenten: 1. die Feststellung des Rauchverhaltens, d.h. der Menge der Zigaretten und der Situationen, in denen geraucht wird; 2. die Erstellung eines Planes zur Reduzierung des Rauchens; 3. der durch die Gruppe kontrollierte Nachvollzug des Planes mit dem Ziel, das Rauchen ganz aufzugeben.
2. Die Beratungsstruktur ist die einer verhaltenstherapeutisch orientierten Beeinflussung mit dem Ziel der Verhaltensänderung durch Ober-Ich- und Ich-Stärkung. Die Ober-Ich-Stärkung geschieht durch Kontrolle auf kurskonformes Verhalten durch Leiterin und Gruppe sowie durch Rivalitäten in der Gruppe (exemplarisch Gruppendiagramm zum Zigarettenkonsum). Die Ich-Stärkung geschieht durch Verbesserung des Coping, d.h. das Erlernen eines anderen Umgangs mit den "Risikosituationen", die als belastend erlebt werden und früher Anlaß zum Rauchen waren. Im Titel "Nichtraucher-Training" ist impliziert, daß die Teilnehmer nicht eine positiv identifizierbare Fähigkeit lernen, sondern lernen, etwas nicht zu tun. Nichtraucher werden heißt, in belastenden Situationen ohne Rauchen auszukommen. Eben dies erfordert ein besseres coping.
3. Die Motive der Teilnehmer sind: Zigaretten kosten Geld, die Gesundheit wird geschädigt, kognitive Dissonanzen sollen aufgehoben werden (Beispiel: Protest gegen Umweltverschmutzung und gleichzeitiges Rauchen), das Gefühl der Abhängigkeit, der Trend zum Nichtrauchen in der peer-group (Freunde, Partner, Bekannte), das Gefühl der Abhängigkeit und der Wunsch nach mehr Autonomie sowie ästhetische Gründe wie schlechter Geruch, schlechtes Aussehen etc. Diese Motive lassen sich differenzieren nach solchen, die auf einem Leidensdruck basieren (gewissermaßen Leiden am Symptom, das selber auf ein anderes Problem zurückgeht), und solche, die stärker im Wunsch nach einer Förderung

und Verbesserung der eigenen Gesundheit begründet sind.

4. Das Motivierungsmodell ist manifest die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens. Latent: die Substitution der unzureichenden Selbstkontrolle des einzelnen durch die Gruppe (Beispiel: Gruppendiagramm), die angestrebte Über-Ich-Stärkung ist vermittelt über eine zumindest zeitweise Unterstützung des Über-Ich durch die Leiterin und die Gruppe. Zugleich wird die Selbstverantwortung der Teilnehmer betont, um eine Perspektive aus der (Stützung durch die) Gruppe herauszuweisen. Die Übernahme der Gruppennorm "Nicht-Rauchen" ist dann der Schritt zur Autonomie.

5. Grundlage des Kurses ist das BZgA-Programm "Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in zehn Wochen - ein Trainingsprogramm". Dazu kommen Stabilisierungshilfen in Form der Gruppe, der "Kursshelfer" sowie der Fortsetzung der Gruppe am Ende des Kurses.

6. Das Angebot repräsentiert folgende Struktur von GBE: es handelt sich um verhaltenstherapeutisch orientierte, gruppengestützte Veränderung von gesundheitlichem Risikoverhalten, das als Verhalten deutlich abgrenzbar ist. Das NRT ist ein "klassisches" Angebot der GBE wie die Abnahmekurse, bei dem versucht wird, ein Risikoverhalten von Symptomwert abzulegen (vgl. die Herz-Kreislauf-Trias "Rauchen, falsche Ernährung und Bewegungsmangel). In soziokultureller Perspektive leistet die GBE damit einen Beitrag zur Durchsetzung eines gesundheitsfördernden Lebensstils im Sinne besserer weil flexiblerer Triebkontrolle und gesteigerter Sublimierungsmöglichkeiten.

5. Fragebögen für Erhebungen

ERHEBUNGSBOGEN

AKTIVITÄTEN DER GBE .....

Zeitraum: 1. Halbjahr 1984

---

1. AKTIVITÄT (im Sinne dessen, was die Stelle als "Gesundheitsberatung/  
Gesundheitsaufklärung" begreift)

Typus

\_\_\_\_\_

Form

\_\_\_\_\_

---

2. WIEVIELE AKTIVITÄTEN DIESER ART FANDEN STATT  
BZW. WIE OFT FANDEN DIESE STATT ?

3. ZEITLICHER UMFANG (Stunden/Wochen)

---

4. WANN UND WIE ANGEKÜNDIGT ?

---

5. ZUSTÄNDIGE/R MITARBEITER/IN (Beruf)

---

6. WARTELISTE ?

---

7. ZAHL DER TEILNEHMER DIESER AKTIVITÄT  
Anfang / Ende / Durchschnitt

---



8. DURCHSCHNITTLICHES ALTER DER TEILNEHMER (Schätzung)

Jahre

\_\_\_\_\_

9. GESCHLECHT DER TEILNEHMER

Männer | Frauen

\_\_\_\_\_

10. BERUFE DER TEILNEHMER

11. ERGEBNISSE DES ANGEBOTES ?

12. FORTSETZUNG GEPLANT ?

13. IST AUS DEM ANGEBOT EINE FORTSETZUNG IN FORM EINER "SELBSTHILFE-GRUPPE" ENTSTANDEN ?

14. BEMERKUNGEN

## M I T A R B E I T E R F R A G E B O G E N

1. BERATUNGSSTELLE (Bezirk)

\_\_\_\_\_

2. GESCHLECHT

0 männlich

0 weiblich

3. ALTER

Jahre

\_\_\_\_\_

4. BERUF UND GEGENWÄRTIGE TÄTIGKEIT

a) Berufsausbildung

\_\_\_\_\_

b) letzte frühere Tätigkeit  
vor Gesundheitsberatung

\_\_\_\_\_

c) in der Gesundheitsberatung  
tätig als

\_\_\_\_\_

5. BERUFLICHE WEITERBILDUNG

a) welche Inhalte

\_\_\_\_\_

b) wie oft

\_\_\_\_\_

c) Ergebnis

\_\_\_\_\_

6. SEIT WANN IN DIESER  
BERATUNGSSTELLE

(Jahr/Monat)

\_\_\_\_\_

7. WAS SIND IHRER MEINUNG NACH  
DIE ZIELE DER GESUNDHEITS-  
BERATUNG FÜR ERWACHSENE ?

8. WAS SIND DIE ZIELE IHRER  
TÄTIGKEIT ?

9. LEBEN SIE SELBST  
GESUNDHEITSBEWUSST ?

10. WENN JA, WIE ?

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger !

Die Gesundheitsberatung für Erwachsene, an deren Angebot auch Sie teilnehmen bzw. teilgenommen haben, wird zur Zeit im Rahmen eines von uns durchgeführten Forschungsprojektes untersucht. Bei dieser Forschung - ebenso wie bei der Arbeit der Beratungsstellen überhaupt - sind die Erfahrungen der Mitarbeiter und die der Ratsuchenden - also Ihre Erfahrungen - gleichermaßen wichtig.

Wir bitten Sie deshalb ganz herzlich, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Wir sichern Ihnen zu, daß die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt und ausschließlich zu Zwecken der Forschung verwendet werden. Um Mißverständnisse zu vermeiden, möchten wir gleich darauf hinweisen, daß ohnehin nicht nach Ihrem Namen gefragt wird, daß die Fragebögen also anonym sind.

Natürlich steht es Ihnen frei, den Fragebogen auszufüllen oder auch nicht auszufüllen. Wir bitten Sie aber auch deshalb um Ihre Mitarbeit, weil unsere Forschung möglicherweise durch eine Erweiterung des Beratungsangebotes auch Ihnen zugute kommen kann. Sollten Ihnen einzelne Fragen als zu "indiskret" erscheinen, so beantworten Sie diese Fragen nicht.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem beigefügten, frankierten Umschlag möglichst schnell (bis zum 10.7.1984) an uns zurück.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen schon im Voraus.

*H. Grünwald*

Helge Grünwald

## K L I E N T E N F R A G E B O G E N

- |   |       |                    |
|---|-------|--------------------|
| 1. ALTER                                  | _____ | Jahre              |
| 2. GESCHLECHT                             | 0     | männlich           |
|   | 0     | weiblich           |
| 3. SCHULBILDUNG                           | 0     | kein Abschluß      |
|   | 0     | Hauptschulabschluß |
|   | 0     | Realschulabschluß  |
|   | 0     | Abitur             |
|   | 0     | Hochschulabschluß  |
| 4. BERUF                                  |       |                    |
| a) erlernter Beruf                        | _____ |                    |
| b) ausgeübter Beruf                       | _____ |                    |
|   | 0     | in Ausbildung      |
|   | 0     | arbeitslos         |
|   | 0     | Rentner/Pensionär  |
| 5. FAMILIENSTAND                          | 0     | ledig              |
|   | 0     | verheiratet        |
|   | 0     | geschieden         |
|   | 0     | verwitwet          |
| 6. GRÖSSE DES HAUSHALTS                   | _____ | Personen           |
| 7. EINKOMMEN DES HAUSHALTS<br>(pro Monat) | 0     | bis 1000 DM        |
|   | 0     | 1000 bis 2000 DM   |
|   | 0     | über 2000 DM       |

8. Wie fühlen Sie sich zur Zeit körperlich ?

0 gut      0 mittelmäßig      0 schlecht

9. Wie fühlen Sie sich zur Zeit seelisch ?

0 gut      0 mittelmäßig      0 schlecht

10. Sind Sie zur Zeit wegen einer Krankheit oder mehreren Krankheiten in ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, wegen welcher ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Was tun Sie für Ihre Gesundheit ?

12. Wie haben Sie von der Gesundheitsberatung für Erwachsene erfahren ?

Falls durch ein Angebot der Stelle, durch welches ?

13. Was war der Anlaß Ihrer Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsberatung ?

14. An welchen Angeboten der Gesundheitsberatung haben Sie teilgenommen ?

Kurs(e)

\_\_\_\_\_

Wochen

\_\_\_\_\_

Stunden  
pro Woche

\_\_\_\_\_

15. Was hat Ihnen die Teilnahme gebracht ?

FRAGEBOGEN ZU DEN KOOPERATIONSBEZIEHUNGEN UND DER MULTIPLIKATOREN-  
ARBEIT DER GESUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE (GBE) \*

Zeitraum : Winterhalbjahr 1984/85

Stelle : GBE

---

1. Mit welchen Einrichtungen kooperieren Sie ?

(bitte nacheinander auflühren)

a) innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes

b) innerhalb des öffentlichen Dienstes (abgesehen von a)

c) andere Einrichtungen

---

\* Unter Kooperation wird die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, die gleich oder ähnliche Ziele wie die GBE verfolgen, verstanden. Multiplikatorenarbeit ist die Zusammenarbeit mit Adressaten der GBE d.h. Personen und Einrichtungen, die primär andere Ziele verfolgen, in deren Rahmen aber auch die Ziele der GBE wirksam werden können.





6. An welche Multiplikatoren richten sich gegenwärtig Aktivitäten Ihrer Stelle ?

(Bitte nacheinander auführen)

7. Welche Aktivitäten sind das ? Wie werden sie durchgeführt ?

(Bitte ggf. gesondert beantworten)

8. Wie häufig und in welchem Umfang (Teilnehmer, Zeit) finden diese Aktivitäten statt ?

9. Wie geben die Multiplikatoren Ihre Aktivitäten weiter ?

(Bitte ggf. auch hier gesondert beantworten)

10. Welche Kooperationspartner und welche Multiplikatoren würden Sie außerdem noch ansprechen wollen ?  
Was hindert Sie daran ?

---

Raum für eventuelle Nachträge

Anhang

Sind aus Angeboten Ihrer Stelle freie oder Selbsthilfegruppen hervorgegangen ?

Wenn ja, welche ?

Bitte nennen Sie uns Ansprechpartner

## Auswertungsschema für Klienteninterviews

### 1. Anlaß für die Teilnahme an Angeboten der GBE

- 1.1 Äußere Anlässe (z.B. Inserat in einer Zeitung)
- 1.2 Innere Anlässe bzw. Gründe (z.B. Einsamkeit, mangelnde Abwechslung vs. Alltagsroutine)

### 2. Erleben der Teilnahme an Angeboten der GBE

- 2.1 Zum ersten Mal oder schon mehrfach teilgenommen ?  
Wie oft ? Wie lange ?
- 2.2 Was hat besonders beeindruckt, gefallen, genützt ?  
Gründe ?
- 2.3 Was war problematisch, störend, schlecht ?  
Gründe ? Kritik ?
- 2.4 Vorschläge zur Veränderung bzw. Verbesserung ?

### 3. Wirkung der Teilnahme an Gesundheitsberatung

- 3.1 Veränderungen der körperlichen Verfassung, welche ?  
(gleichermaßen objektivierbare Veränderungen wie Gewichtsabnahme und subjektive wie besseres körperliches Befinden)
- 3.2 Veränderungen der seelischen Befindlichkeit, welche ?  
(gleichermaßen psychische Veränderungen wie geistige, z.B. mehr geistige Beweglichkeit im Alter)
- 3.3 Veränderungen der Lebenspraxis, welche ? (unterschieden danach, welche während der Teilnahme eingetreten sind und welche danach; dies gilt sowohl im Hinblick auf gesundheitsnahe Fragen (Ernährung etc.) wie lebenspraktische Fragen überhaupt (Familie, Arbeit, Freizeit etc.))
- 3.4 Hindernisse für den Transfer der Beratungsinhalte in die Lebenspraxis (z.B. eingefahrene Eßgewohnheiten in der Familie, Anforderungen der Arbeit)

### 4. Andere relevante Aussagen