

DIE GESUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE IN BERLIN

Abschlußbericht des Forschungsprojektes
durchgeführt vom Berliner Institut für angewandte
Sozialwissenschaften e.V. (BIAS)
Windscheidstraße 26
1000 Berlin 12
im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA), 5000 Köln

040003

Helge Grünewald
Dr. Michael Wolf

DIE GESUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE IN BERLIN

Abschlußbericht des Forschungsprojektes
durchgeführt vom Berliner Institut für angewandte
Sozialwissenschaft e.V. (BIAS)
Windscheidstraße 26
1000 Berlin 12
im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA), 5000 Köln

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 40003
(4.3)

Berlin, August 1985

Inhaltsverzeichnis

	EINLEITUNG	1
1.	<u>KONZEPTION, IMPLEMENTIERUNG UND ERRICH- TUNG DER GBE</u>	1
1.1	Die Altenberatung in Berlin-Charlottenburg	1
1.2	Von der "Altenberatung" zur "Gesundheitsberatung" für Erwachsene	5
1.3	Die rechtlichen Grundlagen der GBE	7
1.4	Die Entstehung der Senatsvorlage Nr. 276	13
1.5	Die Aufgaben und die Struktur der GBE gemäß der Senatsvorlage Nr. 276	17
2.	<u>DER AUFBAU DER GBE-STELLEN IN DEN BEZIRKEN</u>	25
2.1	Chronologie des Stellenaufbaus und der Stellener- öffnung	25
2.2	Die Rolle der Gesundheitspolitik im Bezirk beim Aufbau der Stellen	30
2.3	Die Stellung der GBE in der bezirklichen "Abtei- lung Gesundheitswesen"	33
2.4	Personal	35
2.5	Die Unterstützung des Aufbaus der Stellen durch die Hauptverwaltung	39
2.6	Konzeptbildung	44
3.	<u>DIE BERATUNGSAKTIVITÄTEN DER GBE</u>	53
3.1	Erläuterungen	53
3.2	Beratungsaktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Erkrankung, Mißbrauch, Kooperation und Multiplikatoren, Allgemeine Ge- sundheitsfragen und Öffentlichkeitsarbeit, Besondere Angebote für ältere Menschen	56
3.3	Form, Umfang, Häufigkeit, Art der Ankündigung, Warteliste, Alter und Geschlecht der Teilnehmer sowie Fortsetzung der GBE-Aktivität (insbesondere als freie oder Selbsthilfegruppe)	78

4.	<u>KONZEPTE UND STRUKTUREN DER GBE</u>	86
4.1	Konzepte von GBE	87
4.2	Beratungsinhalt und Dynamik	91
4.2.1	Ernährung	91
4.2.2	Bewegung	93
4.2.3	Kommunikation	95
4.2.4	Erkrankung	96
4.2.5	Mißbrauch	98
4.2.6	Allgemeine Gesundheitsfragen	98
4.2.7	Besondere Angebote für ältere Menschen	99
4.3	Strukturen von Gesundheitsberatung	100
4.4	Klientenmotive und Motivierungen durch die GBE	108
4.5	Strukturen und Funktionen der Gesundheitsberatung	114
5.	<u>DIE ADRESSATEN DER GBE I: EINZELNE BÜRGER</u>	121
5.1	Klientenbefragung	121
5.2	Klienteninterviews	140
6.	<u>DIE ADRESSATEN DER GBE II: KOOPERATION UND MULTIPLIKATOREN</u>	166
6.1	Kooperation	168
6.2	Multiplikatorenarbeit	174
7.	<u>MITARBEITER, KOOPERATION UND FORTBILDUNG</u>	179
7.1	Personalstruktur gemäß der Senatsvorlage	179
7.2	Stellenleitung und Teaminteraktion	181
7.3	Mitarbeiter	187
7.4	Fortbildung	195

8.	<u>LEISTUNGEN UND WIRKUNGEN DER GBE ZUR GESUNDHEITLICHEN PRÄVENTION, GESUND- HEITSFÖRDERUNG UND HILFE ZUR SELBST- HILFE</u>	211
8.1	Umfang der Aktivitäten der GBE und des Kreises ihrer Klienten, Veränderungen der Zielgruppen	212
8.2	Wirkungspotentiale der Gesundheitsberatung	216
8.3	Strukturbildung und Wirkungsprofil	222
8.4	Die Wirkung der GBE bei den Klienten	227
8.5	Gesundheitsberatung und Hilfe zur Selbsthilfe	231
9.	<u>ZUR ÜBERTRAGBARKEIT DES MODELLS "GE- SUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE" AUF ANDERE LÄNDER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND</u>	237
9.1	Gesetzliche Grundlagen für Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung im öGD	237
9.2	Gesundheitspolitischer Rahmen: Die Entschließung der GMK	245
9.3	Gesundheitspolitische Aktivitäten des öGD in den Bundesländern	248
9.4	Modellvorschlag für eine im öGD institutionalisierte Gesundheitsberatung für Erwachsene	256
	LITERATURVERZEICHNIS	261

EINLEITUNG

I

Die hier vorgelegte Fallstudie über die "Gesundheitsberatung für Erwachsene" (im folgenden GBE) in Berlin versucht, diese seit 1979 im öffentlichen Gesundheitsdienst (im folgenden öGD) neu eingerichtete Institution möglichst umfassend darzustellen und auf ihre gesundheitspräventive Wirkung hin zu analysieren. Sie verfolgt keine vorab festgelegte Fragestellung, sondern versucht, das, was die GBE ist und tut, zu explizieren und ihre Leistungen nach ihren eigenen Vorgaben zu beurteilen. Insbesondere geht die Untersuchung nicht von vorabbestehenden Vorstellungen darüber aus, was Aufgaben und Mittel gesundheitlicher Prävention zu sein hätten und legt dementsprechend solche Vorstellungen auch nicht als Maßstab an die GBE an.

Weshalb gerade die GBE ein interessanter Gegenstand für eine Fallstudie ist, wurde im Projektantrag (GRÜNEWALD/WOLF 1983) so formuliert:

"Die GBE waren geplant und verstehen sich als eine qualitativ neue Form gesundheitlicher Prävention. Gesundheitsberatung beansprucht in Erweiterung oder als Alternative zu bestehenden Modellen ein neuartiges Konzept von öffentlicher gesundheitlicher Prävention darzustellen. Im Unterschied zur Gesundheitserziehung ist die GBE nicht an die primäre (Familie) oder sekundäre (Schule) Sozialisation angebunden, sondern richtet sich ausdrücklich an Erwachsene. Anders als bislang praktizierte Formen gesundheitlicher Aufklärung will sie sich nicht auf die Weitergabe sachlicher Informationen beschränken. Gesundheitsrelevante Informationen sollen vielmehr auch in einer unmittelbaren, persönlichen Beziehung, in einem Beratungsprozeß, vermittelt werden." (a.a.O., S. 1)

Die gesundheitspolitische Aktualität der GBE liegt darin, daß sie einer gesundheitspolitischen Umorientierung auf einer stärker präventiv ausgerichtete Medizin entspricht, die dem sozialepidemiologisch konstatierten säkularen Trend der Veränderung der wichtigsten Krankheitsbilder zu den "Zivilisationskrankheiten" gerecht werden will. Dementsprechend heißt es im Projektantrag zu den gesundheitspolitischen Bezügen der GBE:

"Im Zuge einer zunehmend präventiven Ausrichtung von Gesundheits-sicherung und Gesundheitspolitik hat die Beeinflussung gesundheits-relevanten Handelns durch gesundheitserzieherische und gesundheits-aufklärerische Maßnahmen eine besondere Bedeutung bekommen ... Ausgangspunkt für diese gesundheitspolitische Umorientierung war ein "Panoramawandel" der vorherrschenden Krankheitsbilder (vgl. PFLANZ 1975, SCHÄFER/BLOHMKE 1977). An die Stelle der einst weitaus dominierenden Infektionskrankheiten treten seit geraumer Zeit "Zivilisationskrankheiten" wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, degenerative und Verschleißerkrankungen und die verschiedenen psy-chischen und somatischen Reaktionen auf sozialen "Streß" (PFLANZ 1962, BREDE 1972). Mit diesem Wandel der Krankheitsbilder geht ein - zögernder - Wandel des gesundheitspolitischen und medizini-schen Verständnisses von Krankheit einher.

Legte die Orientierung auf Infektionskrankheiten - abgesehen von allgemeinen Hygiene-Vorschriften - ein naturwissenschaftliches Mo-dell des Erklärens und eine kurative Haltung nahe, so verweisen die 'verhaltensbedingten' Erkrankungen auch auf ein sozialwissenschaft-liches Modell und eine präventive Ausrichtung medizinischen Han-delns.

Dieser Umorientierung entspricht die zunehmende gesundheitspoliti-sche, wissenschaftliche und medizinische Bedeutung des Konzepts der 'Risikofaktoren'. Hier wird versucht, einzelne Weisen gesund-heitlichen 'Fehlverhaltens' als isolierbare Ursachen der genannten Zivilisationserkrankungen herauszuarbeiten. Gesundheitliche Präven-tion hat dann die Entwicklung und Anwendung von Strategien der Veränderung gesundheitlichen 'Risikoverhaltens' zum Inhalt (vgl. ABHOLZ u.a. 1982 zu den verschiedenen Konzepten einer 'Risiko-faktoren-Medizin', ferner SCHÄFER/BLOHMKE 1977, GILDER-DALE/HOLLAND 1977). Dies soll insbesondere mit Mitteln der gesundheitlichen Aufklärung (Informationsvermittlung) und Gesund-heitserziehung (Lernen, ggf. Verhaltensänderung) erreicht werden. Gegen dieses Konzept gesundheitlichen Risikoverhaltens und insbe-sondere gegen seine Brauchbarkeit als Grundlage primärer und sek-undärer Prävention werden aber auch verschiedene Einwände erho-ben. Diese verweisen auf soziale Bedingungen gesundheitsgefährden-den Verhaltens (Ökologie, restriktive Arbeitssituation, Gemeinde, vgl. exemplarisch DEPPE 1973), auf den mit gesundheitlichem 'Fehl-verhalten' anscheinend oft verbundenen primären und sekundären Krankheitsgewinn (HORN/BEIER/KRAFT-KRUMM 1984) und auf die Problematik der Umsetzung eines Konzepts einzelner Risikofak-toren in Lernstrategien angesichts der Ganzheitlichkeit körperlichen, seelischen und sozialen Geschehens (vgl. exemplarisch v. UEXKÜLL 1979).

Es hat den Anschein, daß die neu eingerichteten GBE bei aller Un-terschiedlichkeit der einzelnen Angebote insgesamt diesen Einwänden Rechnung tragen wollen. Anlaß zu dieser Annahme geben Vorstel-lungen zu einem Konzept 'gesundheitlicher Bildung' (vgl. HÄRTEL 1980), das nicht nur auf Informationsvermittlung und Verhaltensmo-difikation, sondern auf persönliche Beratung zielt, Hinweise auf ver-mutete psychosomatische Zusammenhänge von gesundheitsgefährden-den Lebensweisen und Konflikten der Betroffenen (GBE Charlotten-

burg 1982) sowie Überlegungen zu 'sozialmedizinischer Therapie' (DITTNER 1982). Dabei erscheint noch besonders bemerkenswert, daß derartige Präventionsmaßnahmen langfristig kostengünstig wirken können. Die GBE zielt ihrem Selbstverständnis nach nicht auf eine 'Klientifizierung' der Ratsuchenden, sondern darauf, diesen durch Fachleute einen Anstoß zu einem selbstverantwortlicheren und bewußteren Gesundheitsverhalten zu geben und versteht sich ausdrücklich als Hilfe zu weiterer Selbsthilfe (GBE Charlottenburg 1982, vgl. MOELLER 1981)." (a.a.O., S. 3-5)

Schon 1981 wurde von den Berichterstattern eine Voruntersuchung der damals gerade erst eingerichteten GBE durchgeführt. Auf der Grundlage der dabei gewonnenen Einsichten in die Lage der GBE und ihren institutionellen und gesundheitspolitischen Kontext wurden die folgenden Fragestellungen für eine ausführliche Untersuchung ausgewählt:

Der Prozeß der Konzeptualisierung und Implementierung der GBE auf Landesebene; der Aufbau der GBE-Stellen in den einzelnen Berliner Bezirken und die damit verbundenen gesundheitspolitischen, organisationsstrukturellen, personellen und konzeptionellen Probleme; die bislang entwickelten Konzeptionen und Angebote der GBE; Personalstruktur und personelle Zusammensetzung der GBE-Stellen, Kooperationsbeziehungen, Teamstrukturen, spezifische Probleme einzelner Berufsgruppen, Qualifikation und Weiterbildung, Supervision bzw. Organisationsberatung; die Adressaten der GBE I: einzelne Bürger; die Adressaten der GBE II: Institutionen (Multiplikatoren), Gemeinde und Öffentlichkeit; die Interaktionsstruktur der Beratungsangebote der GBE; Leistungen und Wirkungen der GBE in gesundheitspräventiver Hinsicht vor allem in bezug auf gesundheitsbewußtes Handeln und Hilfe zur Selbsthilfe; Stellung und spezifische Aufgaben der GBE als präventive Einrichtung im öGD sowie die Übertragbarkeit der GBE in Berlin auf andere Bundesländer und Gemeinden (vgl. GRÜNEWALD/WOLF, Zwischenbericht 1984, S. 2-6).

An diesen Fragestellungen hat sich die Struktur des hier vorgelegten Abschlußberichts im wesentlichen orientiert.

II

Zur möglichst ausführlichen Darstellung und Explikation der GBE in einer Fallstudie wurden qualitativ verschiedene **Forschungsmethoden** miteinander verknüpft:

- a) Methoden, die eine genaue Beschreibung der historischen Entwicklung des lokalen gesundheitspolitischen Kontextes der GBE, ihrer Implementierung und ihres Aufbaus bis zum heutigen Stand ermöglichen,
- b) Methoden, die eine Analyse insbesondere der latenten Strukturen der GBE auf verschiedenen Ebenen ermöglichen, um so zu einer prägnanten Einschätzung ihrer Funktionen und Wirkungen zu kommen sowie
- c) Methoden, die eine genaue Darstellung des qualitativen und quantitativen Umfangs der GBE und der in ihr geleisteten Arbeit ermöglichen.

Im einzelnen wurden die folgenden Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- a) Dokumentenanalyse von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften, die die rechtlichen Grundlagen der GBE bilden, von Konzeptionsentwürfen, Sitzungsprotokollen der Gesundheitsverwaltung sowie von anderem Material aus der GBE und ihrem gesundheitspolitischen Umfeld, vor allem zur gesundheitlichen Prävention mit Mitteln gesundheitlicher Aufklärung, Erziehung und Beratung;
- b) Experteninterviews mit Vertretern der mit der GBE gesundheitspolitisch und fachlich befaßten Parteien, Fachverwaltungen, Interessengruppen sowie Mitarbeitern der GBE;
- c) Fragebogenerhebungen zu Aktivitäten, Mitarbeitern, Klienten, Multiplikatorenentätigkeit, Kooperationsbeziehungen und Selbsthilfeaktivitäten der GBE;
- d) Teilnehmende Beobachtung des alltäglichen Routinegeschehens, der Beratungsaktivitäten und von Aktivitäten außerhalb der Stellen (Öffentlichkeitsaktionen);
- e) Tonbandprotokolle von Teaminteraktionen, vor allem Dienstbesprechungen in allen Stellen;

- f) Tonbandprotokolle von Beratungsinteraktionen aller relevanten Aktivitäten in allen Stellen;
- g) Explorative Interviews mit Klienten;
- h) Gruppendiskussionen mit Mitarbeitern über Entwicklung, gegenwärtigen Stand und Probleme der GBE sowie über Qualifikationen der Mitarbeiter und Fortbildung;
- i) Gruppendiskussion mit Klienten, die im Anschluß an die Teilnahme an Angeboten der GBE freie oder "Selbsthilfe"gruppen gebildet haben;
- k) visuelle Dokumentation der Lage und Räumlichkeiten der Stellen in den Bezirken.

Die Auswertung erfolgte nach Maßgabe der für die jeweiligen Erhebungsmethoden und den Berichtszweck geeigneten Verfahren.

Die Dokumentenanalyse und die Experteninterviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und dienten vor allem der beschreibenden Rekonstruktion des gesundheitspolitischen und administrativen Kontextes im Vorfeld der GBE und bei ihrer Entwicklung.

Die mittels Fragebogen erhobenen Daten wurden nach der ggf. erforderlichen Kategorienbildung zur Feststellung von Häufigkeiten ausgezählt. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind zum einen in die Darstellung der Entwicklung der GBE eingegangen, außerdem haben sie Basisdaten über die Aktivitäten, Mitarbeiter und Klienten der GBE erbracht, die in den entsprechenden Kapiteln vorgestellt und diskutiert werden. Schließlich haben sie zur Einschätzung der Wirkung der GBE beigetragen, sowohl hinsichtlich der Wirkung bei den Klienten wie hinsichtlich der Wirkungsstruktur. Die Ergebnisse der Auswertung dieser Daten hat auch Kriterien erbracht für die Auswahl spezifischer, dann genauer untersuchter "Fälle" (relevante Aktivitäten, "typische" Klienten).

Die Tonbandprotokolle von ausgewählten Teaminteraktionen (Dienstbesprechungen) der GBE-Stellen und der relevanten Aktivitäten bzw. Beratungsinteraktionen wurden zunächst abgehört und inhaltsanalytisch grob ausgewertet. Anschließend wurden sie ausschnittsweise transkribiert. Dabei wurden regelmäßig die Anfangssequenzen und mindestens eine, oft mehrere weitere Sequenzen ausgewertet. Die Auswertung bestand in ei-

ner extensiven Sinnauslegung der latenten Bedeutungsstrukturen in einer Auswertungsgruppe nach dem Verfahren der objektiven Hermeneutik (vgl. dazu grundlegend OEVERMANN u.a. 1979). Die Ergebnisse der objektiv-hermeneutischen Strukturinterpretationen haben wesentlich die Ergebnisse über Struktur und Wirkung der GBE bestimmt und die anderen Ergebnisse in der Tendenz beeinflußt. Die Interviews mit Klienten und die Gruppendiskussionen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen haben vor allem Eingang in die Abschnitte über Fortbildung und Wirkung als Beitrag zur Selbsthilfe gefunden, die Ergebnisse der Klienteninterviews werden an entsprechender Stelle berichtet und bei der Darstellung der Wirkung der GBE mit einbezogen. Die visuelle Dokumentation soll für sich "sprechen".

Sind die Beschreibung der Entwicklung der GBE und die Darstellung ihrer qualitativen Breite wie ihres quantitativen Umfangs in methodischer Hinsicht unproblematisch (u.a. deshalb, weil auch bei der Auswertung des Klientenfragebogens nur Häufigkeiten festgestellt und keine Korrelationen geprüft wurden), so ist die Untersuchung einer Institution mit dem Verfahren der objektiv-hermeneutischen Textinterpretation zumindest ungewöhnlich.¹⁾

-
- 1) Das Verfahren der objektiven Hermeneutik ist an der Untersuchung von Interaktionsstrukturen von Familien entwickelt worden (vgl. OEVERMANN u.a. 1976) und wird erst sukzessive von "diffusen" auf "spezifische" (d.h. durch rollenförmiges Handeln geprägte, institutionelle) Interaktionssysteme übertragen (vgl. zur Untersuchung therapeutischer Interaktion OEVERMANN u.a. 1980, zur Untersuchung einer therapeutischen Institution BEHRENS/SIMM/WOLF 1984). Es kann als die in der gegenwärtigen interpretativen Sozialforschung am systematischsten entwickelte und theoretisch am fundiertesten begründete Kunstlehre der Fallrekonstruktion gelten. Da die anderen hier verwendeten Verfahren seit langem gebräuchlich und bekannt sind, wird nur hierauf ausführlicher eingegangen.

Die Interpretationsmethodologie der "objektiven Hermeneutik" steht im Kontext strukturalistischer, an der Rekonstruktion der Regelgeleitetheit sozialen Handelns interessierter Ansätze in der Soziologie (DURKHEIM 1961, LEVI-STRAUSS 1981, MEAD 1968) und setzt deshalb an der Rekonstruktion der das Handeln kennzeichnenden sozialen Regeln an. Diese Regeln machen zugleich dessen Sinnstrukturiertheit aus, sie sind eine soziale Realität sui generis, "und zwar eine solche Realität von objektiven Bedeutungsstrukturen, die bezo-

gen auf die Ebene der in den Handlungstheorien und im symbolischen Interaktionismus in den Vordergrund gerückten "subjektiv gemeinten Sinnes" eine Realität von Möglichkeiten darstellen" (OEVERMANN u.a. 1979, S. 368). Sie haben als sinnstrukturierte prinzipiell den Charakter textförmiger Protokolle von sozialen Handlungen, deren objektive Bedeutung hermeneutisch rekonstruiert werden kann.

Dabei ist die konkrete Form des vorliegenden Handlungstextes - ob verschriftete, akustisch oder visuell - sekundär, "da seine Interpretierbarkeit unabhängig von seiner materiellen Form prinzipiell an die Bedingung der Versprachlichung oder sprachlichen Paraphrasierbarkeit gebunden ist" (ebenda, S. 378). Auch nichtsprachliche Gesten, Mimik und andere Formen von Handlungstexten sind in ihrer Bedeutung nur über die sprachliche Formulierung ihres Sinngehaltes intersubjektiv überprüfbar, interpretationsfähig. Insofern stellt der sprachliche Text das expliziteste und am eindeutigsten auslegbare Handlungsprotokoll dar.

Die Annahme der objektiven Hermeneutik, daß vertextete Äußerungen Medium der objektiven Bedeutungsstruktur sozialen Handelns sind, impliziert ein spezifisches Verständnis des Textes als einem von den subjektiven Intentionen des Textproduzenten unabhängiger Träger objektiver latenter Bedeutungsstrukturen.

Die objektive Hermeneutik rekurriert hier auf einen Begriff des Textes in Abtrennung von seinem bewußt intendierten Bedeutung Gehalt (der dem Text vom Textproduzenten beigelegt worden sein mag), wie ihn Ricoeur in vier Grundzügen charakterisiert hat: "1. Der Fixierung des Sinngehalts, 2. der Trennung von Sinngehalt und geistiger Intention des Autors, 3. der Entfaltung von nicht-ostentativen Bezügen und 4. der unbegrenzten Reihe ihrer Adressaten. Diese 4 Grundzüge zusammengenommen machen die 'Objektivität' des Textes aus" (RICOEUR 1972, S. 268).

In einem solchen Verständnis lassen sich Texte als eigenständige Träger von Handlungssinn interpretieren, wobei der Handlungssinn sich in der Regel gerade nicht mit den intendierten Bedeutungen der Äußerungen deckt, sondern diese übersteigt, aber als objektiv latent vorhandener gleichwohl Wirkungen auf diese hat.

"Interaktionstexte konstituieren aufgrund rekonstruierbarer Regeln objektive Bedeutungsstrukturen und diese objektiven Bedeutungsstrukturen stellen die latenten Sinnstrukturen der Interaktion dar. Die objektiven Bedeutungsstrukturen von Interaktionstexten, Prototypen objektiver sozialer Strukturen überhaupt, sind Realität (und haben Bestand), analytisch (wenn auch nicht empirisch), unabhängig von der je konkreten intentionalen Repräsentanz der Interaktionsbedeutungen auf seiten der an der Interaktion beteiligten Objekte." (OEVERMANN u.a. 1979, S. 379)

Die objektive Hermeneutik identifiziert die Bedeutsamkeit von sozialen Handlungsstrukturen mit ihrer sprachlichen Paraphrasierbarkeit. Der Bedeutungshorizont, der damit aktualisiert wird, ist der der Sprache überhaupt, gemäß dem intuitiven Regelverständnis des Alltagsmenschen und im Horizont alltagsweltlicher Bedeutungsge-

halte. Daran orientiert sich das forschungspraktische Vorgehen der objektiven Hermeneutik. Es unterscheidet sich erkenntnislogisch nicht von der intuitiven alltagsweltlichen Sprecherkompetenz, wendet diese aber methodisch geregelt zur Explikation der im Handeln erzeugten Bedeutungsgehalte an - das eben beinhaltet die Konzeption der objektiven Hermeneutik als "Kunstlehre" der Auslegung von Texten.

Während in der Alltagswelt nämlich unter Darstellungs-, Zeit-, Handlungs- und Entscheidungsdruck verstanden werden muß, ist die Interpretationspraxis von diesen Zwängen entlastet und kann sich gewissermaßen unökonomischen Verstehensprozessen, nämlich der Prüfung aller, auch der unwahrscheinlichsten Lesarten des Textes, widmen. Es geht hier gerade nicht um im Sinne der genannten Zwänge effiziente Verstehensprozesse, sondern im Gegenteil um eine möglichst ausführliche Rekonstruktion aller Bedeutungsmöglichkeiten und deren sukzessive Emergenz und Selektion im Textverlauf. Erst dann kann interpretiert werden, welche Bedeutungsmöglichkeiten von den Handelnden selbst subjektiv intentional realisiert werden. Intentionale Repräsentanz und objektive, durch Regeln konstituierte Struktur der Bedeutung sind klar zu unterscheiden. Ausgangspunkt für die soziologische Analyse muß die Explikation der objektiven Bedeutungsmöglichkeiten sein, um überhaupt eine Kontrastfolie für die von den Interagierenden vorgenommenen fallspezifischen Selektionen zu erhalten.

Das von der objektiven Hermeneutik forschungspraktisch entwickelte Verfahren der "Feinanalyse" ist eine Zusammenstellung von solchen handlungsentlasteten Verstehensoperationen im Forschungsprozeß mit dem Ziel einer möglichst umfassenden Bedeutungsrekonstruktion. Konstitutiv dafür ist eine möglichst ausführliche Explikation der Bedeutungsmöglichkeiten der einzelnen Äußerungen und ein strikt sequentielles Vorgehen bei der Interpretation, da nur auf diesem Wege die Lesarten einer Äußerung einerseits und die darauf reagierende Antwort des Interaktionspartners andererseits als konkrete Selektion aus einer Fülle latenter Optionen angemessen rekonstruiert werden kann. Unter diesem Gesichtspunkt einer sequentiellen Interpretation erscheint der reale Verlauf des Interaktionsprozesses als sukzessives Ausschließen alternativer Optionen, in dem die Fallstruktur der Interaktion in ihrer Besonderheit deutlich zum Ausdruck kommt.

Bezogen auf die Analysen von Beratungsinteraktionen bedeutet dies konkret, daß die einzelnen Äußerungen der Teilnehmer Schritt für Schritt in ihrer realen Reihenfolge analysiert werden müssen. Dadurch kann bestimmt werden, was sich in ihnen objektiv von den fallspezifischen Problemen der jeweiligen Klienten ausdrückt, wieviel von den Mitarbeitern und anderen Teilnehmern davon intentional realisiert werden kann und in welcher Form in einem Prozeß des Ausschließens von alternativen Lesarten des Falles bestimmte Konsequenzen ausgehandelt werden.

Das hat vor allem Probleme der Systematisierung der Datenebenen aufgeworfen. Sie wurden so gelöst, daß die Institution GBE zunächst von ihren gesundheitsrechtlichen Grundlagen, dem "Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz-GDG)" und der sie konstituierenden Senatsvorlage Nr. 276 vom 5.2.1979 (siehe unten Materialband Abschnitt 2) her erschlossen wurde. Die einschlägigen Paragraphen (1, 18, 22) des GDG und die Senatsvorlage bilden den strukturellen Rahmen, der manifeste und latente Strukturvorgaben bereitstellt, die das Interaktionssystem GBE konstituieren. Damit werden Strukturentscheidungen getroffen, die die Stellenstruktur wie die Formen und Inhalte der konkreten Beratungstätigkeit der Mitarbeiter beeinflussen. Deshalb wurden die entsprechenden Paragraphen des GDG und die Senatsvorlage vergleichsweise ausführlich interpretiert (Kapitel 1). Die zwischen 1979 und 1981 eröffneten Stellen realisieren diese Strukturvorgaben in je spezifischer Ausformung durch ihre konkrete Konzeption, Personalstruktur und das Ensemble ihrer Aktivitäten. Dementsprechend wurden zunächst die Konzepte der Stellen auf der Grundlage ihrer Selbstverständnisse und Selbstdeutungen (Kapitel 2.6) und ihre Personalstruktur sowie deren Entwicklung (Kapitel 7) und dann die Strukturbildung der GBE anhand der Ausbildung typischer Strukturen des Beratungshandelns (Kapitel 4) untersucht.

Schließlich war zu fragen, wie dieses Strukturgebilde auf seine Zielgruppen, seine Adressaten, wirkt - qualitativ wie quantitativ, unterschieden nach einzelnen Klienten, Multiplikatoren und Kooperationspartnern (Kapitel 5, 6, 8). Zusammenfassend waren also fünf Ebenen zu unterscheiden, die strukturanalytisch untersucht wurden, um der Komplexität der Beratungsinstitution GBE gerecht zu werden und differenzieren zu kön-

Um diesen Prozeß der realen Selektion hinreichend explizit und von den Selbsteinschätzungen der Interaktanten unabhängig nachzeichnen zu können, ist es für das Interpretationsverfahren unabdingbar, daß die Texte von einer Gruppe aus mehreren Forschern diskutiert werden, deren Phantasie und Urteilsvermögen nicht im vorhinein von der Kenntnis des Untersuchungsgegenstands bzw. Falls präokkupiert ist. Aus demselben Grunde hat es sich empfohlen, "Gastinterpreten" hinzuzuziehen, die sich durch die Kompetenz und die schon vorliegenden Interpretationen der Forschergruppe nicht zu sehr beeindrucken lassen.

nen, welche Strukturbedingungen auf welcher Ebene angelegt sind:

1. die gesetzliche Grundlage allgemein im gesundheitspolitischen Kontext; 2. die konkrete rechtliche Basis in Gestalt der Senatsvorlage Nr. 276; 3. die einzelnen Stellen als je konkrete Ausformungen und Realisationen der Institution GBE; 4. die Beratungsinteraktion(en) der Stellen bzw. der Mitarbeiter mit den Adressaten und 5. diese selbst (einzelne Klienten und Systeme).

Erst eine solche Differenzierung der Ebenen bei der Strukturanalyse von Institutionen erlaubt es, spezifische Handlungsprobleme und (ebenen-) spezifische Lösungen dieser Handlungsprobleme angemessen zu unterscheiden. Leistungen wie Defizite einer Institution lassen sich dann auf die Ebene beziehen, von der sie tatsächlich ausgehen.

III

Die vorgelegte Untersuchung hätte nicht durchgeführt werden können ohne die Unterstützung und Mitarbeit von zahlreichen Seiten, für die wir uns an dieser Stelle bedanken möchten.

Insbesondere die Stellen der GBE bzw. ihre Mitarbeiter haben wesentlich zu ihrem Gelingen beigetragen. Sie haben in einem für ein Forschungsprojekt ganz außergewöhnlichen Maße die Bereitschaft an den Tag gelegt, mitzuarbeiten, d.h. konkret an Diskussionen teilzunehmen, Einblick in die Stellen und in Material zu geben, die Forscher an ihren Aktivitäten teilnehmen und auch ihre Beratungstätigkeit selbst protokollieren zu lassen sowie diverse Fragebogen auszufüllen. Sie haben das Projekt außerdem dadurch unterstützt, daß sie Fragebogen an Klienten weitergegeben und Kontakte mit ihnen und Nachfolgruppierungen ihrer eigenen Angebote vermittelt haben und insgesamt viel Zeit geopfert und einen eindrucksvollen Vertrauensvorschuß gegeben. Wir können nur hoffen, daß der vorliegende Bericht diese Arbeit angemessen würdigt, auch dort, wo er kritisch ist, und daß die Ergebnisse einen kleinen Beitrag zur Selbstverständigung der Stellen leisten können.

Dasselbe gilt für die Klienten der GBE, die bereitwillig die Fragebogen ausgefüllt und sich vielfach für ausführliche Interviews zur Verfügung

gestellt haben. Auch hier bestand eine große Bereitschaft, ohne eine sonst weitverbreitete Skepsis gegenüber sozialwissenschaftlicher Forschung an deren Gelingen mitzuwirken.

Ganz besondere Unterstützung hat das Projekt durch die zuständige Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Familie erfahren, die schon während der Voruntersuchung einer Erforschung der GBE sehr interessiert und aufgeschlossen gegenüberstand, Material zur Verfügung stellte und, wie es in der Sprache der Verwaltung heißt, ausdrücklich "grünes Licht" gab, wenn von Bezirksseite wegen der Untersuchung nachgefragt wurde. Während der Laufzeit des hier berichteten Projekts ging diese Aufgeschlossenheit und Unterstützung noch weiter: Das Projekt bekam alle wünschenswerten Informationen und Materialien, seine Arbeit wurde durch entsprechende Hinweise an die Bezirke wesentlich erleichtert, und es bekam sogar Gelegenheit, an überbezirklichen Treffen der Mitarbeiter zur Fortbildung und Koordination teilzunehmen. Dem für die GBE zuständigen Referenten der Senatsverwaltung, Herrn Härtel, möchten wir deshalb an dieser Stelle ausdrücklich unseren Dank aussprechen.

Die vorliegende Untersuchung hätte nicht stattfinden können ohne die engagierte und fachlich kompetente Mitarbeit von jüngeren Kollegen, die Teile der Datenerhebung und Datenauswertung übernommen hatten und durch diese Arbeit wie durch ihre Fragen und Kritiken in Projektdiskussionen, Organisationsbesprechungen und Gruppenauswertungen wesentlich dazu beitrugen, daß das Projekt inhaltlich Kontur gewann und zu den Ergebnissen kam, die hier vorgelegt werden - für die gleichwohl die Autoren die alleinige Verantwortung übernehmen. Diese Beiträge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Karin Andriske-Wolf, Johann Behrens, Birgit Hornschuch, Christine Köhler, Martina Leber, Hans-Jürgen Lorenz, Gerald Schneider, Andreas Simm und Werner Vinzenz möchten wir ausdrücklich würdigen und ihnen dafür danken.

Schließlich möchten wir den Auftraggeber, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, und den zuständigen Referenten, Herrn Töppich, ebenfalls in unsere Danksagung einbeziehen. Die BZgA hat uns ermöglicht, in einer von uns selbst gewählten Weise und Richtung zu forschen, ohne den Duktus eines Projekts, das den Gegenstand in der Arbeit selbst erschließt, durch Festlegung auf vorab bestimmte Fragestellungen einzu-

schränken (außer den von uns im Projektantrag selbst formulierten, die auf Interesse gestoßen sind) und Herr Töppich hat durch genaue Nachfragen und eingehende Diskussionen ermöglicht, Bericht und Ergebnisse so zu präzisieren, daß, wie wir hoffen, der Bericht gleichermaßen das wissenschaftliche Erschließen eines Gegenstands dokumentiert wie gesundheitspolitisch aufschlußreiche Ergebnisse bietet.

Berlin, August 1985

Helge Grünewald

Michael Wolf

1. KONZEPTION, IMPLEMENTIERUNG UND ERRICHTUNG DER GBE¹⁾

1.1 Die Altenberatung in Berlin-Charlottenburg

Am Anfang einer Gesundheitsberatung innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin standen Aktivitäten der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses für Chronisch- und Alterskranke in Berlin-Charlottenburg. Aus der Erkenntnis heraus, daß alte Menschen häufig viel zu oft in Krankenhäuser eingewiesen werden ("misplacement") und viel eher wieder entlassen werden können, wenn es geeignete Nachsorge gibt, entstand die Idee, bessere Nachsorgeangebote zu schaffen.

So wurde 1972 von der Inneren Abteilung des Krankenhauses für Alters- und Chronischkranke in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Charlottenburg eine Altenberatungsstelle eröffnet. Diese Altenberatungsstelle bot regelmäßig an: eine wöchentliche Alterssprechstunde mit Beratung zu Gesundheits- und Ernährungsfragen, altengerechtem Wohnen, Betreuungsmöglichkeiten, Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Selbständigkeit sowie eine monatliche Vortragsreihe über gesundheitliche

1) Die Stadt Berlin-West ist in rechtlicher Hinsicht ein wegen der alliierten Vorbehaltsrechte besonderes Land der Bundesrepublik Deutschland. Das Land Berlin gliedert sich in 12 Bezirke, die in verschiedenen Hinsichten autonom sind und stadtähnlichen Status haben. Diese Gliederung geht zurück auf die Bildung von Groß-Berlin 1919 durch den Zusammenschluß verschiedener bis dahin selbständiger Gemeinden mit der Stadt Berlin. Wegen dieser heutigen Zweigliederung in Land und Bezirke gibt es grundsätzlich zwei gegeneinander relativ autonome Ebene der Verwaltung: die Senatsverwaltung (im folgenden bisweilen auch Hauptverwaltung genannt) und die jeweiligen Bezirksverwaltungen ("Bezirksämter"). Für alle hoheitlichen Aufgaben des Gesundheitswesens (z.B. Zulassung zu Medizinalberufen) und die Wahrnehmung der sog. Vorbehaltsaufgaben (Entwicklung gesundheitspolitischer Konzeptionen und deren Verwirklichung mit rechtlichen und haushaltsmäßigen Mitteln) ist grundsätzlich die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Familie zuständig. Die Realisierung der rechtlich normierten Vorgaben und die Wahrnehmung der laufenden Aufgaben des öGD im Sinne einer kontrollierenden und leistenden Verwaltung obliegt den bezirklichen "Abteilungen Gesundheitswesen", die den Gesundheitsämtern in der Bundesrepublik entsprechen.



DIE "GESUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE" (GBE) IN BERLIN

Die Namen der 8 Berliner Bezirke, in denen Gesundheitsberatungsstellen bestehen, sind in Großbuchstaben geschrieben.

probleme im Alter. Ihr Angebot wurde hauptsächlich von den älteren Menschen genutzt, die noch über genügend eigene Aktivitäten verfügen. Diejenigen, die nicht kommen konnten, sondern krank und isoliert in ihrer Wohnung lebten, konnten jedoch nicht erreicht werden. Aus diesen Erfahrungen u.a. entstand 1974 die Konzeption einer geriatrischen Tagesklinik, angegliedert an das Städtische Krankenhaus für Chronisch- und Alterskranke. Für zu Hause lebende alte Menschen sollte das Verbleiben in der gewohnten häuslichen Umgebung verlängert, für die aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten die im Krankenhaus begonnene Rehabilitation weitergeführt werden. Vorgesehen waren ambulante Rehabilitationsangebote sowie eine ambulante Beratung: ärztliche Betreuung, psychologische Beratung, diätetische Beratung, Beratung durch einen Sozialarbeiter, Gruppenaktivitäten - Angebote, die sich in der späteren Gesundheitsberatung wiederfinden. Daneben krankengymnastische und Badebehandlung, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, logopädische Behandlung, körperhygienische Maßnahmen, Mittagessen und Nebenmahlzeiten, andere Aktivitäten oder Angebote, die zum Alltagsleben gehören, sowie eine orthopädische Werkstatt (FALCK u.a. 1974).

Dieses Konzept wurde dann aber nicht in die Praxis umgesetzt. Die Altenberatungsstelle arbeitete weiter, bot Beratungsgespräche an, half durch Vorabklärung evtl. unnötige Inanspruchnahmen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu vermeiden und leistete gesundheitsaufklärerische Arbeit.

Schon damals erschien eine feste personelle Ausstattung erforderlich, und zwar zumindest mit je einer halben Arztstelle, Sozialarbeiterstelle und Schreibkraftstelle (Erfahrungsbericht FALCK/NAUJOCKS 1976).

Nach dem Erfahrungsbericht der Stelle wurde 1976 in der Senats-Gesundheitsverwaltung ein Konzept für eine Altenberatungsstelle entworfen, die aber am bezirklichen Gesundheitsamt und nicht mehr am Krankenhaus angesiedelt sein sollte. Danach sollten stufenweise in allen Berliner Bezirken Altenberatungsstellen errichtet werden. Diese "Gesundheitshilfe für alte Menschen" sollte "eine ärztliche und fürsorgerische Gemeinschaftsaufgabe" sein und folgende vier Zielgruppen erreichen (Entwurf 1976):

- alte Menschen und ihre Angehörigen bzw. Bezugspersonen, denen Hilfe und Beratung bei Störungen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens angeboten werden sollte;
- Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für alte Menschen, denen geriatrische und gerontopsychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen vermittelt werden sollten,
- Behörden und freie Wohlfahrtsverbände und deren Mitarbeitern, sofern sie alte Menschen betreuen und beraten,
- niedergelassene und in Behörden tätige Ärzte, die alte Menschen behandeln und die in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Fragestellungen Supervision durch die Gesundheitshilfe erhalten sollten.

Als Mitarbeiter waren in erster Linie ein Sozialarbeiter, eine Schreibkraft und ein Arzt (halbe Stelle) vorgesehen. Ferner war an die Mitarbeit von Sozialarbeitern aus den Bereichen Sozialwesen, Sozialpsychiatrischer Dienst und Krankenhaus-Sozialdienst gedacht. Als Beratung war geplant: Sprechstunden in der Stelle selbst, monatliche Besuche von Einrichtungen zur Betreuung und Behandlung alter Menschen und zwei- bis dreimal jährlich geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Fortbildungsveranstaltungen für in eigener Praxis oder in Institutionen und Behörden tätige Ärzte. Dabei war an eine Form von Weiterbildung nach dem Modell der Balint-Gruppen gedacht. Dieses Konzept wurde jedoch nicht realisiert.

Die Charlottenburger Abteilung Gesundheitswesen entwickelte 1978 das Konzept einer "ärztlichen Altenberatung". Als Aufgaben des "Altengesundheitsdienstes - Beratungsstelle für Erwachsene im Bezirk Charlottenburg" werden genannt (vgl. Stellungnahme Stadtrat DITTNER, 19.7. 1978):

Beratung älterer Bürger und ihrer Bezugspersonen in gesundheitlichen Fragen, positive Gestaltung des Alterns als interdisziplinäre Beratung, Umgang mit Krankheit in Form von Gesprächen und praktischen Hilfen, Koordination medizinischer Kontrollen (Vorsorge), Beschäftigung mit sozialmedizinischen Fragen von Wohnungsgestaltung über Heimübersiedlung bis zu Planung von Nachbarschaftshilfe, Veranlassung von Haus- und Hauskrankenpflege bei Altersbehinderten.

Konkret sollte sie anbieten:

Beratung, Sprechstunden des Arztes und des Sozialarbeiters, Hausbesuche, Gruppenarbeit zu gesundheitsbewußtem Verhalten (Autogenes Training, Alterssport, Diätberatung, Gespräche etc.), Vorträge mit Diskussionen, Kooperation mit anderen Dienststellen und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege sowie Beratung und Fortbildung von deren Mitarbeitern, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Fallbesprechungen, berufs begleitende Fortbildung für die Mitarbeiter der Beratungsstelle.

Die personelle Ausstattung wurde weiter gefaßt als im Senatskonzept der "Gesundheitshilfe für alte Menschen". Die Beratungsstelle sollte mit einem Arzt, einer Arzthelferin, einer Krankengymnastin, einer Diätassistentin, einer Krankenschwester, einem Sozialarbeiter sowie einem Psychologen oder Sozialpädagogen besetzt werden (jeweils halbe Stellen). Ergänzend wurde auf die Notwendigkeit der Einstellung einer Altenpflegerin (20 Stunden) hingewiesen, die u.a. Hausbesuche bei älteren, immobilen Bürgern machen sollte.

1.2 Von der "Altenberatung" zur "Gesundheitsberatung" für Erwachsene

Daß die geplante Altenberatung nicht realisiert wurde, lag an anderen konzeptionellen Vorstellungen und Gewichtungen in der Senatsverwaltung für Gesundheit. So wurde gefragt, ob ein Angebot des Gesundheitsamtes mit der Bezeichnung "Altenberatung" zur Teilnahme wirklich motivieren könne und welchen Klientenkreis es eigentlich anspreche. Vor allem aber waren gesundheitspolitische Überlegungen ausschlaggebend. Die Beratung sollte präventive Wirkung haben. Deshalb erschien es als nicht folgerichtig, daß sich der öffentliche Gesundheitsdienst zwar um die junge Bevölkerung (Kinder und Jugendliche) bis zum Eintritt ins Berufsleben bemühe, dann aber erst wieder tätig würde, wenn der Erwachsene alt geworden sei. Die Gesundheitsverwaltung sah hier eine Lücke zwischen den Beratungsangeboten für junge und alte Menschen. Durch diese würden - so wurde befürchtet - die Erwachsenen im mittleren Lebensalter, vor al-

lem die Berufstätigen fallen, bei denen eine Verbesserung der gesundheitlichen Prävention gleichfalls erforderlich sei. Durch das Angebot einer Beratung für alle Erwachsenen könnte eine "präventive Kette" geschlossen werden, die alle Altersgruppen umgreifen würde.

Diese Überlegungen ließen anstelle "alter Menschen" ganz allgemein "Erwachsene" als Zielgruppen der Beratungstätigkeit in den Vordergrund treten, wobei angenommen wurde, daß gleichwohl überwiegend ältere Menschen die Angebote wahrnehmen würden (Information aus der Senatsverwaltung).

Mit dieser in erster Linie gesundheitspolitisch begründeten Konzentration auf Probleme der "Aktivbürgerschaft" (DITTNER 1983) gewannen die Beratungsstellen eine stärkere gesundheitspräventive Bedeutung als in ihrer ursprünglichen Gestalt als Altenberatung. Sie sollten auf Bevölkerungsgruppen zielen, die wegen ihres Alters und ihrer Lebensweise Ansatzpunkte zu einer wirksamen gesundheitlichen Prävention bieten.

Am 1. Januar 1979 - also noch vor dem Inkrafttreten der Senatsvorlage über die Errichtung von GBE in den Berliner Bezirken - nahm in Charlottenburg die "Gesundheitsberatung für Erwachsene" ihre Tätigkeit auf. Die personelle Ausstattung mit Ärztin, Krankengymnastin, Diätassistentin, Krankenschwester und einer Altenpflegerin sowie Arzthelferin entsprach im wesentlichen derjenigen, die zuvor für die Altenberatung geplant war, lediglich die Stelle des Sozialarbeiters fiel zunächst weg. Aus den Äußerungen der politisch Verantwortlichen, vor allem des Gesundheitsstadtrates, ging hervor, daß darüber hinaus weitere Personalstellen geschaffen werden sollten (vgl. Vorlage für die BVV vom 12.1.1979).

1.3 Die rechtlichen Grundlagen der GBE

Vorbemerkung

Bis zur Verabschiedung des GDG am 28.7.1980 galt grundsätzlich das Reichsgesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.1934 nebst den dazu erlassenen Durchführungsverordnungen (von 1935). Nach 1945 wurden neue Vorschriften für das Gesundheitswesen erlassen (z.B. Bundesseuchengesetz). 1970 sprach sich die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) für eine Neuregelung der Aufgaben des öGD in den Bundesländern aus. Hierzu verabschiedete sie am 14.12.1972 eine Richtlinie über Ländergesetze für das Gesundheitswesen. Diese Richtlinie war Grundlage für die Vorlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vom 7.9.1979 wie für die vom Abgeordnetenhaus des Landes Berlin am 28.7.1980 verabschiedete Fassung des Gesetzes. Obwohl dieses Gesetz erst nach Verabschiedung der Senatsvorlage Nr. 276 (5.2.1979) erlassen wurde, bildet es gleichwohl inzwischen die Rechtsgrundlage der GBE. 1)

Die rechtlichen Grundlagen der GBE sind das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) sowie die Senatsvorlage Nr. 2206/78 über Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin.

In § 1 des GDG wird die Aufgabenstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bestimmt. Dort heißt es zu der hier in Rede stehenden Thematik in Absatz 2:

"Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt vor allem folgende 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, ...".

Bemerkenswert an diesen Formulierungen ist zunächst, daß zuerst Aufgaben genannt werden, die nicht die "klassischen" gesundheitspolizeilichen Aufgaben des öGD sind. Diese werden erst später genannt, vergleiche

1) Zum Vergleich der gesundheitsrechtlichen Situation in anderen Bundesländern siehe unten, Kapitel 9.

GDG § 1, Satz 3-8. Der Landesgesetzgeber bestimmt diese letzteren Aufgaben damit offensichtlich im Rahmen bzw. im Kontext der erstgenannten und geht von vornherein von einer allgemeinen präventiven Aufgabenstellung des öGD aus.

Die für die Einrichtung der GBE grundlegenden Vorschriften finden sich in § 22 des GDG. Hier heißt es unter der Überschrift "Erwachsene":

"Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut Erwachsene in gesundheitlichen Fragen, vor allem hinsichtlich gesunder Ernährung und der schädigenden Folgen von Bewegungsmangel und von Mißbrauch von Nikotin, Alkohol, Arzneimitteln und Suchtstoffen. Er führt Untersuchungen, insbesondere zur Früherkennung von Krankheiten, durch und sorgt für erforderliche Behandlungen."

Die in § 22 genannten Aufgabenstellungen werden allgemein im "Grundsatz" der Gesundheitshilfe in § 18 des GDG festgelegt. Dort heißt es:

- "(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut die Bevölkerung in allen Fragen der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Gesundheit (Gesundheitshilfe) ...
- (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 aufgrund ihrer Gesundheitsstörung nicht bereit sind, einen Arzt ihrer freien Wahl aufzusuchen.
- (3) Die Aufgaben anderer, insbesondere der niedergelassenen Ärzte und Wohlfahrtsverbände, bleiben unberührt."

Die gesundheitspolitischen Absichten des Landesgesetzgebers und ihr Hintergrund sind ausführlich in der Senatsvorlage Nr. 2206/78 über "Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin" dargelegt.

Hier wird zunächst auf den Bericht über "Aufbau und Aufgaben der Gesundheitsfürsorge" von 1963 Bezug genommen, in dem es zu den Aufgaben des öGD heißt:

"Gesundheitsfürsorge wird in ihren Möglichkeiten grundsätzlich nicht durch die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen begrenzt, ihre Leistungen werden im allgemeinen dem Bürger nicht aufgezwungen, sondern nur angeboten. 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." (Senatsvorlage 1978, S. 1)

Diese Perspektive wird nun (1978) konkretisiert:

"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 Arztzahlen in beiden Bereichen über einen längeren Zeitraum. Bis zur Mitte der siebziger Jahre hatte sich in 20 Jahren die Zahl der Krankenhausärzte verdreifacht, während die Zahl der niedergelassenen Ärzte und der Ärzte in der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öGD 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 gesundheitspolitisch nicht allein von besonderem Wert, weil sie den Menschen vor gesundheitlichen Schäden bewahren und Krankheitsfolgen ertragen helfen. Sie vermögen auch den Kostenaufwand für die Gesundheitsversorgung insgesamt zu reduzieren und damit die wachsende finanzielle Belastung der Versicherten zu mindern."

Die avisierte Gewichtsverlagerung zu einer betont präventiven Medizin vor allem im öffentlichen Gesundheitsdienst wird begründet mit

- a) einem Rekurs auf Veränderungen der Epidemiologie von Krankheiten (Rückgang von Tuberkulose, Zunahme von Diabetes, steigender Konsum von Alkohol und Drogen etc., also mit einer Zunahme von Erkrankungen, die einerseits in die "klassischen" Aufgabenbereiche des öGD gehören, andererseits zu neuen Aufgabenschwerpunkten im Sinne der (Primär- oder Sekundär-) Prävention von Zivilisationskrankheiten und chronischen Erkrankungen (vgl. Senatsvorlage, S. 4 f.));
- b) "Fortschritten der Medizin", die einen "Aufgabenzuwachs" des öGD bedingen, vor allem in der prä- und perinatalen Medizin, der Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter, bestimmter Krebsformen, psychischer Erkrankungen sowie Behinderungen (vgl. ebenda, S. 5).

In der Darstellung von "Einzelbereichen der Gesundheitsvor- und -fürsorge" in der Senatsvorlage von 1978 findet sich unter 2.11 und unter dem Titel "Gesundheitsberatung für Erwachsene" eine Skizze der Aufgabengestaltung der erst ein Jahr später durch die Senatsvorlage Nr. 276 (vom 5.2.1979) rechtlich etablierten "Gesundheitsberatung für Erwachsene".

Zur Begründung dieser GBE wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Bevölkerung durch "rechtzeitige Beratung und den Einsatz sozialmedizinischer Hilfen so lange wie möglich gesundzuerhalten und vor Krankheit

zu schützen". Das gelte vor allem für Bevölkerungsgruppen, die durch ihr Lebensalter, durch bestimmte äußere Einflüsse oder andere Faktoren besonders gefährdet seien.

Ihre Aufgaben sind (und diese Aufgaben finden sich wörtlich in der Senatsvorlage Nr. 276 wieder):

- " - erwachsene Bürger vorbeugend sozialmedizinisch zu beraten,
- behördliche und frei gemeinnützige Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen fachlich zu beraten, zu unterstützen oder derartige Veranstaltungen selbst durchzuführen, sowie
- behördliche und frei gemeinnützige Stellen unter Berücksichtigung von deren Aufgabenzuständigkeiten auf geriatrischem Gebiet fachlich zu beraten und zu unterstützen."

(Senatsvorlage 1978, S. 37; zur Interpretation dieser Aufgabenstellung im einzelnen siehe unten, Kapitel 1.5)

In der Grundsatzvorlage heißt es dann weiter:

"Durch eine solche, neu im Gesundheitsamt anzusiedelnde Aufgabe sollen in Form von Einzel- und Gruppenberatungen und -aktivitäten möglichst viele Menschen zu gesundheitlich richtigen Lebensgewohnheiten motiviert werden. Da falsche Lebensgewohnheiten in den meisten Fällen früh beginnen, sollten sich die Aktivitäten grundsätzlich auf alle Altersgruppen von Erwachsenen beziehen."
(a.a.O., S. 37)

Konstitutiv für die GBE ist also die Einsicht in die "Notwendigkeit", Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention auszuweiten, u.a. durch "Beratung" und "sozialmedizinische Hilfe". Es erscheint zweckmäßig, diese im öGD zu ressortieren. Die Autoren gehen davon aus, daß diese Maßnahmen weder von den niedergelassenen Ärzten, noch von den Krankenhäusern oder anderen gesundheitlichen oder sozialen Einrichtungen zureichend übernommen werden können. Ergänzend wird auf eine bereits bestehende Nachfrage verwiesen, und Anregungen zum methodischen Vorgehen werden gegeben. Dabei handelt es sich neben den bereits erwähnten Einzel- und Gruppenberatungen vor allem um das Konzept einer "Geh-Struktur" (in der die Gesundheitsberater zum Bürger hingehen im Unterschied zu einer "Komm-Struktur", in der die Bürger zum Berater oder Helfer hingehen), weiter finden sich Hinweise zur Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten sowie zu organisatorischen Fragen (a.a.O., S. 38).

Bevor wir uns der die Stellen konstituierenden Senatsvorlage Nr. 276 zuwenden, wollen wir zunächst noch einmal zu dem bereits erwähnten § 22 GDG zurückkehren, in dem die Aufgaben der GBE umrissen sind und der die gesetzliche Grundlage darstellt, auf die sich die Senatsvorlage Nr. 276 zur Errichtung der GBE bezieht. Diese Aufgabendefinitionen legen grundsätzliche Strukturen und Funktionen der GBE fest. Zweck ihrer ausführlichen Erörterung ist, deutlich werden zu lassen, daß bestimmte, in der empirischen Analyse der Stellen und ihrer Arbeit (siehe unten) festzustellende Strukturprobleme der GBE schon in ihrer rechtlichen Grundlage enthalten sind.

1. Hier fällt zunächst die Überschrift "Erwachsene" auf. Aus dem Kontext ergibt sich, daß hier paragrafenweise abgehandelt wird, mit welchen anderen Klientengruppen der öGD befaßt ist. Diese werden einerseits nach biographischen (Ehe und Partnerschaft, Schwangerschaft, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche), andererseits nach sozialen (Krankenhausentlassene) sowie nach organmedizinischen (z.B. Geschwulstkranke, Geschlechtskranke etc.) Merkmalen erfaßt. Was bedeutet in diesem Kontext der Ausdruck "Erwachsene"? Offenbar umfaßt er mit Ausnahme biographisch bestimmter Sondergruppen, auf die eigens verwiesen wird, alle anderen Teilgruppen der Population und stellt eine Sammelkategorie dar. Diese vergleichsweise geringe Präzision der Definition der möglichen Klienten der GBE als Erwachsene muß eine künftige Vorlage zur Errichtung der Stellen wie auch die künftigen Stellen selbst vor die Aufgabe der Präzisierung stellen, um sich selbst positiv im Unterschied zu anderen Stellen des öGD darzustellen.

2. Diese Klienten sollen beraten und betreut werden. Dabei ist der Begriff 'Betreuung' bemerkenswert. Betreuung impliziert im Grunde immer Betreuungsbedürftigkeit. Betreut werden im allgemeinen Personen, die nicht zureichend für sich selbst sorgen können (z.B. Kinder). Dies steht in Widerspruch zum Begriff des "Erwachsenen", der als Titel der Einrichtung firmiert. Der Erwachsene als autonomes und handlungsfähiges Subjekt ist per definitionem gerade nicht betreuungsbedürftig. Gleichwohl soll er "in gesundheitlichen Fragen" betreut werden, d.h., es sol-

len ihm Maßnahmen angeboten werden, die sich auf Personen richten, die nicht zureichend selbst für sich sorgen können.

Wenn dieser Widerspruch zwischen der angenommenen Betreuungsbedürftigkeit der Adressaten einer künftigen GBE und dem ihnen zugeschriebenen Status als "Erwachsene" sowohl in der Senatsvorlage zur Errichtung der GBE als auch in den Beratungsaktivitäten der Stellen selbst wieder auftaucht, ist zu vermuten, daß er diese als struktureller Widerspruch vor Konsistenzprobleme ihrer Darstellung und Arbeit stellen wird.

3. Nachdem zum Handlungstyp der Gesundheitsberatung für Erwachsene im Gesetz festgelegt worden ist, daß der öGD "berät und betreut", kommt mit der Formulierung, der öGD "führt Untersuchungen durch, insbesondere zur Früherkennung von Krankheiten", ein Element hinzu, das über diese die kurative Medizin präventiv ergänzenden Aufgaben hinausgeht.

Nach geltendem Krankenversicherungsrecht (RVO bzw. SGB) ist die Durchführung von Untersuchungen grundsätzlich eine Aufgabe der kasernenärztlichen Versorgung. Dazu gehört seit Mitte der siebziger Jahre die Früherkennung von Krankheiten. Es ist deshalb zu vermuten, daß, wenn der öGD wirklich Untersuchungen (z.B. zur Früherkennung von Krankheiten) durchführt, Konflikte mit den niedergelassenen Ärzten entstehen, denen diese Aufgabe sonst obliegt.

4. Im weiteren Verlauf des Gesetzestextes wird die Möglichkeit einer Überschneidung der Aufgaben des öGD bzw. hier der GBE mit denjenigen der niedergelassenen Ärzteschaft noch deutlicher. Als weitere Aufgabe des öGD wird genannt: Er "sorgt für erforderliche Behandlung". Das kann heißen, er besorgt diese erforderliche Behandlung in eigener Regie, oder er veranlaßt, daß der Patient bzw. Klient anderweitig behandelt wird. In beiden Fällen klingt der "gesundheitspolizeiliche" Auftrag des öGD an, obwohl es sich von der Sache her ja gerade um Gesundheits-"vor- und -fürsorge", d.h. gesundheitliche Prävention jenseits der klassischen Aufgaben des öGD handelt.

5. Schließlich werden im Gesetzestext bereits bestimmte Aufgabenbereiche der GBE exemplarisch ausdrücklich benannt: Ernährung, schädliche Folgen von Bewegungsmangel sowie Mißbrauch von Nikotin, Alkohol, Arzneimitteln und Suchtstoffen. Hier handelt es sich offensichtlich vor allem um diejenigen gesundheitlichen Problembereiche, die in der 'Risikofaktorenmedizin'¹⁾ als Ursache vor allem von Herz-Kreislaufkrankungen, also einer der typischen 'Zivilisationskrankheiten', identifiziert worden sind.

6. Im übrigen fällt an den Formulierungen des § 22 GDG auf, daß jeder explizite Hinweis auf die Gruppe der alten Menschen fehlt. Dieser Bezug wird erst wieder in der Senatsvorlage zur Errichtung von GBE hergestellt. Insofern kann der § 22 GDG so verstanden werden, daß hier stärker diejenigen Intentionen zum Tragen gekommen sind, die mit der GBE insbesondere die gesundheitliche Prävention erwachsener Berufstätiger fördern wollten (vgl. oben, Kapitel 1.2).

1.4 Die Entstehung der Senatsvorlage Nr. 276

Die Senatsvorlage zur Errichtung der GBE geht wie das GDG auf die Vorlage Nr. 2206/78 des damaligen Senators Pätzold zurück, in der eine neuartige Konzeption des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgestellt wurde. In dieser sind die Stellen für Erwachsene nur grob skizziert (siehe oben), die Senatsvorlage zu ihrer Errichtung ist als ihre verwaltungsmäßige und haushaltmäßige Konkretisierung anzusehen. Als eine Senatsvorlage zur Kenntnisnahme des Abgeordnetenhauses stellt sie rechtlich eine vom Berliner Senat erlassene Verwaltungsvorschrift dar, die dem Abgeordnetenhaus nicht zur Beschlußfassung vorgelegt, sondern lediglich zur Kenntnis gegeben wurde (vgl. §§ 12, 13 GGO des Senats).

Dies geschah in der letzten Sitzung der 7. Legislaturperiode. Wie sich aus dem Protokoll ergibt, fand keine Diskussion statt. Das lag vor allem

1) Vgl. exemplarisch ABHOLZ et al. 1982

an diesem Zeitpunkt. Die Opposition hielt es (so ihre Vertreter heute) für wahltaktisch ungeschickt, eine allgemein anerkannte "gute Sache" nur wegen Meinungsverschiedenheiten über die Form ihrer Verwirklichung abzulehnen. Die Senatsvorlage wurde dann zu ihrer Realisierung über den Rat der Bürgermeister an die Bezirke weitergeleitet.

Auf die endgültige Formulierung nahmen verschiedene (gesundheits-)politische Fraktionen und Interessengruppen Einfluß (bzw. versuchten dies):¹⁾

Die Vorstellung der Senatsverwaltung für Gesundheit ging in erster Linie dahin, von der früheren Altenberatung (Charlottenburg) auf Landesebene zu einer "Erwachsenenberatung" zu kommen.

Bei "Erwachsenen" war vor allem an Berufstätige gedacht, die gesundheitlich besonders belastet sind, die aber an den Folgen dieser Belastung noch nicht so leiden, daß sie von sich aus präventive Maßnahmen oder vorbeugende Behandlungen in Anspruch nehmen. Die neue Maßnahme gesundheitlicher Prävention "GBE" sollte sich damit insbesondere an eine Gruppe richten, die nicht zu den klassischerweise vom öGD gesundheitlich betreuten Bevölkerungsgruppen gehört. Das Ziel war die Herstellung einer Kontinuität gesundheitspräventiver Angebote des öGD für alle Lebensalter - eben das oben genannte Schließen der "präventiven Kette". Methodisch sollte sich diese Gesundheitsberatung an Modellen von Gesundheitserziehung orientieren.

Die Haltung der Amtsärzte war nicht einheitlich. Einerseits und überwiegend wurde die Notwendigkeit der neuen Einrichtung GBE bezweifelt. Andererseits betonten die Amtsärzte - sicherheitshalber und grundsätzlich -, Gesundheitsberatung sei eine ärztliche Aufgabe und müsse deshalb unter ärztlicher Leitung stattfinden. Dementsprechend gab es gerade von seiten der Amtsärzte Einwände und teilweise heftigen Widerstand, wenn später die Stelle des Leiters einer GBE "abweichend", d.h. nicht mit einem Arzt besetzt wurde. Gegenüber den vom GDG und der

1) Die dem folgenden zugrunde liegenden Informationen entstammen Experteninterviews sowie der Auswertung diesbezüglicher Unterlagen.

Senatsvorlage neu formulierten präventiven Aufgaben des öGD legten sie eher Zurückhaltung an den Tag und orientierten sich nach wie vor stark an alten gesundheitspolizeilichen und kommunalhygienischen Aufgaben.

Die Haltung der organisierten Ärzteschaft war anfangs, daß die GBE überflüssig, wenn nicht schädlich sei. Nach Verabschiedung der Senatsvorlage wurde dies öffentlich ganz deutlich. Man sprach von "herausgeworfenem Geld", was auf verteilungspolitische Interessen hinweist, wofür gerade in Berlin wegen der großen Ärztedichte eine hohe Sensibilität herrscht (vgl. Stellungnahme der KV Berlin 1981). Man sprach auch davon, daß Beratung und Behandlung untrennbar seien und in die Hände des niedergelassenen Praktikers gehörten. Ob sie von diesem überhaupt wahrgenommen würden, wenn ja, in welchem Umfang, und ob der niedergelassene Arzt hierfür überhaupt hinreichend qualifiziert und kompetent sei, wurde nicht weiter erörtert.¹⁾

Der Einfluß der Gewerkschaften richtete sich in erster Linie auf die Erhaltung von Arbeitsplätzen im öGD. Im Zusammenhang mit dem Krankenhausbedarfsplan war zu dieser Zeit ein erster Schritt zur Reduktion der Klinikbetten in Angriff genommen worden. Die Gewerkschaften (vor allem die ÖTV) bestanden darauf, daß für die hierdurch freiwerdenden Stellen Alternativen im öGD bereitgestellt werden müßten, und machten ihre Zustimmung zum Konzept der Bettenreduktion überhaupt davon abhängig, daß bereits konkrete alternative Stellenangebote bestanden (Information eines Stadtrats). Es ist wohl auch hierauf zurückzuführen, daß gerade zu dieser Zeit der öGD stärker in Richtung präventiver und beratender Tätigkeiten ausgebaut wurde, wovon u.a. die GBE profitieren konnte.²⁾

1) Diese Kritik hat sich aber in der Folgezeit gelegt, weil - wie Vertreter der Parteien ebenso wie der Verwaltung übereinstimmend äußerten - am Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Versorgung nicht gerührt wurde und stets eine Kooperation mit der Ärzteschaft als Ziel und Aufgabe der GBE betont und zunehmend auch verwirklicht worden ist (vgl. ausführlich Kapitel 6).

2) Siehe unten Kapitel 7.3 zur Entwicklung der Personalstruktur.

Die Einflüsse der SPD, der damaligen Berliner Regierungspartei und ihrer gesundheitspolitischen Konzepte auf die Senatsvorlage GBE waren sehr vielschichtig.

Ganz generell gab es Vorstellungen, den öGD "attraktiver" zu machen und neue Angebote zu entwickeln, die vor allem einen wirksamen Beitrag des öGD zur gesundheitlichen Prävention darstellen sollten. Dabei gingen strukturell z.T. sehr viel weitergehende Überlegungen ein. So gab und gibt es in der SPD eine Diskussion darüber, ob nicht eine stärkere öffentliche Organisation des Gesundheitswesens mit (staatlichen) Ambulatorien und Gesundheitszentren oder Praxisgemeinschaften im öGD insamt eine qualitativ bessere und zugleich kostengünstigere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen könnte als dessen gegenwärtige überwiegend privatwirtschaftlich organisierte Form durch die niedergelassenen Ärzte (Informationen aus den Gesprächen mit Bezirksstadträten und anderen gesundheitspolitischen Experten; vgl. auch die Senatsvorlage 2206/78, die die Konzeption der SPD enthält).

Zumindest zur Wahrnehmung von Aufgaben gesundheitlicher Prävention sei der öGD aus strukturellen wie aus wirtschaftlichen Gründen besser geeignet als der niedergelassene Arzt.¹⁾

Bei der FDP fanden sich inhaltlich ähnliche Überlegungen hinsichtlich der notwendigen Kostenbeschränkungen wie der Relevanz von gesundheitspräventiven Maßnahmen. Hier neigte man aber stärker zu nicht-staatlichen Organisationsformen als Trägern solcher Aktivitäten. Die Rede war hier von Sozialstationen, Gemeinschaftspraxen, Volkshochschulen u.a.m. (Informationen von Gesundheitspolitikern der FDP, programmatische Äußerungen).

1) Wie wichtig im übrigen insgesamt der Präventionsgedanke bei diesen Überlegungen zur Struktur des Gesundheitswesens ist, wird an den Programmen der Bundesregierung deutlich; vgl. BMFT, Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-81, Bonn 1978, besonders Aktionsprogramm, S. 40 ff. und Fortschreibung 1983.

Ähnlich, wenngleich - vor allem aus heutiger Sicht - prononcierter ist die Haltung der Gesundheitspolitiker der CDU hierzu gewesen (Informationen aus Gesprächen mit gesundheitspolitischen Experten und Bezirksstadträten). Generell wurde wie von den anderen Parteien die Notwendigkeit einer Einschränkung der "Kostenexplosion" betont und darauf hingewiesen, daß nicht zuletzt hiergegen gesundheitspräventive Maßnahmen ergriffen werden müßten.

Allerdings sah man den Weg anders als die Regierungspartei und die von ihr geleitete Gesundheitsverwaltung. Statt solche Aktivitäten vom öGD wahrnehmen zu lassen und hierfür besondere Stellen zu schaffen, schien eine Integration gesundheitsberaterischer Tätigkeit in bestehende Angebote anderer (vor allem frei-gemeinnütziger) Träger geeigneter. Man war der Auffassung, durch die Erweiterung der Kompetenzen der dort tätigen Mitarbeiter könnten auch gesundheitsberaterische Aktivitäten wahrgenommen werden - einer politischen Grundhaltung folgend, wonach freie bzw. private Initiativen immer staatlichen Aktivitäten vorzuziehen sind. Trotz dieser ziemlich deutlichen Alternative hinsichtlich der Träger gesundheitlicher Prävention durch Gesundheitsberatung hat die CDU vor allem aus den oben genannten wahltaktischen Überlegungen die GBE-Vorlage zur Kenntnis genommen und das Abgeordnetenhaus passieren lassen, ohne sich zu ihr weiter zu äußern.

1.5 Die Aufgaben und die Struktur der GBE gemäß der Senatsvorlage Nr. 276

Vorbemerkung

Die hier interpretierte Senatsvorlage rekuriert vielfach - wie durch den Verweis auf das GDG schon deutlich wird - auf andere Rechtsvorschriften des Gesundheitswesens, auf Richtlinien der GMK und allgemein auf die traditionellen Aufgabenbestimmungen des öGD. Die Tendenzen, die in der Interpretation expliziert werden, sind also nicht allein für die GBE charakteristisch, sondern auch für andere Einrichtungen des öGD. Die GBE ist eben auch eine Substruktur des öGD, dessen Aufgaben traditionell u.a. als "Gesundheitshilfe", "Fürsorge" etc. gefaßt sind, und dies kann sich in ihrer Arbeit reproduzieren und zu Widersprüchen und Kon-

flikten mit der Programmatik der GBE ("Beratung für Erwachsene") führen. Die ausführliche Interpretation der Senatsvorlage und der für sie grundlegenden Vorschriften des GDG soll die rechtlichen Voraussetzungen und damit die objektiven Handlungsgrundlagen verdeutlichen, auf der sich die Aktivitäten der GBE entwickelt haben. Dies nicht zuletzt, um zeigen zu können, daß manche Probleme der laufenden Arbeit der GBE weder an den einzelnen Mitarbeitern der Stellen, sondern an dieser Basis und ihren inneren Widersprüchen liegen. Im folgenden werden einzelne Widersprüche diskutiert, auf die in der Darstellung der empirischen Ergebnisse rekuriert werden soll.

"1. Allgemeines"

Generell werden im ersten Abschnitt "Allgemeines" der Senatsvorlage die Aufgaben der GBE der "Gesundheitshilfe" zugeordnet (vgl. auch GDG, Abschnitt IV). Eine solche Hilfe setzt begrifflich die Hilfsbedürftigkeit derjenigen voraus, denen hier geholfen werden soll. Analog hierzu war oben bereits darauf hingewiesen worden, daß eine Betreuung die Betreuungsbedürftigkeit der zu Betreuenden voraussetzt. Beides steht in Widerspruch zur Adressierung der GB an Erwachsene, die im Prinzip weder hilfs- noch betreuungsbedürftig sind (siehe oben).

Hilfe wird einerseits als Gesundheitsvorsorge und andererseits als Gesundheitsfürsorge gefaßt. Letztere soll sich auf Gruppen bereits "geschädigter Menschen" richten und ist deshalb vergleichsweise unproblematisch. Der Senat als Ordnungsgeber kann hier ja nur solche Gruppen von Geschädigten meinen, die außerstande sind, sich aus eigener Kraft (sozial, finanziell) Hilfe zu besorgen und die deswegen in die Zuständigkeit der öffentlichen Fürsorge fallen. Bemerkenswert ist aber, daß auch die Gesundheitsvorsorge unter Hilfe subsumiert wird und damit jeder, der eine Gesundheitsvorsorgemaßnahme im öffentlichen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, im Prinzip als hilfsbedürftig begriffen wird. Ein solches Verständnis muß weder den Mitarbeitern noch den Klienten bewußt sein. Gleichwohl induziert diese begriffliche Vorstrukturierung der Arbeit der GBE, daß es sich hier um Hilfe und dementsprechend um Personen, denen geholfen wird, handelt. Gleiches gilt für die Gesundheitsvorsorge, die als Fürsorge begriffen wird: Sie "verfolgt

das Ziel, die Gesunden vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren" - was nur sinnvoll sein kann, wenn diese dazu selbst nicht hinreichend in der Lage sind und deshalb einer Unterstützung bedürfen.

Es ist nur folgerichtig, daß nun - analog zum GDG - zunächst nicht die Erwachsenen benannt werden, die doch die Zielgruppe der GBE sind. Vielmehr werden auch hier verschiedene Teilgruppen der Population aufgezählt, auf die sich schon früher die "Maßnahmen der gesundheitlichen Vorsorge als Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes" richteten: Kinder, Mütter, Säuglinge und Kleinkinder, Schwangere und "ältere Menschen". Dann wird die "große Gruppe der Menschen im Erwachsenen- und Berufstätigenalter" genannt, die gleichzeitig als Adressat von Leistungen des öGD gesehen wird. Hier wird aber der Grund für "Maßnahmen" nicht wie bei den oben angegebenen Zielgruppen in ihrem speziellen biographischen Status gesehen, sondern darin, daß sie in verschiedenen Hinsichten "falsches Gesundheitsverhalten" an den Tag legen (Überernährung, Bewegungsmangel, Mißbrauch von Tabak, Alkohol und Medikamenten). Dies biete vielfältigen Anlaß zur Gesundheitsberatung. Diese Aufzählung stellt die "Erwachsenen", die künftigen Klienten der GBE, in eine Reihe mit solchen sozialen Gruppen, die nicht nur besonders gesundheitsgefährdet, sondern auch hilfsbedürftig und zum Teil überhaupt unmündig sind. Die Beratung Erwachsener steht damit in einem Kontext von Hilfe und Fürsorge im Rahmen staatlicher Gesundheits- und Sozialpolitik. Ihre Adressaten erscheinen gleichermaßen als Hilfs- und Sorgebedürftige wie als mündige Bürger.

Mit anderen Worten, der in der Interpretation des § 22 GDG deutlich gewordene strukturelle Widerspruch zwischen Autonomie und Bedürftigkeit der Adressaten reproduziert sich in der Senatsvorlage, die der Konzeption und Arbeit der GBE zugrunde liegt. Dieser wird, so ist zu vermuten, ihre Beratungstätigkeit prägen bzw. erfordern, mit ihm umzugehen. Eventuelle Schwierigkeiten und Probleme dabei sind im Prinzip nicht den Mitarbeitern anzulasten, weil in der Anlage der GBE objektiv begründet.

"2. Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes"

Das Gesundheitsamt soll "analog der Schwangerenberatung und dem Jugendgesundheitsdienst" eine GBE anbieten (vgl. die oben genannte Einreihung der Erwachsenen unter die Hilfsbedürftigen). Der Schwerpunkt soll in "Beratungsangeboten für ältere Menschen" liegen, GBE "richtet sich aber grundsätzlich an die gesamte Bevölkerung im Erwachsenenalter".

Diese doppelte Schwerpunktsetzung ist eine Kompromißformel, die historisch aus der Entstehung der Konzeption der GBE zu verstehen ist: "Altenberatung" - "Beratung für erwachsene berufstätige Bürger" (siehe oben). Hieraus ergeben sich die Aufgaben der GBE.

"3. Aufgaben"

Der Aufgabenkatalog entstammt der bereits erläuterten Senatsvorlage zu "Entwicklung und Ausbau der Einrichtung der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin" (1978) und wurde wörtlich übernommen.

"Die Gesundheitsberatung für Erwachsene hat

- a) erwachsene Bürger vorbeugend sozialmedizinisch zu beraten,
- b) behördliche und gemeinnützige Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen fachlich zu beraten, zu unterstützen oder derartige Veranstaltungen selbst durchzuführen sowie
- c) behördliche und frei gemeinnützige Stellen unter Berücksichtigung von deren Aufgaben und Zuständigkeiten geriatrisch und fachlich zu beraten und zu unterstützen."

Diese Aufgaben werden in der Senatsvorlage Nr. 276 dann weiter erläutert (vgl. dazu den Text der Senatsvorlage im Anhang, Teil 2).

Zu den Aufgaben und ihren Erläuterungen ist folgendes anzumerken:

Zu a):

Auf die Problematik des Begriffs "erwachsene Bürger" im Kontext von Gesundheitshilfe ist bereits hingewiesen worden. "Sozialmedizinische Be-

ratung" orientiert sich, wie die Erläuterung zeigt, an einem auf soziale Handlungszusammenhänge erweiterten "Risikofaktoren-Modell", das als empirisch triftige Grundlage des hier geltenden Krankheitsverständnisses unterstellt wird ("falsche Lebensgewohnheiten")¹⁾.

Die Senatsvorlage rekurriert damit auf ein sozialepidemiologisch-probabilistisches Modell der Ätiologie von Krankheiten. Andere Modelle werden nicht erwähnt. Zu denken wäre z.B. an das Modell einer rein somatischen Ätiopathogenese von Erkrankungen im Sinne des traditionellen naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses der Medizin oder an das psychoanalytisch orientierte Modell der Entstehung von Krankheiten aus dem Zusammenhang von inneren und äußeren Konflikten, deren mangelnde Lösbarkeit zur Entstehung von Symptomen führt, die als Krankheiten erscheinen.

Das Risikofaktorenmodell selbst ist allerdings kein ätiologisches Modell, das kausale Verknüpfungen von Ursachen und Krankheitssymptomen herstellen kann. Die Zusammenhänge sind lediglich statistische, die keine Geltung für den Einzelfall beanspruchen können.

Die Präferenz der Senatsvorlage für dieses "ätiologische" Modell legt bestimmte Inhalte der Arbeit und Form ihrer Ausführung nahe, ohne andere von vornherein auszuschließen. Die empirische Analyse wird zu zeigen haben, welche Modelle im tatsächlichen Beratungshandeln der GBE zur Geltung kommen.

Die Änderung der "falschen Lebensgewohnheiten" durch Gesundheitserziehung als eigentlichem Gehalt der Gesundheitsberatung soll von der GBE dadurch unterstützt werden, daß die Klienten bzw. Adressaten vor allem in Gruppen und Kursen beraten werden.

Ergänzend verweist die Erläuterung zu a) auf ein Interesse der Bevölkerung an solchen Beratungsangeboten, exemplarisch an Raucherentwöhnungskursen und Kursen für Übergewichtige, Informationen für Diabetiker, Kurse in Autogenem Training, Selbstbeobachtung auf Brustkrebs, Teilnahme an der "Woche der Gesundheit" sowie am "Weltgesundheitstag". Diese Angebote rekurrieren auf Vorerfahrungen in der bereits bestehenden Altenberatung in Charlottenburg oder repräsentieren Vorstel-

1) Vgl. hierzu ausführlicher KORPORAL/ZINK 1982 sowie KORPORAL 1985.

lungen der Senatsverwaltung für Gesundheit und sind offensichtlich exemplarisch gemeint.

Der Form nach sind die Angebote sowohl auf ein abstraktes Publikum als auch auf konkrete Personen bezogen: Zum einen sollen die Aktivitäten der GBE öffentlichkeitswirksam werden, um einem unbestimmten Adressatenkreis ein Problembewußtsein zu vermitteln, zum anderen sollen sie bei bestimmten Personen konkrete Verhaltensänderungen in gesundheitlicher Hinsicht bewirken.

Zu b):

Hier wird der GBE ein zusätzlicher Aufgabenkreis zugeschrieben, den sie auf zweierlei Weise zu erfüllen hat. Sie soll nicht nur selbst Klienten beraten, sondern auch (zusätzlicher Aufgabenkreis) andere Einrichtungen, die selbst Klienten haben, fachlich beraten, also eine Beratung der Berater, Erzieher oder anderer Mittler leisten ("Multiplikatorenarbeit"). Oder sie soll gegebenenfalls in deren institutionellem Rahmen selbst beratend oder erziehend tätig werden.

Zu c):

Hier wird der GBE analog zu der allgemeinen Aufgabe der Beratung von "Multiplikatoren" (b) die spezielle Aufgabe zugewiesen, dies auf "geriatrischem Gebiet" zu tun. Daneben sollen ältere Menschen auch unmittelbar beraten bzw. informiert werden. Das repräsentiert die oben genannte Schwerpunktsetzung der GBE "ältere Menschen".

"4. Organisation und Mitarbeiter"

In Orientierung an der oben angegebenen Senatsvorlage 2206/78 wird auch hier (Senatsvorlage Nr. 276) das Konzept einer "Geh-Struktur" der Beratungsstellen vorgestellt. Dort heißt es, die Gesundheitsberater sollen zum Bürger gehen, hier: Die GBE "soll als eine betont bürgernahe Einrichtung in der Form tätig werden, daß sie mit ihren Aktivitäten zum Bürger geht, z.B. ... und dort ihre Beratung, ... anbietet."

Ebenso findet sich hier die dort bereits vorformulierte Anregung, eine örtliche Anbindung an eine Gruppe praktizierender Ärzte sei vorstellbar (z.B. in Form eines Gesundheitszentrums).

Hinsichtlich der Mitarbeiter der GBE wird von einem "Team" gesprochen, das aus mehreren haupt- und nebenamtlichen Mitarbeitern bestehen soll. Das Personal, das "typischerweise" in der GBE tätig sein soll, sei "Arzt, Krankenschwester, Diätassistentin und Krankengymnastin", aber auch Psychologen könnten "einen sinnvollen Beitrag leisten". Prinzipiell werde folgendes Personal benötigt: ein Arzt, ein Krankengymnast, ein Arzthelfer, eine Krankenschwester sowie ein Diätassistent, insgesamt fünf Stellen. Die Reihenfolge der Nennung legt eine ärztliche Leitung nahe.

Angesichts dieser Vorgaben in der Senatsvorlage für die Personalstruktur der GBE ist zu vermuten, daß sich in den Stellen eine Interaktionsstruktur analog derjenigen in der Praxis des niedergelassenen Arztes bzw. auf einer Station in der Klinik reproduzieren wird.

Der Stellenleiter ist ein Arzt, die Hilfsberufe Krankenschwester und Arzthelfer(in) definieren sich traditionell in bezug auf ihn, und die Berufe mit einer eigenständigen fachlichen Qualifikation (Krankengymnast, Diätassistent) sind in diese Interaktionsstruktur eingebunden.

Angesichts der Aufgabenstellung der Gesundheitsberatung - Beratung (oder Erziehung), aber nicht Behandlung - wird hier ein Strukturproblem deutlich: Das Personal ist von seiner Berufsausbildung und bisherigen Berufserfahrung her auf die Behandlung von Patienten eingestellt, soll nun aber beraten und erziehen. Das läßt vermuten, daß entweder die traditionell behandelnden Berufe in der GBE eine an Behandlung angelehnte Beratung praktizieren werden oder daß die Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen, die das nicht tun, sich umorientieren müssen, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.¹⁾

1) Da die Rolle des Arztes traditionell sehr umfassend bestimmt ist, wird den Ärzten die Entwicklung zusätzlicher erzieherischer oder beratender Kompetenzen weniger Schwierigkeiten bereiten. Die Arzthelferinnen und Krankenschwestern dagegen werden sich stärker umstellen müssen. Es ist allerdings auch denkbar, daß sie, ausgehend von ihrem beruflichen Selbstverständnis, Tätigkeitsfelder entwickeln,

Auch hier ist es Aufgabe der empirischen Analyse zu prüfen, wie weit sich diese Vermutungen bestätigen. Insbesondere wird zu klären sein, welche Auswirkungen von der Vorgabe der Senatsvorlage abweichende Stellenbesetzungen (siehe unten Kapitel 2.4) auf die Interaktionsstruktur des Teams und seiner Arbeit gehabt haben (vgl. Kapitel 8).

"5. Zusammenarbeit mit anderen Institutionen"

Hier wird die GBE auf die Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens und angrenzender Bereiche, die für ihre Arbeit relevant sind, verpflichtet. Der Modus dieser Zusammenarbeit bleibt offen.

"6. Stufenplan für die Einrichtung der Beratungsstellen"

Die GBE sollen stufenweise in den zwölf Berliner Bezirken aufgebaut werden. Die erste Stufe (1979) umfaßt die Stellen in den Bezirken Charlottenburg, Wedding, Tempelhof und Reinickendorf, die Stufen 2 und 3 (1980 und 1981) betreffen die anderen acht Berliner Bezirke. Dementsprechend werden die

"7. haushaltsmäßigen Auswirkungen"

ebenfalls stufenweise gestaffelt in drei Jahrestappen 1979, 1980 und 1981.

die sinnvoll im Rahmen der Gesundheitsberatung praktiziert werden können. In jedem Fall werden aber Arzhelferinnen und Krankenschwestern größere Umstellungsschwierigkeiten haben als die Krankengymnastinnen und die Diätassistentinnen, die Qualifikationen mitbringen, die ohnehin nicht so stark auf ärztliche Anleitung und Behandlung als Handlungsziel ausgerichtet sind (vgl. unten Kapitel 7.3).

2. DER AUFBAU DER GBE-STELLEN IN DEN BEZIRKEN

2.1 Chronologie des Stellenaufbaus und der Stelleneröffnung

In der Senatsvorlage Nr. 276 vom 5.2.1979 wurde ein Stufenplan für die Einrichtung der Beratungsstellen formuliert. In Ausbaustufe I (1979) sollte je eine Beratungsstelle in den Bezirken Charlottenburg, Wedding, Tempelhof und Reinickendorf eröffnet werden. In Ausbaustufe II und III (1980 und 1981) sollten sukzessive auch die anderen 8 Bezirke Beratungsstellen erhalten. Der Aufbau sollte sich u.a. daran orientieren, ob und inwieweit in den betreffenden Bezirken Seniorenheime, Seniorentagesstätten, Seniorenclubs vorhanden sind. Außerdem sollte die unterschiedliche Bevölkerungszahl und -struktur sowie die Anzahl der in den Bezirken liegenden Großbetrieben berücksichtigt werden (vgl. Senatsvorlage 6.). Vor Inkrafttreten der Senatsvorlage wurde dieser Stufenplan dahingehend verändert, in der Ausbaustufe I (1979) neben Charlottenburg, Wedding und Tempelhof nicht in Reinickendorf, sondern in Spandau eine Beratungsstelle zu errichten.

Der tatsächliche Aufbau der Stellen orientierte sich an dieser Reihenfolge, verzögerte sich zeitlich aber beträchtlich. 1979 wurde lediglich eine Beratungsstelle, die "Modellberatungsstelle" Charlottenburg (1.1.1979) eröffnet. Die anderen in der Ausbaustufe I geplanten Stellen folgten mit teilweise beträchtlichem Abstand: Wedding wurde am 1.2.1980, Spandau am 1.9.1980 und Tempelhof schließlich am 1.10.1980 eröffnet. Diese Verzögerung der Stelleneröffnung um 3-11 Monate hatte zur Folge, daß die Eröffnung von Stellen der Ausbaustufe II sich direkt anschloß: Neukölln wurde am 1.10.1980, also gleichzeitig mit Tempelhof eröffnet, Steglitz folgte am 1.11.1980, Tiergarten am 1.1.1981 und Reinickendorf am 1.5.1981.

Daß die GBE Charlottenburg als einzige der Stellen in Ausbaustufe I zum geplanten Zeitpunkt eröffnet wurde, lag zweifellos daran, daß Charlottenburg als "Modellbezirk" (Senatsvorlage) auf eine Stelleneröffnung am besten vorbereitet war. Schließlich ist ein Großteil der Konzeption der Gesundheitsberatung innerhalb des Gesundheitsamtes Charlottenburg

entwickelt worden. Für die Verzögerung der Stelleneröffnungen in den anderen Bezirken der Ausbaustufe I ist die Tatsache ausschlaggebend gewesen, daß hier weder inhaltlich noch personell die Voraussetzungen vorhanden waren, die es in Charlottenburg schon gab. So mußten erst geeignete Leiter und Mitarbeiter gefunden und konzeptionelle Vorstellungen entwickelt werden.

Der weitere Aufbau war in der Senatsvorlage nicht festgelegt worden. Aufgrund des Angebotes der Senatsvorlage und der damit verbundenen Haushaltsmittel bestand für die anderen Bezirke die Möglichkeit, diese Mittel zur Errichtung der GBE, d.h. zur Einstellung des Personals vom 1.1.1980 an in Anspruch zu nehmen.

Dabei waren die Bezirke Neukölln, Steglitz, Tiergarten und Reinickendorf initiativer und erfolgreicher als die restlichen vier (Kreuzberg, Schöneberg, Wilmersdorf und Zehlendorf), in denen es bis heute entgegen dem Angebot der Senatsvorlage nicht zur Eröffnung einer GBE gekommen ist. Das hat seinen Grund darin, daß seit Mitte 1981 aus verschiedensten Gründen (allgemeine Haushaltskonsolidierung, Garski-Affäre verbunden mit Regierungswechsel, Aufgabenkritik des Innensenators zwecks Einsparungen im öffentlichen Dienst) in Berlin eine durchgängig restriktive Haushaltspolitik verfolgt wird, die für weitere Stelleneröffnungen der GBE keine Möglichkeiten mehr bot. Gesundheitsberatungsstellen bestehen deshalb nur in 8 der 12 Berliner Bezirke.

In Gesprächen mit Vertretern des Gesundheitswesens der Berliner Bezirke (Experteninterviews mit allen Stadträten und den Amtsärzten der Bezirke, in denen eine GBE eröffnet wurde) unter der Frage nach den Gründen für die Einrichtung einer GBE und dem Zeitpunkt der Eröffnung wird deutlich, daß die Realisierung des Angebotes der Senatsvorlage Nr. 276 im einzelnen abhängig war vom jeweiligen gesundheitspolitischen Willen in den Bezirken und insbesondere von dem Engagement der jeweiligen Stadträte für Gesundheit. Es lag wesentlich an ihnen, ob sie die sich hier bietende Chance der Erweiterung des Beratungsangebotes des bezirklichen Gesundheitsamtes nutzen wollten und durchsetzen konnten. Trotz des Interesses an gesundheitlicher Prävention herrschte aber bei den meisten Stadträten für Gesundheit lange Zeit Unklarheit

darüber, welche gesundheitspräventiven Aufgaben die GBE konkret wahrnehmen sollten (Information aus der Senatsverwaltung für Gesundheit).

Vielfach haben auch Probleme mit der Einstellung geeigneten Personals die Eröffnung der Stellen verzögert. Zwar gab es zu dieser Zeit eine Überhangliste von Personal aus dem Gesundheitsbereich aufgrund des Bettenabbaus im Klinikbereich, und es lagen konzeptionelle Vorschläge hinsichtlich der Verwendung dieses Personals und seiner Aufgaben vor (vgl. Senatsvorlage). Hinsichtlich des neuen Tätigkeitsbereiches Gesundheitsberatung für Erwachsene waren aber besondere Kenntnisse und Qualifikationen des Personals erforderlich, die zunächst kaum oder gar nicht gegeben waren. Vor allem die Einstellung geeigneter Stellenleiter gestaltete sich vielfach sehr schwierig. Schließlich mußten auch noch geeignete Räumlichkeiten gefunden werden, was in einigen Bezirken zu weiteren Verzögerungen führte.

Bevor der Aufbau der Stellen im einzelnen dargestellt wird, soll zunächst auf die Bezirke eingegangen werden, in denen es nicht zur Errichtung einer GBE kam, und versucht werden, die Gründe hierfür zu benennen.

In vier Berliner Bezirken ist bislang keine GBE-Stelle eingerichtet worden: Kreuzberg, Schöneberg, Wilmersdorf und Zehlendorf. Diese Bezirke haben jeweils eine sehr unterschiedliche Bevölkerungsstruktur, wirtschaftliche und kulturelle Situation, so daß sich von daher kein gemeinsamer systematischer Hinderungsgrund für den Aufbau einer Stelle erkennen läßt. Auch die politische Lage war bzw. ist jeweils unterschiedlich (Mehrheitsverhältnisse in der Bezirksverordnetenversammlung, politische Zugehörigkeit des Bürgermeisters bzw. Gesundheitsstadtrats). Die unterschiedlichen Hinderungsgründe liegen in erster Linie im institutionellen Bereich des bezirklichen Gesundheitsamtes und sollen im folgenden kurz beschrieben werden.¹⁾ Die Darstellung rekuriert wie die der Chronologie des Stellenaufbaus auf die Expertengespräche mit den Gesundheitsstadt-

1) Eine ausführliche Darstellung - die aber eher von lokalem Interesse ist - findet sich im Zwischenbericht des Forschungsprojekts, S. 73 ff.

räten der Bezirke sowie mit Vertretern der Senatsverwaltung für Gesundheit (vgl. Literaturhinweise).

a) Kreuzberg

Von seiten der Senatsverwaltung für Gesundheit wurde darauf hingewiesen, daß man in Kreuzberg in erster Linie an der Förderung anderer Bereiche des bezirklichen Gesundheitswesens, vor allem am Jugendgesundheitsdienst und am sozialmedizinischen Dienst, interessiert gewesen sei, was sich mit den speziellen Problemen des Bezirkes erkläre. Deshalb habe Kreuzberg die dem Bezirk angebotenen Stellen für GBE nicht abberufen und besetzt, sondern "geopfert", um angesichts der ab Mitte 1981 ergriffenen Sparmaßnahmen bei anderen Stellen, an denen der Bezirk stärker interessiert war, keine Einsparungen, sprich: Stellenkürzungen, vornehmen zu müssen. Seitens des zuständigen Stadtrats besteht die Auffassung, u.a. sei die GBE-Tätigkeit weitgehend vom sozialmedizinischen Dienst des Bezirkes abgedeckt, im übrigen sei sie auch Sache freier Träger und nicht unbedingt des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

b) Schöneberg

Der Bezirk Schöneberg hat sein gesundheitspolitisches Interesse an GBE in der fraglichen Zeit (1979/80) der Hauptverwaltung gegenüber bekundet und auch einen Bedarf an Stellen angemeldet. Dies geschah aber offenbar nicht schnell genug, um noch 1980 vor der später einsetzenden Einstellungssperre im öGD zum Zuge zu kommen. Auch der jetzige Gesundheitsstadtrat hat seit Beginn seiner Amtszeit (9/1981) den Bedarf nach einer GBE-Stelle mehrfach angemeldet. Derzeit bietet Schöneberg kompensierende, allerdings nur rudimentäre Angebote an GBE an: eine Gesundheitsaufklärung durch Öffentlichkeitsarbeit wird vom bezirklichen Gesundheitsbeauftragten für Gesundheitserziehung praktiziert; außerdem gibt es eine Beratung für Übergewichtige, vor allem jugendliche Übergewichtige. Dieses Angebot wird seitens des Bezirkes allerdings für unzureichend gehalten, und auch deshalb wird weiter ein Interesse an der Einrichtung einer GBE artikuliert.

c) Wilmersdorf

Der Bezirk Wilmersdorf hat offenbar in der für die Errichtung relevanten Zeit keinen Bedarf an Stellen angemeldet. Dies änderte sich erst, als im Spätsommer 1981 ein neuer Gesundheitsstadtrat im Amt war. Zu diesem Zeitpunkt verhinderte aber bereits der genannte Stellenstop eine Errichtung der Stelle.

Auch bei verschiedenen Mitarbeitern des bezirklichen Gesundheitsamtes besteht Interesse an einer gesundheitsberaterischen Tätigkeit, was darin Ausdruck gefunden hat, daß sie an Weiterbildungsangeboten in gesundheitlicher Prävention wie dem "Planspiel Gesundheitserziehung" (BZgA) teilgenommen haben.

d) Zehlendorf

Auch der Bezirk Zehlendorf ist zur gegebenen Zeit nie mit Absichten zur Eröffnung einer GBE-Stelle oder mit Stellenanmeldungen für Mitarbeiter in Erscheinung getreten (Information aus der Hauptverwaltung für Gesundheit und aus dem Bezirk). Inzwischen aber haben sowohl der Stadtrat für Gesundheit wie auch Mitarbeiter des bezirklichen Gesundheitsamtes Interesse an Gesundheitsberatung als gesundheitliche Prävention gewonnen. Es stehen gegenwärtig aber keine Mittel für Stellen oder sächliche Ausstattung zur Verfügung. In dieser Situation behilft man sich im Bezirk damit, durch einzelne Mitarbeiter(innen) aus anderen Abteilungen des Gesundheitsamtes Gesundheitsberatung anzubieten und Veranstaltungen durchführen zu lassen, wie Veranstaltung zum Weltgesundheitstag, Information für Rheumakranke, Autogenes Training, Beratung für übergewichtige Jugendliche und Raucherentwöhnungstraining.¹⁾

1) Inzwischen nehmen auch mit Aufgaben der Gesundheitserziehung betraute Vertreter der Gesundheitsämter aus den vier Bezirken, in denen keine Gesundheitsberatungsstellen bestehen, an den regelmäßig stattfindenden Treffen der Leiter bzw. der Mitarbeiter sowie an anderen Sitzungen der GBE teil.

2.2 Die Rolle der Gesundheitspolitik im Bezirk beim Aufbau der Stellen

Die politische bzw. gesundheitspolitische Ausgangslage ist bereits bei der Erörterung der Senatsvorlage Nr. 276 skizziert worden. Bei Einverständnis in bezug auf das Ziel einer Förderung der gesundheitlichen Prävention bestanden Differenzen vor allem darin, daß die SPD bevorzugte, Prävention vor allem durch den öGD fördern zu lassen, während die CDU (und die FDP) eher an freie Träger dachte. Das entsprach der Politik in den anderen Bundesländern und im Bund. Im Hintergrund standen und stehen bei der SPD Überlegungen, größere Teile des Gesundheitswesens in öffentliche Trägerschaft zu überführen, während die CDU, wie sich seit dem Regierungswechsel im Bund zunehmend deutlicher gezeigt hat, vor allem unter Kostengesichtspunkten den umgekehrten Weg einschlägt. So war das Interesse an einem stärkeren Engagement des öGD in der gesundheitlichen Prävention in den Bezirken, in denen die SPD den Gesundheitsstadtrat stellte (Charlottenburg, Steglitz), deutlicher ausgeprägt als dort, wo die Gesundheitsstadträte der CDU angehörten. Dementsprechend waren diese Bezirke auch von vornherein stärker an der Einrichtung einer GBE interessiert. In keinem Bezirk lag aber eine so explizite Konzeption gesundheitlicher Prävention durch die GBE vor wie in Charlottenburg oder bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, die damals ebenfalls von einem SPD-Senator politisch geleitet wurde.

Die Parteizugehörigkeit des jeweiligen Gesundheitsstadtrates sagt allerdings nur begrenzt etwas über die im Bezirk herrschende Gesundheitspolitik. In Berlin werden die Bezirksstadträte von der Parteien im Verhältnis ihrer Sitze in der Bezirksversammlung besetzt. Dabei gilt "Gesundheit" als vergleichsweise "unattraktives" Ressort (gegenüber z.B. Bauwesen, Jugend und Sport etc.), das in der Regel der Minderheitsfraktion überlassen wird. Der jeweilige Gesundheitsstadtrat muß sich also im Rahmen der im Bezirk herrschenden Mehrheitsverhältnisse und ihrer politischen Prioritäten bewegen, kann natürlich in seinem Ressort selbst Prioritäten setzen und Entwicklungen forcieren, muß diese aber abstimmen und ggf. unterordnen. So bedeutet die Tatsache, daß in ei-

nem Bezirk der Gesundheitsstadtrat von der SPD gestellt wird, in der Regel, daß in der Bezirksverordnetenversammlung die CDU die Mehrheit der Sitze hat und umgekehrt, was eine eindeutige Realisierung von Gesundheitspolitik in Orientierung an Parteikonzepte eingeschränkt; ganz abgesehen von den Mehrheitsverhältnissen auf Senatsebene, die in grundlegenden Fragen natürlich von großem Gewicht ist. Diese Brechung politischer Richtungen durch eine unterschiedliche Ausrichtung der politischen Vertreter auf den verschiedenen Ebenen (Senat - Bezirksverordnetenversammlung - Bezirksstadtrat) hat oft zur Folge, daß sich fachbezogene Koalitionen oder Kooperationsbeziehungen ergeben, die stärker sind als die Parteizugehörigkeit. Dies war in Gesundheitsfragen zur fraglichen Zeit sogar im Abgeordnetenhaus der Fall (Information aus der Senatsverwaltung für Gesundheit). Ähnliches wird aus den Bezirken berichtet.

So ist teilweise quer zur Parteizugehörigkeit der jeweiligen Stadträte für Gesundheit für den Ausbau präventiver Funktionen des öGD die Tatsache bedeutsam gewesen, daß ab Mitte der 70er Jahre in mehreren Bezirken eine "neue Generation" von Gesundheitsstadträten unterschiedlicher Parteizugehörigkeit ins Amt kam, die dem Trend der Zeit und der Entwicklung der allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion folgend allesamt eine gewisse Umorientierung des öGD von den traditionellen gesundheitspolizeilichen Aufgaben hin zu stärker präventionsorientierten forcierten. Diese "neue Generation" hat wesentlich daran mitgewirkt, daß u.a. der sozialpsychiatrische Dienst und der sozialmedizinische Dienst der bezirklichen Gesundheitsämter ausgebaut wurde und sah die Aufgabe des öGD auch darin, Funktionen gesundheitlicher Versorgung und Prävention wahrzunehmen, die von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht zureichend wahrgenommen wurden.

Trotz dieser konzeptionellen Gemeinsamkeiten läßt sich speziell bei den CDU-Stadträten für Gesundheit im nachhinein eine veränderte Einstellung zwischen ihrer Haltung gegenüber der GBE zur Zeit des Stellenaufbaus und ihrer Haltung heute, nach den Erfahrungen mit der Arbeit der Stellen und insbesondere ihrer öffentlichen Darstellung und Wirkung gemacht werden konnten, konstatieren.

In der Zeit des Stellenaufbaus haben diese Gesundheitsstadträte hinsichtlich der Einrichtung der Stelle eher mitgezogen als Eigeninitiative entfaltet, was sich aus der Zurückhaltung der CDU gegenüber der öffentlichen Trägerschaft von Gesundheitsberatung erklärt. In den letzten beiden Jahren dagegen wird die Arbeit der GBE auch von ihnen aktiv mitgetragen und regelmäßig gegen die Kürzungsvorschläge des ihrer eigenen Partei angehörigen Innensenators verteidigt. Für diese Einstellungsänderung sind mehrere Gründe ersichtlich. Zum einen hat die große Nachfrage nach Gesundheitsberatung (siehe unten ausführlich Kapitel 5) in den Bezirken offenbar eine Einsicht in die Relevanz ihrer Angebote und ihrer gesundheitspolitischen Aufgabe gefördert. Zum anderen sind Gesundheitsstadträte als Leiter einer Fachverwaltung zugleich politische Wahlbeamte, Politiker. Nicht zuletzt wegen des Erfolgs der GBE haben einige ihr anfangs eher skeptisch gegenüberstehende Gesundheitsstadträte der CDU nun auch die Möglichkeit gesehen, die für die Bevölkerung attraktiven Angebote der GBE zur eigenen politischen bzw. gesundheitspolitischen Selbstdarstellung vor der Bevölkerung zu nutzen. Konkret sieht das so aus, daß die GBE gern bei öffentlichen Veranstaltungen des bezirklichen Gesundheitsamtes, an denen auch der Stadtrat teilnimmt, herangezogen wird, um beispielsweise Diätbuffets anzurichten, Vorträge zu halten, Testgeräte zu demonstrieren u.v.a.m. Schließlich ist es nicht schwer, die Ziele der GBE im Sinne einer von den Bürgern selbst verantworteten gesünderen Lebensweise in Zusammenhang mit der Selbsthilfebewegung zu bringen. Diese wird ja nicht nur am "alternativen" Rand des sozialpolitischen Spektrums unterstützt, sondern auch aus Kreisen der CDU wird die Selbsthilfebewegung als sozialpolitische Konzeption propagiert, weil sie zum einen der Konzeption der Entstaatlichung von Politikbereichen entspricht und zum zweiten kostengünstig Erfolge zu zeitigen verspricht. So ist die GBE inzwischen auch von der gesundheitspolitischen Fraktion akzeptiert, die ihr anfangs gerade wegen ihrer Institutionalisierung im Bereich des öGD eher ablehnend entgegenstand, weil sie verspricht, nach einer kurzzeitigen Klientifizierung ihre Adressaten zu stärkerer Selbstverantwortung zu befähigen, sei es allein oder in nur noch passager betreuten oder ganz autonomen Selbsthilfegruppen in Gesundheitsfragen.

2.3 Die Stellung der GBE in der bezirklichen "Abteilung Gesundheitswesen"

Die bezirklichen Abteilungen für Gesundheitswesen werden vom Stadtrat für Gesundheit, einem politischen Wahlbeamten, geleitet. Die fachliche Leitung obliegt dem Amtsarzt, die Verwaltung untersteht dem Büroleiter.

Die Amtsärzte waren in der Aufbauzeit der GBE überwiegend dem traditionellen Konzept des öGD verpflichtet. In ihrer Runde wurde Anderes als Prävention durch Gesundheitsberatung für wichtig gehalten: in erster Linie die "klassischen" gesundheitspolizeilichen und sozialhygienischen Aufgaben des öGD, am Rande neue Aufgaben, wie Umweltschutz, Emissionsschutz etc., die mit der traditionellen biologisch-medizinischen Denkweise und dem entsprechenden Wissenschaftsverständnis der Amtsärzte eher vereinbar sind als Prävention und Beratung (vgl. Gespräch mit einem Amtsarzt).

Außerdem hatten vor allem die Angehörigen der älteren Generation von Amtsärzten kaum Kenntnis neuerer gesundheitspräventiver Konzepte und waren auch nicht daran interessiert, sich diese noch nachträglich anzueignen. Das geringe Interesse der Amtsärzte an der GBE zeigte sich in einem vielfältigen Spektrum von konkreten Haltungen und Schritten. Es reichte von einer passiven Duldung der Initiativen des jeweiligen Gesundheitsstadtrats zur Einrichtung der Stellen über Versuche, die mit den GBE verbundenen Mitarbeiterstellen für andere Arbeiten des Gesundheitsamtes zu verwenden bis zu einem unterschweligen Entgegenarbeiten durch Verzögerung der Stellenbesetzungen, weil es sich hier um ein "Kuckucksei" handele. Entscheidend für die Einrichtung einer GBE-Stelle waren stets die Initiativen der Gesundheitsstadträte, von den Amtsärzten selbst gingen hierzu keine nennenswerten Aktivitäten aus.

Das Verhältnis der GBE zu den anderen Stellen im bezirklichen Gesundheitsamt war nach ihrer Eröffnung anfangs außerordentlich unklar. Eine Mitarbeiterin einer GBE drückte das mit den Worten aus: "Wir stellten uns vor und wurden bestaunt wie's siebte Weltwunder." Offenbar war es nur zunächst in Charlottenburg gelungen, innerhalb des Gesundheitsamtes

bei den anderen Stellen ein "Profil" der GBE und ihrer Aufgaben zu vermitteln, worauf sich dann Kooperationsbeziehungen richten konnten. Aber auch eine vergleichsweise gut profilierte Stelle wie die im Bezirk Charlottenburg muß sich bisweilen immer noch vor anderen Stellen dahingehend legitimieren, daß auch sie "harte" Arbeit leiste und nicht so etwas wie ein Vergnügungs- oder Freizeitzentrum sei.

Bei den Stellen in anderen Bezirken traten solche auf Unkenntnis oder Mißverständnissen beruhende Vorurteile häufig auf und erschwerten die Kooperation mit den GBE außerordentlich. Diese für alle Beteiligten, insbesondere aber für die GBE problematischen, negativen Einstellungen und Haltungen seitens anderer Stellen oder Mitarbeiter des bezirklichen Gesundheitsamtes nahmen - soweit den Äußerungen der Mitarbeiter der GBE zu entnehmen ist - zusammengefaßt die folgenden Formen an:

- allgemeines Unverständnis für die Aufgaben der GBE.
- mangelnde Einsicht in die Relevanz der gesundheitspräventiven Funktion der GBE und der dort geleisteten Arbeit im Verhältnis zu den "harten" gesundheitspolizeilichen Aufgaben des öGD.
- die eigene Arbeit wurde als "richtige" Arbeit angesehen im Gegensatz zu der Arbeit, die auch noch Spaß mache und unkonventionelle Wege gehe wie manche Aktivitäten der GBE.
- mangels einer Einsicht in die spezifischen Funktionen und Tätigkeiten der GBE wurde sie oft mit dem sozialmedizinischen Dienst, mit einer allgemeinen Bürgerberatung oder mit einer Beratung für Behinderte verwechselt, weil sich zunächst keine biographische oder erkrankungsbezogene spezifische Klientengruppe identifizieren ließ.
- vor allem in der Anlaufphase war die GBE in mehreren Bezirken oft Einsatzreserve für "wichtigere" Arbeit in anderen Stellen, die aus Gründen wie Krankheit oder Schwangerschaft von den dort eigentlich Beschäftigten zeitweise nicht wahrgenommen werden konnte.
- die GBE erschien oft als Residualstelle für alle möglichen nicht weiter identifizierbaren und klassifizierbaren Problemfälle; wer an anderen Stellen nicht adäquat zu beraten war, wurde zur GBE geschickt, die auf diese Weise zu einem Auffangbecken für alle denkbaren diffusen Probleme und zu einer Art Informationszentrale zur Weitervermittlung auch an Stellen außerhalb des öGD wurde.

Die Untersuchung hat gezeigt, daß solche Verständnisschwierigkeiten und ihre praktischen Folgen vielfach noch immer bestehen.

2.4 Personal

a) Leitung

Ganz gleich, welche Konzeption von GBE (siehe unten Kapitel 2.5) im Bezirk realisiert wurde, es hat sich stets bewährt, wenn gleich zu Beginn der Arbeit der GBE ein Leiter eingestellt wurde, der dann die Stelle aufgebaut, d.h. in erster Linie ein Konzept entwickelt und in Verbindung mit den im Bezirks-Gesundheitsamt Verantwortlichen die Mitarbeiter eingestellt hat.¹⁾

In einigen Bezirken kam es zu großen Verzögerungen der Besetzung der Leiterstelle und/oder mehrmaligen Wechseln mit längeren Vakanzten. Das hatte folgende Gründe:

- Zu dieser Zeit waren Ärzte schlecht für eine Arbeit im öGD zu gewinnen.
- Ärzte mit Erfahrungen oder Kenntnissen in gesundheitlicher Prävention waren kaum zu finden.
- Anfangs wurden auch Ärzte eingestellt, die an der GBE-Arbeit nicht wirklich interessiert waren, sondern die Stelle als Zwischenstation ihrer beruflichen Karriere nutzten und sie wieder verließen, sobald sie eine attraktivere Stelle fanden, oder die überwiegend anderweitig im Gesundheitsamt beschäftigt waren (gleichzeitige Leitung anderer Stel-

1) Noch heute haben die GBE-Stellen, in denen die Leiterposition gleich zu Beginn besetzt worden ist, eine klarere und ausdifferenziertere Konzeption der Arbeit und der Aufgaben als die Stellen, in denen sie erst spät besetzt wurde oder zwischendurch lange vakant war. Das wird vor allem an Charlottenburg und Spandau, in Grenzen an Tempelhof und Wedding deutlich (vgl. Kapitel 7.2). Es ist sicher nicht zufällig, daß gerade diese vier Stellen auch in der Senatsverwaltung bzw. in ihrer Modifikation durch den Rat der Bürgermeister für Ausbaustufe I genannt und als erste ausgebaut worden sind.

len, Stellenvertretungen etc.) und auf diese Weise nur in sehr begrenztem zeitlichen Umfang und ohne eigentliche Kenntnis der Sache in der GBE tätig waren.

- Der Aufbau der Stelle und die Einstellung geeigneten Personals wurde seitens der Amtsleitung des Gesundheitsamts vor allem des Amtsarztes, uninteressiert und selbst konzeptionslos betrieben, was Verzögerungen, Diskontinuitäten und Fehleinstellungen zur Folge hatte.

Die Tatsache, daß vor allem in der Anfangszeit der Einrichtung der GBE geeignete Ärzte als Leiter schwer zu finden waren, hat an mehreren Stellen dazu geführt, daß seitens der Bezirksverwaltung versucht wurde, "abweichende" Besetzungen der Leiterstelle vorzunehmen. Nach anfänglichen Widerständen ist diese Praxis inzwischen von den zuständigen Verwaltungsstellen akzeptiert. Gegenwärtig verteilt sich die Stellenleitung auf folgende Berufsgruppen:

- Arzt: Charlottenburg, Tempelhof, Tiergarten
- Psychologe: Neukölln, Reinickendorf, Steglitz
- Erwachsenenpädagoge: Wedding
- Biologe: Spandau

Mit diesen Stellenbesetzungen ist die GBE inzwischen von der Vorgabe der Senatsvorlage hinsichtlich der ärztlichen Leitung überwiegend abgegangen. Damit wird die vom Personal abhängige Interaktionsstruktur des Teams bzw. der Stelle verändert. Die oben (S. 23) genannte Strukturhypothese (Analogie zur ärztlichen Praxis bzw. klinischen Station) wird damit auf der Ebene der Realisierung der Personalstellen modifiziert. Damit gewinnen Interaktionsmuster anderer Berufsgruppen an Bedeutung (vgl. ausführlich Kapitel 7.2 und 7.3). Hierdurch hat sich in einigen Stellen eine stärker psychologisch-pädagogische Konzeption von GBE entwickelt.

Offenbar sind hier pädagogisch-psychologische Aspekte der GBE-Konzeption der Senatsvorlage gegenüber medizinischen (die den Stellenschlüssel bestimmt haben, siehe oben) in den Vordergrund getreten, wofür gleichermaßen praktische (Arbeitsmarkt: Mangel geeigneter Ärzte) wie kon-

zeptionelle (Betonung der pädagogisch-psychologischen Komponenten) Gründe ausschlaggebend waren. Die in der Anfangszeit der GBE heftige Kontroverse zwischen dem öGD und der organisierten Ärzteschaft um die Funktion der GBE, bei der es vor allem um die Abgrenzung zwischen Beratung und Behandlung ging, konnte so weiter entschärft werden.

b) Mitarbeiter

In der Senatsvorlage werden als "prinzipiell benötigt(e)" Mitarbeiter der GBE genannt:

ein Arzt, ein Krankengymnast, ein Arzthelfer, eine Krankenschwester und ein Diätassistent.

Daneben wird darauf hingewiesen, daß auch Psychologen sinnvoll sein können. Die innere Logik der Senatsvorlage verweist darauf, daß auch Pädagogen bzw. Erwachsenenpädagogen geeignete Mitarbeiter sind. Psychologen und Pädagogen als Personal mit akademischem Abschluß kamen, von Ausnahmen abgesehen (Psychologinnen als Mitarbeiterinnen oder auf ABM-Stellen), ebenso wie Ärzte nur für die Position des Leiters in Betracht. Bei der Besetzung der Mitarbeiterstellen gab es Abweichungen von der Senatsvorlage. Dabei handelt es sich um ba) Variationen der Senatsvorlage (Berufsgruppen, deren Tätigkeit sich mit denen der Senatsvorlage überschneidet) oder um bb) Modifikationen oder Ergänzungen der Senatsvorlage (Personal, das in der Senatsvorlage bei der Stellenausstattung überhaupt nicht erwähnt worden ist).

ba) Variationen der Senatsvorlage

Anstelle der in der Senatsvorlage genannten Krankengymnastin ist verschiedentlich eine Sportgruppenleiterin oder eine Gymnastiklehrerin eingestellt worden. Das hatte manchmal den einfachen Grund, daß sich keine geeignete Krankengymnastin fand. Daneben hat die Überlegung

eine Rolle gespielt, daß es sich bei den Klienten der GBE nicht um Kranke, sondern um Gesunde handele. Für Gesunde seien die speziellen Qualifikationen einer Krankengymnastin nicht erforderlich. Außerdem wurde die Ansicht vertreten, Krankengymnastin sei ein Heilhilfsberuf, ihre Tätigkeit mithin Teil ärztlicher Behandlung und dürfe deshalb nur unter Aufsicht eines Arztes ausgeübt werden. Um der dadurch erneut aktualisierten Problematik Beratung versus Behandlung aus dem Weg zu gehen, wurden Angehörige anderer Berufsgruppen, also Gymnastiklehrerinnen oder Sportgruppenleiterinnen eingestellt (vgl. Auswertung des Mitarbeiterfragebogens, siehe auch unten Kapitel 7.3).

Die Diätassistentinnen waren bzw. sind inzwischen teilweise überqualifiziert. Einige waren bereits als Diätküchenleiterinnen tätig und hatten so einen weit größeren Verantwortungsbereich. Andere haben sich während ihrer Tätigkeit innerhalb der GBE zur Ernährungsberaterin weiterqualifiziert. Das hat zu Konflikten um ihre Eingruppierung geführt (die aufgrund dieser Zusatzqualifikation höher sein müßte).

bb) Modifikationen oder Ergänzungen der Senatsvorlage

In zwei Bezirken sind auf 'ausgeliehene' oder ABM-Stellen Sozialarbeiter eingestellt worden. Zwar findet sich in der Senatsvorlage hierfür kein Ansatz, von der Senatsverwaltung für Gesundheit (vgl. Stellungnahme 1979) wurde und wird dies aber ebenso für sinnvoll angesehen wie von einzelnen Stadträten, Leitern und Mitarbeitern der GBE. In dieser Ergänzung kommt die Vorstellung zum Ausdruck, Gesundheitsberatung, allgemein: Gesundheitliche Prävention bedürfe auch sozialer Interventionen, um lebenspraktisch wirksam zu werden.

Ebenso sind bislang dreimal Psychologinnen - ebenfalls auf 'ausgeliehenen' oder ABM-Stellen - eingestellt worden. Auf diese Möglichkeit ("sinnvoll") weist die Senatsvorlage bereits ausdrücklich hin, auch wenn im Besetzungsschlüssel Psychologen nicht genannt sind.

Die Psychologen sind damit inzwischen die am stärksten repräsentierte akademisch qualifizierte Berufsgruppe in der GBE. Vermutlich ist hierfür die Absicht ausschlaggebend gewesen, psychosomatische, psychische

und psychosoziale "Hintergründe" gesundheitlichen Risikoverhaltens in die Gesundheitsberatung mit einzubeziehen und die Beratungsorientierung der GBE gegenüber der von Kritikern anfangs unterstellten Behandlungsorientierung herauszustellen. Auch hierdurch treten die psychologisch-pädagogischen Aspekte der Konzeption der GBE in der Senatsvorlage stärker hervor (siehe oben S. 35).

In einer Stelle ist von Anfang an eine Altenpflegerin tätig. Obwohl es hierfür keinen Anhaltspunkt in der Senatsvorlage gibt, war die Besetzung der Stelle mit ihr anscheinend von Anfang an unproblematisch - sicher deshalb, weil diese Berufsgruppe den ursprünglichen Schwerpunkt der GBE-Arbeit (nämlich Altenberatung) sehr plausibel vertritt.

Ebenfalls in einer Stelle ist eine Schreibkraft eingestellt worden. Mehrere andere Stellen haben geäußert, daß eine Schreibkraft in der GBE sinnvoll sei, da in der Regel die Arzthelferin diese Funktion übernimmt, sich dann aber aufgrund ihrer beruflichen Vorbildung oft unterfordert und dequalifiziert fühlt.

2.5 Die Unterstützung des Aufbaus der Stellen durch die Hauptverwaltung

Die Errichtung und der Aufbau der Beratungsstellen in den Bezirken sind von Anfang an durch die Hauptverwaltung (Senator für Gesundheit) unterstützt worden (vgl. die Protokolle diverser Mitarbeiter- und Leitertreffen der GBE).

In der Anlaufphase der Arbeit der GBE mußte die Senatsverwaltung für Gesundheit zunächst ihre eigene Rolle definieren.

Auf einem Treffen mit Vertretern der Bezirke wird sie wie folgt präzisiert:

1. Auswertung einschlägiger Literatur und Materialien zur gesundheitlichen Aufklärung
2. Auswertung und Einbeziehung von Programmansätzen und Erfahrungen anderer Bundesländer und Institutionen
3. Sichtung von audio-visuellen Medien sowie Lernprogrammen auf ihre Einsetzbarkeit hin

4. Konkretisierung der Senatsvorlage zur Errichtung der Beratungsstellen
5. Enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der GBE
6. Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen
(Protokoll, Leiter-Treffen vom 12.6.1979)

Auf dieser Basis gab sie sachliche und konzeptionelle Unterstützung und Hilfe.

So hatten Bezirke Schwierigkeiten, für die Leiterstelle einen Arzt zu finden. Die Senatsverwaltung hat hierzu frühzeitig und wiederholt erklärt, die Arbeit könne auch ohne einen Arzt als Leiter beginnen und auf Spielräume in der Besetzung der Leiterstelle hingewiesen. Die Senatsvorlage lasse auch einen Psychologen oder Erwachsenenpädagogen zu.

Außerdem wurde die Aufgabe der GBE präzisiert:

Die Beratungsstellen sollten Gesundheitserziehung anbieten, jedoch keine Einzeluntersuchungen durchführen und auch nicht individuelle Behandlung und Therapie vermitteln. Dabei sollten die Beratungsstellen auf den Bürger zugehen (Senatsverwaltung, Mai 1979).

In der Folgezeit hat die Hauptverwaltung für die Mitarbeiter der Beratungsstellen eine Literaturliste zur gesundheitlichen Bildung (Schwerpunkte: Methoden der gesundheitlichen Bildung, Erwachsenenbildung, Lernprogramme, allgemeine Aufklärung der Zielgruppen) erstellt. Erfahrungen über gesundheitsberaterische Aktivitäten und Einrichtungen in anderen Bundesländern wurden ausgewertet. Mit Mitarbeitern der GBE Charlottenburg wurde eine Informationsfahrt zur AOK Mettmann ("Aktion Gesundheit") unternommen. Außerdem wurden bereits Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter der GBE konzipiert (interner Bericht, 1980).

Die Frage, mit welcher personellen Besetzung, d.h. mit welchen Berufsgruppen die Arbeit der GBE am besten zu leisten sei, wurde bei einem Treffen der Mitarbeiter der GBE im November 1980 ausführlich diskutiert. Die Charlottenburger Stelle hielt aufgrund ihrer Erfahrungen psychologische und pädagogische Kenntnisse und dementsprechend die Mit-

arbeit von Psychologen und Erwachsenenpädagogen für erforderlich. Einige Bezirke bemühten sich bereits, die Leiterstelle abweichend von der Senatsvorlage (bzw. deren Spielraum nutzend) mit einem Erwachsenenpädagogen (Steglitz) und Psychologen oder Biologen (Reinickendorf) zu besetzen, hatten aber Schwierigkeiten mit der für die Stellenbewilligung zuständigen Senatsverwaltung für Inneres.

Die Mitarbeiter der GBE haben schon früh Wünsche nach Fortbildung artikuliert - teils bezogen auf den gegenseitigen Erfahrungsaustausch, teils bezogen auf den Erwerb von neuen, für die Beratungsarbeit wichtigen Kompetenzen. Eine erste eintägige Fortbildungsveranstaltung organisierte die Hauptverwaltung im Frühjahr 1981. Hier standen Kennenlernen aller Mitarbeiter, Kommunikation, Erfahrungsaustausch der Beratungsstellen und die Anleitung zu bestimmten Arbeitsinhalten im Vordergrund (vgl. Protokoll 1981).

Eine weitere im Sommer 1982 von zwei externen Mitarbeitern durchgeführte Fortbildungsveranstaltung, zu der kurze Zeit später noch eine "Nachbereitung" stattfand, war als Beratungstraining angelegt. Hier ging es um das Erlernen von Methoden der Kommunikation, der Gruppen- und Einzelberatung und deren Erprobung (vgl. LÜBKE/SCHOENHEIT, Nachbereitungsmaterialien 1982, vgl. ausführlich Kapitel 7.4).

Daß weiterhin ein großer Bedarf an Fortbildung bestand und besteht, zeigen die diesbezüglichen Wünsche, die auf den Treffen von Leitern bzw. Mitarbeitern geäußert wurden. Die Mitarbeiter forderten Supervision in den Beratungsstellen und in den einzelnen Arbeitsbereichen sowie eine methodische Weiterqualifikation (Leitertreffen Februar 1983), aber auch Hilfen bei der Durchführung sog. "Planspiele" - wie sie die BZgA auf Lehrgängen veranstaltet - zur Förderung von Kooperation in Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung (Leitertreffen April 1983). Zum regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch der Mitarbeiter der GBE plante die Hauptverwaltung zunächst regelmäßige, in größeren zeitlichen Abständen stattfindende Treffen aller Mitarbeiter. Inzwischen haben die bezirklichen Abteilungen Gesundheitswesen aber nicht mehr gestattet, daß alle Mitarbeiter zu einem solchen

Treffen gehen, so daß aus dem Mitarbeitertreffen ein Leitertreffen geworden ist.

1981 forderte die Innenverwaltung zu einer internen Bewertung der Dienstleistungen des öffentlichen Dienstes, zu einer sog. "Aufgabenkritik" durch die Senatsverwaltung für Gesundheit auf. Die Absicht dieser Aufgabenkritik war, Vorschläge zum Abbau und zur Einsparung von Stellen zu machen. Die Gesundheitsverwaltung nahm in Absprache mit den Gesundheitsstadträten der Bezirke eine kritische Bewertung der Beratungsleistungen des öGD vor. Ergebnis war ein Aufgabenkatalog "Gesundheitshilfe" (1982):

1. Vorbeugende gesundheitliche Aufklärung
 - 1.1 Vorbeugende gesundheitliche Aufklärung für den einzelnen Bürger
 - 1.2 Öffentlichkeitsarbeit
2. Hilfsangebote
 - 2.1 Hilfe zur Selbsthilfe
 - 2.2 Gruppenarbeit
 - 2.3 Hausbesuche
3. Unterstützung von Selbsthilfegruppen
4. Fachliche Beratung zur gesundheitlichen Aufklärung, Beratung, Bildung und Erziehung
 - 4.1 - in öffentlichen Einrichtungen
 - 4.2 - in nichtöffentlichen Einrichtungen
5. Unterstützung und Koordination der Maßnahmen
 - 5.1 im öffentlichen Bereich
 - 5.2 im nichtöffentlichen Bereich
 - 5.3 Förderung der Zusammenarbeit
6. Fachliche Beratung im Bereich Geriatrie
 - 6.1 in öffentlichen Einrichtungen
 - 6.2 in nichtöffentlichen Einrichtungen
 - 6.3 Veranstaltungen in Senioreneinrichtungen

Neu an dieser Aufgabenbestimmung sind die Unterstützung von Selbsthilfegruppen und die besondere Betonung von Gruppenarbeit. In der allgemeinen Vorbemerkung zum Aufgabenkatalog heißt es dazu:

"Gruppenarbeit, auch im Sinne von Selbsthilfegruppen, gewinnt im Bereich der Gesundheitshilfe zunehmend an Bedeutung. Grundsätzlich geht es dabei darum, die Eigeninitiative der Betroffenen zu fördern. Die kommunalen Beratungsstellen sollen, soweit nötig, Starthilfe für Selbsthilfegruppen leisten und diese auf Wunsch fachlich beraten. Sie sollen selbst nur da Gruppenarbeit betreiben, wo sie weder in Selbsthilfe noch durch freie Träger zustandekommen würde." (Zur Förderung von Selbsthilfegruppen durch die GBE siehe unten Kapitel 8.5)

Nachdem sich alle Verwaltungen geäußert hatten, legte der Senator für Inneres vorletztes Jahr mit seinen "Aufgabenkritischen Mitteilungen für den Senat" (1983) einen umfangreichen Katalog von Neuordnungsvorschlägen für Stellen des öffentlichen Dienstes vor. Der Geschäftsbereich des Senators für Gesundheit, Soziales und Familie war von diesen Vorschlägen insofern stark betroffen, als auf dem Wege der Personal- und damit Kosteneinsparung wichtige, im GDG gerade für den öGD ausdrücklich festgeschriebene Aufgaben wieder zurückgenommen und anderen Einrichtungen außerhalb des öGD bzw. des öffentlichen Dienstes überhaupt überantwortet werden sollten. Für den Bereich des öGD schlug der Innensenator auch die Streichung der GBE (29,5 Stellen) vor. In den Aufgabenkritischen Hinweisen wird vorgeschlagen: "Verzicht auf die Aufgabenwahrnehmung, da Beratung auf diesem Gebiet in ausreichendem Maße von Einrichtungen außerhalb der Verwaltung angeboten wird" (1983, S. 36). Gegen die beabsichtigte Streichung der GBE regte sich jedoch heftiger Widerstand auf der Ebene der Bezirke wie der Hauptverwaltung. Die Stadträte für Gesundheit erklärten auf einer Sitzung im Februar 1984, der inhaltliche Schwerpunkt der Arbeit der GBE sei nicht die gesundheitliche Betreuung (Behandlung), sondern das Beratungsangebot und die präventive Gesundheitserziehung, die unter den heutigen Lebensbedingungen zunehmende Bedeutung gewinne. Im Einvernehmen mit der Senatsverwaltung für Gesundheit betonten die Stadträte, das Angebot der GBE solle auf jeden Fall "im derzeitigen Umfang" erhalten bleiben. Mit Rücksicht auf die angespannte Haushaltslage solle vorerst nur auf einen weiteren Ausbau der Beratungsstellen verzichtet werden (Protokoll, Sitzung der Bezirksstadträte für Gesundheit 1984). Deutlich wurde dabei, daß auch die zuständige Senatsverwaltung nicht die Absicht hat, die GBE aufzugeben.

Ein (vorläufiger) Schlußstrich unter die Pläne, auf die Aufgabenwahrnehmung GBE bis 1985 zu verzichten, d.h. die Beratungsstellen zu schließen, wurde im Frühjahr durch den zuständigen Senator im Abgeordnetenhaus gezogen. In seiner Antwort auf die Große Anfrage der SPD über "Auswirkungen der 'Lummerschen Giftliste' auf den öffentlichen Gesundheitsdienst" stellte Senator Fink fest, der öGD habe eine grundsätzliche, unverzichtbare Bedeutung als ein Teil des Gesundheitsversorgungssystems. Trotz der Finanzknappheit werde die GBE erhalten bleiben.¹⁾

2.6 Konzeptbildung

In der Phase der Einrichtung und des Aufbaus standen die einzelnen Stellen der GBE in den Bezirken vor der Aufgabe, auf der Basis der Senatsvorlage Nr. 276 konkrete Beratungsangebote und damit zugleich ein je spezifisches Konzept der Arbeit zu entwickeln.

Wie bei der Interpretation der Senatsvorlage (siehe oben Kapitel 1.5) deutlich wurde, haben die dort genannten Aktivitäten, aus denen das Konzept einer Stelle sich bildet, nur exemplarischen Charakter. Dies sollte den Stellen die Möglichkeit zu Innovationen und zur Verwirklichung eigener Ideen geben. Gerade weil Gesundheitsberatung eine neue Aufgabe im öGD war, sollten die einzelnen Stellen einen Freiraum zum Ausprobieren unterschiedlicher Inhalte und Formen von GB haben. Die Stellen haben diese Möglichkeit wahrgenommen und unterschiedliche Akzente gesetzt.

Im folgenden werden die Konzepte der Stellen kurz beschrieben und typisiert. Die Beschreibung stützt sich auf Selbstdarstellungen der Stellen

1) Senator Fink am 22.3.1984:

"Aus Westdeutschland kommen Wissenschaftler nach Berlin, um sich z.B. die Gesundheitsberatung für Erwachsene anzuschauen und zu untersuchen. Warum wohl? Weil es einen solchen Dienst sonst nirgendwo gibt. Trotz Finanzknappheit ist hier vom Senat nichts gekürzt worden. Es ist immer richtig, etwas, was gut ist, auch in Zeiten finanzieller Knappheit - soweit notwendig - beizubehalten, auch dann, wenn andere das Gute noch nicht haben."

und Äußerungen der Mitarbeiter sowie Beschreibungen ihrer Aktivitäten bzw. Angebote. Ob sich dies mit der tatsächlichen Beratungsaktivität deckt oder nicht, ist aus diesen Daten nicht zu ersehen. Darüber kann erst die Strukturinterpretation der Stellen und ihrer Aktivitäten selbst Auskunft geben (siehe unten Kapitel 4). Die Darstellung der Konzepte der einzelnen Beratungsstellen hat deshalb als Aussage über die Arbeit der GBE nur vorläufigen Charakter. Als Ausdruck des Selbstverständnisses der Stellen von ihrer eigenen Arbeit, das sich in deren Fortgang ausbildet, sind die Konzepte der Stellen aber auch Forschungsergebnisse von eigener Relevanz (z.B. für die Fortbildungsangebote).

Bei der GBE Charlottenburg kann man zwei Phasen der Konzeptbildung unterscheiden. Die erste ist charakterisiert durch die ursprüngliche Intention, eine Altenberatung einzurichten und die Umorientierung hin zur GBE (siehe oben). Die zweite beinhaltet die Entwicklung und Ausdifferenzierung der Konzeption der GBE zu ihrer heute bestehenden Form. Sie deckt sich weitgehend mit dem, was auf Senatsebene unter GBE verstanden und intendiert wurde und wird.

Ausgehend von einer Kritik der gegenwärtigen kurativen Medizin werden Ergänzungen derselben durch gesundheitspräventive und im weiteren Sinne psychotherapeutische Maßnahmen für notwendig erachtet (vgl. hierzu und zum folgenden RHEIN 1981, DITTNER/RHEIN 1983 sowie Informationen aus der Stelle). Ziel dieser Präventivmedizin ist die Vermeidung insbesondere der Krankheiten, die als "Zivilisationskrankheiten", die mit den gegenwärtigen sozialen Lebensbedingungen zusammenhängen, gelten. Hierfür sei es zweckmäßig, alte, inzwischen vergessene Kenntnisse und Praktiken der Alltagswelt wieder zu aktivieren und über die Vermittlung von Informationen hinaus das Verhalten der Bürger hin zu gesundheitsgerechterem Verhalten zu verändern. So bietet die Stelle Gruppen und Kurse an, in denen das Verhalten der Teilnehmer "in Richtung auf ein gesünderes Leben" verändert werden soll. Diese Kurse erstrecken sich über 2 bis 3 Monate und werden zum Teil durch Aufbaukurse ergänzt oder als offene oder Selbsthilfegruppen weitergeführt. Neben den direkt klientenbezogenen Kursen wird wie in der Senatsvorlage ein weiterer Schwerpunkt in der Ausbildung von Multiplikatoren gesehen. Hier

sollen Interessenten, die ihrerseits Klienten, Patienten, Mitarbeiter o.ä. haben, selbst an ein gesundheitsgerechtes Verhalten herangeführt werden, um dies dann an Andere weitergeben zu können. Neben dem auf soziale Lebenszusammenhänge erweiterten Risikofaktorenmodell hat die Stelle in Erweiterung der in der Senatsvorlage enthaltenen Konzeption von Gesundheitsberatung ein psychosomatisches Verständnis von Erkrankungen oder Erkrankungsrisiken, das auch in ihre Aktivitäten Eingang gefunden hat. Akzentuiert durch Zusatzqualifikationen der Ärztin und die zeitweilige Tätigkeit von Psychologinnen wird ein Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit der Klienten (vermittelt mit ihrer Situation in der Familie, am Arbeitsplatz u.a.) und ihren Belastungen, Symptomen und Erkrankungen gesehen und in entsprechenden Angeboten (Autogenes Training, psychologische Beratung, bestimmte Aspekte der gymnastischen Angebote sowie der Ernährungs- und Diätberatung) darüber beraten (vgl. DITTNER und RHEIN 1983).

Das Konzept der GBE Charlottenburg stellt einen Typus von Gesundheitsberatung dar, der im wesentlichen als auf medizinischem¹⁾ Fachwissen basierende Gesundheitserziehung mit dem Ziel der Veränderung des Gesundheitsverhaltens anzusehen ist. Er entspricht damit strukturell der Konzeption der Senatsvorlage. Dieser Typus ist ergänzt und teilweise überlagert von anderen konzeptionellen Ansätzen, insbesondere durch einen psychotherapeutischen Umgang mit gesundheitlichen Problemen der Klienten, durch informationsvermittelnde gesundheitliche Aufklärung sowie gesundheitspolitische Aktivitäten, die (Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeit, gesundheitspolitisches Engagement der Mitarbeiter und der Stelle) auch überindividuelle, strukturelle Bedingungen gesundheitsgerechten Lebens thematisieren.

Die GBE Neukölln orientierte sich von Anfang an an der Ausgestaltung der Senatsvorlage, wie sie von Charlottenburg vorgeführt wurde, konnte diesem Vorbild jedoch zunächst nur ansatzweise folgen. Lange Zeit war

1) "Medizinisch" beinhaltet nicht nur die Kenntnisse des Arztes, sondern auch die der "Heilhilfsberufe", die in der GBE vertreten sind. Der Begriff bezieht sich nicht in erster Linie auf eine Berufsgruppe, sondern auf einen Typus gesundheitsrelevanten Wissens.

die Stelle des Leiters entweder vakant oder nur kommissarisch besetzt. Mangels konzeptioneller Vorgaben durch die Leitung waren die Mitarbeiter auf sich gestellt und konnten so nur eine eingeschränkte Palette von Gesundheitsberatung anbieten. Es gab auch von seiten des zuständigen Stadtrats und des Amtsarztes keine bezirksspezifische Konzeption der Stelle, an der sie sich hätte orientieren können. Erst seitdem 1983 eine neue Leiterin eingestellt wurde, beginnt sich ein eigenes Konzept der GBE Neukölln abzuzeichnen. Inhaltlich orientiert es sich an einem psychosomatischen Krankheits- bzw. Erkrankungs(risiko-)Modell, das die Anlässe für psychosomatische Reaktionen im Sinne der "humanistischen Psychologie" gleichermaßen im Individuum wie in seinen sozialen Beziehungen zu anderen Menschen sieht. Diese "psychosoziale" Sicht auf die Themen der Gesundheitsberatung drückt sich in den Angeboten der Stelle ebenso aus, wie darin, daß, zum Teil schon erfolgreich, versucht wird, Psychologen, Soziologen und Sozialarbeiter als Mitarbeiter zu gewinnen. Daneben werden aber auch die gängigen Aktivitäten der GBE wie Autogenes Training, Raucherentwöhnung, Gymnastik etc. angeboten, die als solche nicht unmittelbar auf psychische "Hintergründe" oder soziale Zusammenhänge von gesundheitsrelevantem Verhalten bezogen sind. Das Konzept der GBE Neukölln - soweit schon realisiert - stellt einen Typus von GBE dar, der im wesentlichen als psychosoziale Beratung bei körperlichen und seelischen Problemlagen und Beschwerden und/oder gesundheitlichem Fehlverhalten im Sinne einer gesundheitsschädlichen Lebensweise anzusehen ist, eine Art Sozialtherapie. Dieser Typus ist ergänzt um Teile der "Charlottenburger" Konzeption, vor allem repräsentiert durch Gruppen und Kurse zur Veränderung gesundheitlichen Fehlverhaltens, die eher pädagogisch als psychologisch konzipiert sind. Daneben spielt auch in Neukölln die gesundheitliche Aufklärung durch öffentliche Darstellung gesundheitspräventiver Aktivitäten eine wesentliche Rolle.

Das Konzept der GBE Reinickendorf hat sich von Anfang an stark an das von Charlottenburg angelehnt. Zwar war Charlottenburg sowieso das "Mekka" (wie ein Mitarbeiter der Senatsverwaltung sich ausdrückte) aller GBE. Reinickendorf war aber eine Stelle, die sich von Anfang an

besonders stark an Charlottenburg orientierte. Das lag daran, daß die GBE Reinickendorf erst sehr spät (5/1981, d.h. fast zweieinhalb Jahre später als Charlottenburg) als letzte Stelle eröffnet wurde, daß die Stelle stets personell knapp besetzt war (Psychologin, Arzthelferin, Diätassistentin) und so von den fachlichen Kompetenzen her nur ein begrenztes Spektrum von Aktivitäten anbieten konnte, sowie daran, daß sie sich trotz der Unterstützung von Stadtrat und Amtsarzt erst Bekanntheit und Anerkennung im bezirklichen Gesundheitsamt verschaffen mußte.

Nach einer längeren Vakanz ist die Position der Leiterin der Stelle seit Anfang 1984 wieder besetzt. Das Bezirksamt hat eine Psychologin eingestellt, die sich auf dem Gebiet gesundheitlicher Prävention bereits durch Publikationen (über Störungen des Eßverhaltens) qualifiziert hat. Es ist anzunehmen, daß die Stelle nun nach dem Ende dieser Vakanz ein eigenständigeres Profil gewinnen wird. Bislang ist ihr Konzept strukturell das gleiche wie das der GBE Charlottenburg.

Die GBE Spandau, insbesondere ihr Leiter, ein Biologe, vertrat von Anfang an ein ausdrücklich naturwissenschaftlich fundiertes Verständnis gesundheitlicher Risiken und gesundheitlicher Prävention. Gesundheitsberatung ist hier in erster Linie gesundheitliche Aufklärung durch Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen über den eigenen Körper und über körperliche Funktionsweisen im allgemeinen, die mit den "Zivilisations"-, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammenhängen.¹⁾ Medien der Vermittlung dieser Informationen sind Broschüren, Vorträge bzw. Vorlesungen, Filme und die Durchführung diverser Tests (Gewichts- und Blutdruckkontrollen, Sehschärfe-, Reaktionszeit-, Hör- und Zuckertests u.a.m.), die einzelne Parameter des Gesundheitszustandes anzeigen. Durch die allgemeinen und die aus den Testergebnissen resultierenden konkreten gesundheitlichen Informationen sollen die Bürger auf (das Be-

1) Vgl. dazu die Zusammenarbeit der GBE Spandau bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit anderen Institutionen wie der "Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie" und beim "Spandauer Gesundheitstest", vor allem die Mitarbeit beim Screening und den paradigmatischen Charakter des Screening für wesentliche Aktivitäten der GBE Spandau, die Testuntersuchungen.

stehen) gesundheitliche(r) Risikofaktoren aufmerksam gemacht werden. Das soll sie motivieren, sich - sofern notwendig - in ärztliche Behandlung zu begeben oder/und die für die physiologischen Risikofaktoren als verantwortlich angesehenen Verhaltensweisen zu ändern. Dies ist dann Sache der so informierten Klienten selbst. Zwar bietet die GBE Spandau auch Gruppen bzw. Kurse an, in denen z.B. Rauch- und Eßverhalten verändert werden sollen. Sie benutzt aber nicht gezielt (psychologische oder pädagogische) Fachkenntnisse zur Verhaltensbeeinflussung. Der psychische und soziale Zusammenhang von Erkrankungen wie von Verhaltensveränderungen ist kein Bestandteil dieses Konzepts. Das Konzept der GBE Spandau stellt einen Typus von GBE dar, der sich im wesentlichen als gesundheitliche Aufklärung durch Vermittlung allgemeiner (Vorträge) und klientenbezogener (Tests) physiologischer und biologischer Informationen, die für die Entstehung der "Zivilisationskrankheiten" relevant sind, bezeichnen läßt. Daneben enthält das Angebot Teile der Konzeption der Senatsvorlage in Gestalt diverser Gruppen und Kurse zur Veränderung gesundheitlichen Risiko- und Fehlverhaltens, vor allem in den Bereichen Ernährung und Bewegung.

Die Entwicklung des Konzeptes und des Spektrums der Aktivitäten der GBE Steglitz war lange dadurch behindert, daß nach der Eröffnung der Stelle (11/1980) zunächst nur eine Arzthelferin und eine Diätassistentin eingestellt wurden. Nach langwierigen Verhandlungen über eine von der Senatsvorlage abweichende Stellenbesetzung wurde erst Anfang 1983 eine Leiterin (Psychologin) eingestellt, der Bereich Bewegung/Gymnastik ist in Steglitz erst seit 1984 vertreten. So waren die vorhandenen Mitarbeiter vor allem darauf verwiesen, in eigener Regie Angebote anderer Stellen nachzubilden, was im Ergebnis auf die Übernahme von Teilen des Charlottenburger Konzeptes hinauslief. Nicht zuletzt mangels einer besseren inhaltlichen und institutionellen Unterstützung durch die Leitung des bezirklichen Gesundheitsamts hat die GBE Steglitz kein von anderen Stellen unterscheidbares Profil entwickeln können. Ihr Konzept ist strukturell dasselbe wie das der GBE Charlottenburg.

Die GBE Tempelhof ist in der Senatsvorlage in Ausbaustufe I genannt und wurde als letzte Stelle dieser Stufe in 10/1980 eröffnet. Ihr Konzept verkörpert in erster Linie den Typ einer auf medizinischem Fachwissen basierenden Gesundheitsberatung, die im wesentlichen Gesundheitserziehung ist. Das gilt vor allem für die diversen Gruppen und Kurse in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Abhängigkeit (Raucherentwöhnung), die von der Stelle angeboten werden. Daneben ist aber stärker als in der GBE Charlottenburg und der Tendenz nach ähnlich wie in der GBE Neukölln eine vor allem von der ärztlichen Leiterin repräsentierte psychosomatische und tiefenpsychologische Orientierung bezüglich der Entstehung von Erkrankungen oder Vorstadien derselben ausgeprägt. Entsprechend nehmen Angebote (Gesprächskreise und Einzelberatungen), die gesundheitliches Risikoverhalten und Erkrankungen begünstigende Lebensweisen in tiefenpsychologischer Sicht auf psychische und soziale "Hintergründe" beziehen sollen, also psychotherapeutisch orientierte Angebote, einen größeren Raum ein. Eine Besonderheit im Verhältnis zu anderen stellt die Tatsache dar, daß sich verschiedene Angebote an behinderte Adressaten bzw. deren Verwandte oder Betreuer richtet. Insgesamt läßt sich das Konzept der GBE Tempelhof als Integration der Typen "auf medizinischem Fachwissen basierende Gesundheitserziehung" und "psychosoziale Beratung bei körperlichen Beschwerden und/oder gesundheitlichem Fehlverhalten" bezeichnen.

Die GBE Tiergarten war lange Zeit durch eine vakante bzw. wechselnde Leitung in der Ausbildung eines eigenen Konzeptes behindert. Vom Stadtrat und Amtsarzt wurde sie in den ersten zwei Jahren kaum unterstützt, von anderen Stellen im bezirklichen Gesundheitsamt wenig akzeptiert, weil sich die anderen Stellen mangels Profil der GBE unter deren Arbeit kaum etwas vorstellen konnten.

Deutlichere konzeptionelle Vorstellungen von Gesundheitsberatung als Angebot für "Erwachsene im Vorfeld der Krankheit und Risikogruppen sowie eine ständig wachsende Gruppe in der Bevölkerung, die sich für die Erhaltung ihrer Gesundheit eigenverantwortlich und interessiert zeigt" (Bericht GBE Tiergarten 1984, S. 1) wurden erst artikuliert, als 1983 eine an Fragen gesundheitlicher Prävention, psychosomatischer Zusammen-

hänge von Erkrankungen und Lebensweisen und Gesundheitsökologie interessierte Ärztin als Leiterin eingestellt wurde. Da sie daneben noch als zweite ärztliche Referentin im bezirklichen Gesundheitsamt tätig ist und dementsprechend über gute Kontakte zu den anderen Abteilungen des Amtes verfügt, verbesserten sich auch zunehmend die Kooperationsbeziehungen der Stelle.

Inhaltlich orientieren sich die Aktivitäten weitgehend am Modell der Charlottenburger Stelle. Der Typus von Gesundheitsberatung ist hier sehr deutlich der einer auf medizinischem Fachwissen basierenden Gesundheitserziehung. Die psychosomatischen und gesundheitsökologischen Interessen der Mitarbeiter und der Leiterin haben sich noch nicht dermaßen in Aktivitäten der Stelle niedergeschlagen, daß sie im Ansatz einen anderen ergänzenden Typus bilden.

Auch die Leitung der GBE Wedding wechselte bzw. war zeitweise vakant, was der Ausbildung ihres Konzeptes nicht förderlich war. In Ergänzung zu den bereits genannten Konzepten, insbesondere von Charlottenburg, wird hier vor allem darauf hingewiesen, daß die Bevölkerungsstruktur des Bezirks Wedding (hoher Anteil von Arbeitern und Ausländern) subkulturell und kulturell differenziertere Beratungsangebote fordere. Diese konzeptionellen Überlegungen in die Tat umzusetzen, scheiterte aber bislang an den begrenzten personellen Ressourcen der Stelle. Auch das Konzept der GBE Wedding repräsentiert grundsätzlich den Typus von Gesundheitsberatung, der als auf medizinischem Fachwissen basierende Gesundheitserziehung anzusehen ist. Die medizinische Komponente ist schwächer ausgeprägt als in der Senatsvorlage oder zum Beispiel in Charlottenburg; Gesundheitserziehung hat hier aber deutlicher den Charakter der Erwachsenenbildung. Das zeigt sich an dem die Autonomie der Klienten besonders betonenden Stil und den entsprechenden Aktivitäten, an ihren Kooperationsbeziehungen (vor allem an denen zu anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung) und wird auch durch die Berufsausbildung des Leiters indiziert, der Erwachsenenpädagoge ist.

Wachsendes Gewicht bekommt in der GBE Wedding die Arbeit mit und über Multiplikatoren, und zwar gleichermaßen in anderen Einrichtungen

des öGD, öffentlichen Einrichtungen (z.B. Schulen) überhaupt sowie (Sport-) Vereinen und im Bezirk ansässigen Großbetrieben.

Die von der Senatsvorlage abweichenden bzw. sie variierenden oder modifizierenden Stellenbesetzungen (siehe oben, S. 37 und 38), die die ursprünglich vorgesehene Personalstruktur mehrfach modifiziert haben, lassen vor allem soziale und psychologische Momente der Konzeption von Gesundheitsberatung hervortreten. Die Herausbildung der stellenspezifischen Konzepte von Gesundheitsberatung durch die Entfaltung der Beratungsaktivitäten und das dadurch entstehende Selbstverständnis repräsentieren eine zweite Stufe der Verwirklichung der Ursprungskonzeption und bedingen weitere Modifikationen. So lassen sich nun in Ausdifferenzierung und Erweiterung der Senatsvorlage folgende Konzepte von Gesundheitsberatung unterscheiden:

1. Auf medizinischem Fachwissen basierende Gesundheitserziehung mit dem Ziel der Veränderung des Gesundheitsverhaltens;
2. Psychotherapeutisch orientierte Beratung bei körperlichen oder seelischen Beschwerden und/oder problematischem Gesundheitsverhalten;
3. Psychosoziale Beratung bei körperlichen und seelischen Beschwerden und sozialen Problemlagen bzw. gesundheitsgefährdender Lebensweise, eine Art Sozialtherapie;
4. Gesundheitliche Aufklärung durch Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen über den eigenen Körper und über körperliche Funktionsweisen im allgemeinen;
5. Gesundheitspolitische Aktivitäten auf Bezirksebene vor allem in Gestalt von Öffentlichkeitsarbeit und öffentlichkeitsbezogenen Auftritten.

3. DIE BERATUNGSAKTIVITÄTEN DER GBE

3.1 Erläuterungen

Im folgenden werden die Aktivitäten aller GBE-Stellen vorgestellt. Eine Aktivität ist in dem Sinne definiert, daß es sich um eine spezifische Gesundheitsberatungs-Tätigkeit eines oder mehrerer Mitarbeiter der GBE handelt, die auf Adressaten im Sinne der Senatsvorlage Nr. 276 bzw. ihrer Auslegung durch die Konzeption einzelner Stellen gerichtet ist und von der GBE allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen durchgeführt wird. Andere Arbeiten der GBE, die für die Gesundheitsberatung unspezifisch sind, wie routinemäßige Verwaltungstätigkeiten, Dienstbesprechungen, Teilnahme an regelmäßigen Terminen im Gesundheitsamt u.a.m. sind keine Aktivitäten in diesem Sinne und bleiben deshalb hier außer Betracht.

Die folgenden Angaben basieren auf den Antworten in Fragebögen zur Erhebung der Aktivitäten der GBE, die im Juni 1984 in allen Stellen verteilt und ausgefüllt wurden, auf Selbstdarstellungen der Stellen oder einzelner Angebote, die schriftlich vorliegen, sowie auf ergänzenden Informationen aus Interviews und Gesprächen und einer Nachfrage im Juni 1985.¹⁾

Die hier zusammengestellten Aktivitäten wurden zum Zeitpunkt der Erhebung tatsächlich durchgeführt. Diejenigen Aktivitäten, die aus zufälligen Gründen (Urlaub des zuständigen Mitarbeiters, turnusmäßige Pause etc.) im Erhebungszeitraum nicht stattfanden, aber zum regelmäßigen Angebot der GBE gehören, sind ohne besondere Kennzeichnung mit aufgeführt. Aktivitäten, die zeitweise angeboten waren, jetzt aber nicht mehr fortgesetzt werden, sind ebenfalls erwähnt, aber besonders gekennzeichnet (*).

Die Darstellung der Aktivitäten der GBE ist in erster Linie gegliedert nach dem hauptsächlichen Inhalt, d.h. nach dem Bereich gesundheitlicher

1) Der Aktivitäten-Fragebogen ist im Materialband enthalten.

Prävention, der mit dem jeweiligen Angebot thematisiert wird (1-5). Dabei gilt als Inhalt der von der jeweiligen Stelle gewählte Titel bzw. dessen Erläuterung. Bezugspunkt sind unmittelbar klientenbezogene Aktivitäten. Diejenigen Aktivitäten, die in Kooperation mit anderen Einrichtungen oder bezogen auf Multiplikatoren oder mittels öffentlicher Auftritte durchgeführt werden, sind in den Bereichen "Kooperation und Multiplikatoren" (6) sowie "Allgemeine Gesundheitsfragen und Öffentlichkeitsarbeit" (7) zusammengestellt.

Diese Darstellung folgt der in der Senatsvorlage Nr. 276 festgelegten Aufgabenbestimmung der GBE, gleichermaßen einzelne Klienten, andere Institutionen und die Öffentlichkeit (der Gemeinde) anzusprechen. "Besondere Angebote für ältere Menschen" (8) sind als einzige Gruppe von Aktivitäten nach den Adressaten zusammengestellt. Dies hat seinen Grund darin, daß sowohl in der Senatsvorlage wie in zahlreichen Angeboten der GBE ausdrücklich auf Ältere Bezug genommen wird.

Anschließend werden in Kapitel 3.3 Form, Umfang, Häufigkeit, Art der Ankündigung, Warteliste, Alter und Geschlecht der Teilnehmer sowie mögliche Fortsetzung der Aktivität auf der Basis der genannten Erhebung dargestellt.

Die inhaltlichen Bereiche der Arbeit der GBE, denen die Zusammenstellung der Aktivitäten folgt, sind:

1. ERNÄHRUNG

- 1.1 Richtige Ernährung (= Interessierte)
- 1.2 Über-/Untergewicht (= Risikoträger)
- 1.3 Diäten (= Gesundheitsgeschädigte)

2. BEWEGUNG

- 2.1 Bewegung allgemein und für spezifische Altersgruppen
- 2.2 Bewegung für Gesundheitsgefährdete/-geschädigte
- 2.3 Bewegung nach Krankheitsereignis oder bei Behinderungen
- 2.4 Bewegung und Körpererfahrung

3. KOMMUNIKATION

- 3.1 Gesundheitsbezogene Gespräche
- 3.2 Therapeutische Gespräche
- 3.3 Übende psychotherapeutische Angebote
- 3.4 Kognitive Angebote
- 3.5 Förderung von Kreativität

4. ERKRANKUNG
 - 4.1 Nachsorge/Nachbetreuung (auch tertiäre Prävention)
 - 4.2 Förderung von Compliance (im weiteren Sinne)
 - 4.3 Angehörige
 - 4.4 Umgang mit Behinderungen
 - 4.5 Psychosomatik
 - 4.6 "Zivilisationskrankheiten"
 - 4.7 Kontrolle des Gesundheitszustandes auf Symptome

5. MISSBRAUCH
 - 5.1 Rauchen
 - 5.2 Alkohol, Drogen

6. KOOPERATION UND MULTIPLIKATOREN
 - 6.1 Schulen und Ausbildungsinstitutionen
 - 6.2 Betriebe
 - 6.3 Seniorenheime
 - 6.4 Gesundheitswesen
 - 6.5 Andere Institutionen

7. ALLGEMEINE GESUNDHEITSPRAGEN UND ÖFFENTLICHKEITS-ARBEIT
 - 7.1 Alltag
 - 7.2 Streß
 - 7.3 Freizeit
 - 7.4 Berufe
 - 7.5 Körperliche Funktionen

8. BESONDERE ANGEBOTE FÜR ÄLTERE MENSCHEN

Die Aktivitäten werden benannt und kurz erläutert. Den Erläuterungen zum Inhalt sind weitere Angaben hinzugefügt. Diese beziehen sich auf die Form, in der die Aktivität durchgeführt wird:

1. Einzelberatung
2. Test
3. Hausbesuch
4. Gruppe, Kurs, Seminar
5. Öffentliches Auftreten (Vortrag, Vorführung, Vorstellung)
6. Medien und Publikationen
7. Arbeitsgruppen und Gremien
8. Andere

die Berufsgruppe des/der verantwortlichen Mitarbeiter/in sowie den Bezirk, in dem die Aktivität stattfindet. Bei Aktivitäten, die inzwischen eingestellt wurden, ist, soweit bekannt, das Jahr angegeben. Bei einigen Aktivitäten sind zusätzliche Bemerkungen angefügt, die auf Besonderheiten hinweisen.

3.2 Beratungsaktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Erkrankung, Mißbrauch, Kooperation und Multiplikatoren, Allgemeine Gesundheitsfragen und Öffentlichkeitsarbeit. Besondere Angebote für ältere Menschen

1. ERNÄHRUNG

1.1 RICHTIGE ERNÄHRUNG (= Interessierte)

Kochkurs Diät / kalorienarme Kost

Die Kochkurse dienen der Anregung zu diätbewußter Ernährung und kalorienarmer Kost, insgesamt zu einem gesundheitsbewußteren Leben. Sie richten sich an Klienten, die allgemein an gesunder Ernährung interessiert sind.

Gruppe / Diätassistentin / Steglitz, Tempelhof, Wedding

Buffet "Gesunde Ernährung" *

Aus besonderem Anlaß fand ein von der GBE organisiertes Buffet im bezirklichen Gesundheitsamt statt.

Öffentliche Vorführung / Diätassistentin / Reinickendorf, Wedding

1.2 ÜBERGEWICHT / UNTERGEWICHT (= Risikoträger)

Einzelberatung Abnahme bzw. richtige Ernährung

Die Klienten werden in Ernährungsfragen aufgeklärt, damit sie lernen, eine gesündere, kalorienarme und nährstoffausgewogene Kost zusammenzustellen. Verschiedene Koch- und Küchentechniken werden erläutert sowie geeignete Rezepte vermittelt.

Einzelberatung / Diätassistentin / Charlottenburg, Reinickendorf, Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten, Wedding

Kochkurs für Übergewichtige

Ziel des Kurses ist, die Teilnehmer auf den Kaloriengehalt ihres Essens aufmerksam zu machen und zu lernen, kalorienarme Speisen zuzubereiten. Auf das gemeinsame Essen im Rahmen des Kurses wird besonderer Wert gelegt.

Gruppe, Kurs / Diätassistentin / Charlottenburg, Spandau, Tempelhof, Wedding

Gesprächsgruppe für Übergewichtige

Ziel der Gruppe ist, die Ursachen des eigenen Eßverhaltens zu erkennen, und in der Folge die hierfür als verantwortlich angesehenen Lebensgewohnheiten zu verändern. Teilnehmer sind nur Frauen.

Gruppe / Psychologin, Ärztin, Diätassistentin / Charlottenburg, Tempelhof, Steglitz

Abnahmegruppe / Gewichtsreduktionsgruppe

Gegenstände der Beratung sind u.a. diätetische Beratung, Erklärung der Ernährungslehre und Hinweise auf Koch- und Küchentechniken. In der Gruppe soll unkontrolliertes Eßverhalten verlernt und ein neues besseres Eßverhalten gelernt werden. Ziel ist eine gesunde d.h. bedarfsgerechte Ernährung. Neben der Aufklärung über Ernährungsfragen steht das Eßverhalten in bestimmten Situationen in dieser Gruppe bzw. dem Kurs im Vordergrund. Das Vorgehen richtet sich nach verhaltenstherapeutisch fundierten Programmen (BZgA-Kurs, DGE-Programm). Entscheidend ist die Stützung des einzelnen Teilnehmers durch die Gruppe. Zum Teil finden Einzel-Vorgespräche statt.

Gruppe, Kurs / Diätassistentin, Psychologin / alle Bezirke

Weiterbetreuung von Abnahmegruppen als freie oder Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen, die sich aus den Abnahmekursen und Einzelberatungen entwickeln, werden (meist einmal im Monat) weiterbetreut. Im Vordergrund stehen dabei Aufklärung und Information in Ernährungsfragen. Ziel ist, das erreichte Gewicht zu festigen. Dies geschieht im Austausch mit Gruppenmitgliedern und durch gemeinsame Aktivitäten.

Gruppe / Diätassistentin / Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten, Wedding

Magersuchtgruppe

Ziel der langfristig angelegten Gruppe ist, ein besseres Verständnis der Magersucht und dadurch einen besseren Umgang mit sich selbst zu erreichen. Viele der Teilnehmerinnen sind dem Krankheitsbild "Bulimie" zuzuordnen.

Gruppe / Ärztin / Charlottenburg

Gruppenberatung für adipöse Jugendliche und deren Eltern *

In Zusammenarbeit mit dem Jugendgesundheitsdienst/Schüler findet eine Gruppenberatung zum Thema "Dickmacher - Schlankmacher" für adipöse Jugendliche und deren Eltern statt.

Gruppe / Diätassistentin / Wedding (1983)

Gruppe übergewichtiger Kinder und Elterngruppe

In einem einjährigen Kurs werden übergewichtige Kinder im Alter von 11-13 Jahren in der Beratungsstelle betreut. Das wöchentlich stattfindende Programm besteht aus einer Stunde Turnen und einer Stunde spielerisch vermittelter Information über "schädliche" Nahrungsmittel. Daneben findet einmal im Monat ein Treffen der Eltern der Kinder statt.

Gruppe, Kurs / Psychologin, Krankengymnastin, Diätassistentin / Reinickendorf

1.3 DIATEN (= Gesundheitsgeschädigte)

Einzelberatung für Diätbedürftige

Nach der Erhebung einer Ernährungsanamnese wird den Klienten die entsprechende Diät mit Erläuterungen zur Koch- und Küchentechnik vermittelt. Die Klienten sind zum Teil (noch) nicht im klinischen Sinne krank, zum Teil aber durch die Folgen eines Krankheitsereignisses (wie Herzinfarkt) oder eines gesundheitsgefährdeten Zustandes (wie Hypertonie) "geschädigt".

Einzelberatung / Diätassistentin, Biologe, Krankenschwester, Arzthelferin / Charlottenburg, Reinickendorf, Spandau, Tempelhof, Tiergarten

Diätabnahmekochkurs

Die Teilnehmer lernen fettarme Zubereitungsarten kennen. Der Kurs dient der Anregung zu diätbewußterem Leben sowie der Intensivierung des Kontaktes untereinander. Teilnehmer sind nicht nur Übergewichtige, sondern auch Diabetiker.

Gruppe, Kurs / Diätassistentin / Spandau, Wedding

2. BEWEGUNG

2.1 BEWEGUNG ALLGEMEIN UND FÜR SPEZIFISCHE ALTERSGRUPPEN

Einzelberatung durch Gymnastiklehrerin oder Krankengymnastin

Die Einzelberatung gibt die Möglichkeit, den Klienten und seine Probleme kennenzulernen. So kann seinen augenblicklichen Beschwerden mit einem darauf abgestimmten Übungsangebot, welches eine Woche lang zuhause ausprobiert werden soll, begegnet werden. Ein Erfahrungsbericht des Klienten ermöglicht dann eine gezielte Wahl zur Belegung eines Kurses.

Einzelberatung / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Charlottenburg, Tiergarten

Gymnastikkurs für Männer und Frauen aller Lebensalter

Der Kurs zielt auf Erhaltung und Verbesserung der Bewegungsfähigkeit, der Herz- und Kreislauftätigkeit sowie der Geschicklichkeit und Koordination.

Kurs / Krankengymnastin, Gymnastiklehrerin / Neukölln, Spandau, Tempelhof, Wedding

Wassergymnastik

Ziel dieses Gymnastikkurses im Wasser ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Beweglichkeit, die Verbesserung und Stabilisierung der Herz-Kreislauf-Tätigkeit und der Schwimmtechniken sowie das Erleben vom Auftrieb durch Wasser als Medium.

Gruppe, Kurs / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Charlottenburg, Tempelhof, Wedding

Mutter-Kind-Gymnastik

An dieser Gymnastikgruppe nehmen Frauen mit ihren Kindern teil. Ziel ist, die Beweglichkeit zu verbessern und neue Spielideen zu vermitteln. Dabei entstehen neue Kontakte zwischen den Müttern und Kindern.

Gruppe / Gymnastiklehrerin / Spandau, Tempelhof

Gymnastik / Bewegung für Schwangere

Spezialgymnastik, zugeschnitten auf die besondere Situation und die Bedürfnisse schwangerer Frauen (auch zur Geburtsvorbereitung). Wird auch als Schwimmen angeboten.

Gruppe / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Spandau, Tiergarten

Wanderungen, auch Lauf-Treffs, auch Radtouren

Diese Aktivität soll vor allem die Beweglichkeit erhalten und verbessern. Dies geschieht durch Wanderungen, Ausflüge, Radtouren oder durch ein vielseitiges Bewegungsangebot, das rhythmisch unterlegt ist. Die Aktivität wird teilweise in Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Betrieben, Sportvereinen und anderen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt.

Gruppe / Krankengymnastin, Sozialarbeiter, Krankenschwester, Pädagogin, Biologin / Charlottenburg, Neukölln, Spandau, Tiergarten, Wedding

2.2 BEWEGUNG FÜR GESUNDHEITSGEFAHRDETE / -GESCHÄDIGTE

Gymnastik für bewegungsarme Berufe

Gemischte Gymnastik aus Entspannung und Kräftigung. Dabei wird besonders auf die Haltung der Muskulatur und die Beweglichkeit der Wirbelsäule Wert gelegt.

Gruppe / Gymnastiklehrerin / Spandau

Gymnastik für Berufstätige

Programm wie bei der Gymnastik für bewegungsarme Berufe.

Gruppe / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Spandau, Tempelhof, Tiergarten, Wedding

Gymnastik für berufstätige Frauen

Die Teilnehmerinnen, die vor allem im öffentlichen Dienst tätig sind, lernen eine Ausgleichsgymnastik, die zur Verbesserung der Beweglichkeit beitragen soll.

Gruppe / Gymnastiklehrerin / Tempelhof, Tiergarten, Wedding

Ausgleichsgymnastik für Hausfrauen

Ziele sind: Verbesserung der Beweglichkeit und der Herz-Kreislauf-Tätigkeit. Außerdem zielt der Kurs auf eine Verbesserung der Geschicklichkeit, Ausdauer, Kraft und das Erlernen von gymnastischen Bewegungsabläufen ab.

Gruppe / Gymnastiklehrerin / Tempelhof, Wedding

Gymnastik für Übergewichtige

Spezielles Programm aus Übungen zur Erhaltung der Beweglichkeit, Kräftigung der Bauchmuskulatur sowie einer Gleichgewichtsschulung. Auch Jogging findet statt.

Gruppe / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Spandau, Steglitz, Tiergarten

Gymnastik für Koronargefährdete

Spezielles Gymnastikangebot für Herz-Kreislauf-Gefährdete (Kriterium: Testwerte)

Gruppe / Krankengymnastin / Spandau

Gymnastik bei großen Bewegungsdefiziten

In diesem Kurs soll die Beweglichkeit bei Einschränkungen aufgrund der besonderen gesundheitlichen Verfassung (vor allem in neurologischer und psychiatrischer Hinsicht) systematisch verbessert werden.

Gruppe, Kurs / Gymnastiklehrerin / Tempelhof

2.3 BEWEGUNG NACH KRANKHEITSEREIGNIS ODER BEI BEHINDERUNGEN

Gymnastik nach Herzinfarkt

In diesem Kurs werden Herzinfarkt-Patienten von einer Krankengymnastin und einer Sportlehrerin krankengymnastisch betreut. Das Angebot ist vorwiegend von Männern besucht.

Gruppe, Kurs / Krankengymnastin / Spandau

Gymnastik für Rheumakranke

Spezielles gymnastisches Angebot für Rheuma-Kranke.

Gruppe, Kurs / Krankengymnastin / Spandau

Gymnastik für brustamputierte Frauen

Diese Gymnastik ist auf die speziellen Bedürfnisse von Frauen nach Brustoperationen zugeschnitten. Die Übungen konzentrieren sich auf den Schulter-, Arm- und Brustbereich. Dabei wird nach Musik geübt. Der Kurs wird auch als Gymnastik im Wasser angeboten.

Gruppe, Kurs / Gymnastiklehrerin / Tempelhof, Tiergarten

Hockergymnastik für Geh- und andere körperlich Behinderte

Es handelt sich um eine spezielle Gymnastik, die auf einem Hocker sitzend ausgeführt wird. Diese Form der schonenden Gymnastik dient der Verbesserung der Bewegungsfähigkeit der Teilnehmer.

Gruppe, Kurs / Gymnastiklehrerin / Tiergarten

Gymnastik für Diabetiker

Erreicht werden soll die Kräftigung der Herz-Kreislauf-Situation und die Verbesserung der Durchblutung. Außerdem wird eine Form des Sensibilitätstrainings praktiziert.

Gruppe, Kurs / Krankengymnastin / Steglitz

2.4 BEWEGUNG UND KÖRPERERFAHRUNG

Atem und Bewegung, Körpergefühlstraining

Die Kursteilnehmer sollen durch Selbsterfahrung ihres Körpers einen Spannungsausgleich erleben. Dadurch werden sie befähigt, an allgemeinen sportlichen Aktivitäten teilzunehmen. Durch funktionelles Atmen soll eine bessere Atem- und damit Lebensqualität erreicht werden.

Kurs / Krankengymnastin, Gymnastiklehrerin / Charlottenburg, Steglitz, Wedding (1982)

Bewegungsanalyse und -ausdruck, Tanz

Ziel des Kurses ist, den eigenen Körper in Bewegung und Ausdruck zu erfahren, eigene Bedürfnisse zu erkennen, Distanz und Nähe zu erleben und damit umzugehen. Die Teilnehmerinnen haben bereits Erfahrungen in Kursen für Atem und Bewegung gesammelt.

Kurs / Krankengymnastin / Charlottenburg

3. KOMMUNIKATION

3.1 GESUNDHEITSBEZOGENE GESPRÄCHE

Psychologische Beratung bei Fragen von Ernährung, Rauchen und psychosomatischen Störungen

Ärztin bzw. Psychologin bieten (z.T. kontinuierlich) Einzelgespräche für Klienten mit psychosomatischen Störungen an. Teilweise dienen diese Gespräche auch der Krisenintervention. Die Einzelgespräche der Diätassistentinnen betreffen den Bereich aller diätetisch beeinflussbaren Erkrankungen. Die Krankengymnastin bietet ebenfalls Einzelberatung an.

Einzelgespräch und Gruppe / Psychologin, Ärztin, Diätassistentin, Krankengymnastin / Charlottenburg, Reinickendorf, Steglitz, Tempelhof

Bemerkung: Das Angebot stellt eine Verbindung von gesundheitsbezogenen und therapeutischen Gesprächen dar.

Einzelberatung bei Schlafstörungen

In psychologischen Gesprächen werden Fragen und Entstehung und Beseitigung von Schlafstörungen erläutert. Die Beratung findet in Verbindung mit dem Kurs "Schlafstörungen" statt.

Einzelberatung / Psychologin, Ärztin / Neukölln, Steglitz, Tempelhof

Gesprächsgruppe "Schlafstörungen"

Diese Gruppe arbeitet auf tiefenpsychologischer Basis. Zunächst werden Informationen über die Funktion des Schlafens vermittelt, danach wird klientenzentriert gearbeitet. Dabei soll der Hintergrund der jeweiligen Schlafstörung geklärt werden. Zu der Gruppe finden Vorgespräche und fallweise begleitende Einzelgespräche statt.

Gruppe / Psychologin / Neukölln, Steglitz, Tempelhof

3.2 THERAPEUTISCHE GESPRÄCHE

Psychologische Beratung und Kurztherapie

Die Beratung dient der Einsicht in und der Bearbeitung von Reifungs-, Identitäts- und Selbstwertproblemen. Sie ist hilfreich bei Beziehungsstörungen, Kontakt-, Partner- und Gruppenproblemen, bei Arbeits- und Leistungsstörungen.

Einzelberatung / Ärztin, Psychologin / Charlottenburg (1980-82), Reinickendorf, Tempelhof

Gesprächsgruppe

Es handelt sich um Gesprächsgruppen, die auf die Bearbeitung bestimmter Themen und Probleme abzielen und sich neben dem Gespräch dazu verschiedener Gruppentechniken wie Entspannungs- und Bewegungsübungen, Phantasie- und Rollenspiele bedienen.

Gruppe / Psychologin / Neukölln, Reinickendorf

Gesprächsgruppe Frauen in der Lebensmitte

In der Gruppe sollen die spezifischen Probleme, die Frauen in der Lebensmitte haben, erörtert werden.

Gruppe / Psychologin, Ärztin / Reinickendorf, Tempelhof

3.3 ÜBENDE PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGEBOTE

Vorgespräche bzw. Beratung für das Autogene Training

Vor Beginn eines AT-Kurses wird mit dem potentiellen Teilnehmer geklärt, ob das AT die geeignete Behandlungsmethode ist. Außerdem wird (zum Teil nur im Bedarfsfall oder auf besonderen Wunsch des Klienten) der psychosoziale Hintergrund und die Lebensgeschichte des Klienten erörtert. Diese Vorgespräche dienen dem Abbau von Ängsten und sind zugleich ein Test für die Motivation der AT-Interessenten.

Einzelgespräch / Ärztin, Psychologin / Charlottenburg, Neukölln, Tempelhof, Tiergarten

Autogenes Training (AT)

Das AT wird als Methode der Entspannung vermittelt. Mit den Übungen soll der Teilnehmer seinen durch äußere und innere Reize gestörten Organismus wieder in Gleichklang bringen, um so eine bessere Ausgangsposition zur Bewältigung des Alltags zu erreichen. Körperfunktionen und ihre Störungen werden gemeinsam erfahren, besprochen und aus ärztlicher Sicht erklärt. Geübt wird die Grund- und Oberstufe des AT (in den Bezirken verschieden)

Gruppe / Ärztin, Psychologin / Charlottenburg, Neukölln, Tempelhof, Tiergarten

Entspannungstraining (ET)

Die Methode des Entspannungstrainings ähnelt der des Autogenen Trainings. Versucht wird, durch Konzentration Entspannung zu erreichen. Nach den praktischen Übungen (10 Wochen) werden mit den Teilnehmern deren Probleme erörtert.

Gruppe / Pädagoge / Wedding

Gesprächsgruppe "Umgang mit Streß"

Zunächst finden über einen bestimmten Zeitraum (10 Wochen) Übungen mit Entspannung statt, die sich mit denen des Autogenen Trainings vergleichen lassen. Anschließend werden mit den Teilnehmern deren Probleme insbesondere bezogen auf den "Streß" besprochen.

Gruppe / Psychologin, Pädagoge / Steglitz, Wedding (s.a. 7.2)

3.4 KOGNITIVE ANGEBOTE

Denktraining / Gedächtnistraining

In Gruppenarbeit sollen ältere Menschen ihre Denk- und Lernfähigkeit erhalten bzw. verbessern und zu einem bewußteren und intensiveren Gebrauch der Sinnesorgane, zum Inanspruchnehmen der Kombinations- und Assoziationsfähigkeit angeregt werden.

Gruppe / Altenpflegerin, Krankenschwester, Psychologin / Charlottenburg, Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steglitz

3.5 FÖRDERUNG VON KREATIVITÄT

Gruppe Kreatives Gestalten

In der Gruppe sollen die Teilnehmer das Schöpferische in sich selbst entdecken können. Über das Gespräch und den praktischen Umgang mit Form, Farbe, verschiedenen Materialien und Möglichkeiten kreativen Gestaltens (Collagen, einfache Drucktechniken, Malen u.a.m.) entwickeln und verwirklichen die Teilnehmer eigene Ideen, beschäftigen sich mit sich selbst und ihrer Umwelt.

Gruppe / Sozialpädagogin / Neukölln

Gruppe AT, Phantasiereisen, Musik und Malen

In der Gruppe werden zu Musik Entspannungsübungen und Phantasiereisen durchgeführt. Die Eindrücke der Teilnehmer werden verbal (Sprechen) und nonverbal (Malen) ausgedrückt.

Gruppe / Psychologin, Sozialpädagogin / Neukölln

4. ERKRANKUNG

4.1 NACHSORGE / NACHBETREUUNG (auch tertiäre Prävention)

Nachbetreuung ehemaliger diätbedürftiger Krankenhauspatienten

Im Mittelpunkt der Nachbetreuung steht eine ausführliche Beratung zu Diätfragen. Ziel ist, die pathologischen Laborbefunde zu verändern und durch eine der Krankheit angepaßte Nahrungszusammenstellung eine Verbesserung des Befindens zu erreichen.

Einzelberatung / Diätassistentin / Reinickendorf, Steglitz, Tiergarten

4.2 FÖRDERUNG VON COMPLIANCE

Einzelberatung bei spezifischen Erkrankungen

Die Einzelberatung stellt ein spezielles Angebot für Klienten mit spezifischen Erkrankungen, in der Regel des Stoffwechsel dar. Ziel des Angebots ist, den Klienten eine genaue Kenntnis der Krankheitsbilder zu vermitteln und sie zu bewußterer Gestaltung ihrer Ernährung bzw. zur Diät anzuleiten.

Einzelberatung / Diätassistentin / alle Bezirke

Einzelberatung von Diabetikern

Zur Beratung gehören die Erhebung einer Ernährungsanalyse, die Erklärung des Krankheitsbildes sowie Hinweise auf die Folgen der Krankheit und einer Anleitung zu diätetischer Ernährung.

Einzelberatung/ Diätassistentin, z.T. mit anderen Mitarbeitern / Charlottenburg, Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten

Bemerkung: Die Klienten werden in der Regel von niedergelassenen Ärzten "überwiesen".

Schulung und Beratung von Diabetikern

Gegenstand der Kurse ist die Erklärung der Krankheit Diabetes und der notwendigen Diät mit Ernährungslehre. In der Gruppe sollen die Betroffenen neue Verhaltensweisen einüben, gemeinsam Formen von Selbstkontrolle und den Umgang mit Insulin bzw. dem Medikament beherrschen lernen.

Gruppe, Kurs / Diätassistentin, Krankenschwester, Arzthelferin, Ärztin / Charlottenburg

Kochkurs für Diabetiker

Für Diabetiker (insbesondere solche, die an Diabetikerschulungen teilgenommen haben) werden Kochkurse angeboten, in denen das bereits Erlernete praktisch umgesetzt wird. Die Kurse dienen sowohl der Anregung, diätbewußter zu leben als auch der Intensivierung des Kontaktes untereinander.

Gruppe / Diätassistentin / Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten

Gesprächsgruppe Rheuma-Kranker

Durch Kontakt mit der Rheuma-Liga ist diese Gesprächsgruppe für Rheuma-Kranke entstanden. Inhalt der Gespräche sind die Entwicklung der Krankheit, die Auseinandersetzung mit der Behinderung / Beeinträchtigung durch die Krankheit, der Austausch von Heilmethoden, Arztadressen etc. Außerdem werden die Teilnehmer über gesunde Ernährung informiert.

Gruppe (14-tägig) / Sozialpädagogin (z.T. Diätassistentin) / Neukölln

4.3 ANGEHÖRIGE

Angehörigengruppe zu speziellen Erkrankungen

Die Angehörigen sollen lernen, mit speziellen Erkrankungen in ihrer Familie umzugehen. Fachlicher und persönlicher Rat sowie Erfahrungsaustausch stehen im Vordergrund.

Gruppe / Charlottenburg / Sozialarbeiter

Gesprächsgruppe für Angehörige von Alkoholikern

Hier sollen in Gruppenprozessen Denkanstöße zum eigenen "Helfenwollen" und Hinweise auf das Angebot der Beratungsstellen in der Stadt vermittelt werden. Ziel ist, ein adäquateres Verhältnis zum alkoholabhängigen Partner zu entwickeln und Verhaltensalternativen aufzuzeigen.

Gruppe / Sozialtherapeut (externer Mitarbeiter) / Charlottenburg (wie unten unter 5.2)

Gruppe von Angehörigen behinderter Erwachsener *

Die Teilnehmer dieser Gruppe sollen ein Jahr lang die Möglichkeit haben, sich fachlich und persönlich Rat und Hilfe zu holen. Danach soll die Gruppe im Sinne einer Selbsthilfegruppe weiterarbeiten.

Gruppe / Ärztin / Tempelhof (1983)

Anleitung zu häuslicher Krankenpflege / Gruppe pflegender Angehöriger

Dieses Angebot zielt auf versorgungsbedürftige Kranke (vor allem Diabetiker) sowie auf alte verpflegungsbedürftige Menschen ab. Die Angehörigen werden (zum Teil bei Hausbesuchen, zum Teil in der Gruppe) von Krankenschwester und Sozialarbeiter über die richtige Pflege und Behandlung der Kranken aufgeklärt. Außerdem findet ein Erfahrungsaustausch der Angehörigen untereinander statt.

Gruppe / auch Hausbesuche / Krankenschwester, Sozialarbeiter / Charlottenburg (in Kooperation mit dem DRK), Spandau, Tiergarten

In Charlottenburg ist aus der Gruppe pflegender Angehöriger ein neues Angebot entwickelt worden: "Praktische Hilfe im Pflegealltag für Angehörige aus krankengymnastischer Sicht" (1985).

4.4 UMGANG MIT BEHINDERUNGEN

Einzelberatung von Behinderten *

Psychisch Behinderte mit verschiedenen Krankheitsbildern werden von Sozialarbeitern beraten. Die Krankengymnastin führt in Ausnahmefällen Einzelberatung von Körperbehinderten durch. Das Angebot soll v.a. eine Möglichkeit zur Aussprache über Probleme bieten.

Einzelberatung / Sozialarbeiter, Krankengymnastin / Charlottenburg (1981)

Kontaktgruppe für Zöliakie- und Spruekranke

Die GBE betreut Zöliakie- (bei Kindern) und Sprue-Kranke (Erwachsene) in einer offenen Gruppe. Dadurch werden folgende Aktivitäten ermöglicht: Sammelbestellungen (diätetischer Artikel), Organisation von Vorträgen von Fachärzten, Backkurse, Erfahrungsaustausch.

Gruppe / Diätassistentin / Charlottenburg

Patientengruppe Behinderte und Nichtbehinderte *

Ziel der Arbeit ist das Wecken gegenseitigen Verständnisses von Behinderten und Nichtbehinderten. Dies soll über einen problem- und themenzentrierten gruppenspezifischen Prozeß erreicht werden. Gemeinsame Freizeitaktivitäten dienen der Ausweitung der Kontakte.

Gruppe / Sozialarbeiter / Charlottenburg (1981)

Kochkurs für behinderte Kinder

Die GBE führt einen Kochkurs mit geistig und körperlich behinderten Kindern und Jugendlichen zusammen mit deren Eltern in einem Jugendwerkheim im Bezirk durch.

Gruppe / Diätassistentin / Wedding

4.5 PSYCHOSOMATIK

Psychologische Beratung bei psychosomatischen Störungen

Ärztin bzw. Psychologin bieten (z.T. kontinuierlich) Einzelgespräche für Klienten mit psychosomatischen Störungen an. Teilweise dienen diese Gespräche auch der Krisenintervention. Die Gespräche haben z.T. therapeutischen Charakter.

Einzelgespräch / Ärztin, Psychologin / Charlottenburg, Reinickendorf, Tempelhof

4.6 "ZIVILISATIONSKRANKHEITEN"

Hochdruckkurs / Hochdruckgruppe

Je nach dem Konzept des Angebots wird mehr der informative Aspekt oder die Gruppenwirkung im Vordergrund stehen. Vor allem werden die folgenden Fragen erörtert: Woher kommt der hohe Blutdruck? Wie wirkt er körperlich? Was kann man dagegen tun?

Kurs / Ärztin / Charlottenburg, Tempelhof

4.7 KONTROLLE DES GESUNDHEITZUSTANDES AUF SYMPTOME

Gesundheitstests

Bei diesen Tests werden Blutdruck, Gewicht, Sehschärfe (auch Sehvermögen bei Dämmerung), Hörvermögen und Reaktionszeiten gemessen. Die Tests finden normalerweise in der Beratungsstelle statt, bei besonderen Anlässen (Gesundheitstag, Weihnachtsmarkt u.v.a.m.) aber auch in der Öffentlichkeit oder an anderen Orten.

Test / Arzthelferin, Krankenschwester, Diätassistentin, Leiter, andere Mitarbeiter des Gesundheitsamtes / Spandau, Tiergarten

5. MISSBRAUCH

5.1 RAUCHEN

Nichtrauchertraining / Raucherentwöhnung

Ziel ist in erster Linie, den Suchtcharakter des Rauchens zu thematisieren, zu hinterfragen und das individuelle Rauchverhalten zu ändern. Durch Gruppenarbeit erfolgt eine gegenseitige Stimulation, Unterstützung und Kontrolle der Kursteilnehmer.

Die Programme, vor allem das von der BzGA erarbeitete, werden ggf. durch andere Methoden (wie A.T.) ergänzt.

In einem Bezirk findet eine Nachbetreuung in Form von Gesprächsgruppen (zweimal im Jahr) statt. In einem anderen Bezirk werden Einzelgespräche zum Nichtrauchertraining angeboten.

Gruppe, Kurs / Krankenschwester, Psychologe, Altenpflegerin, Pädagoge, Sozialarbeiter / Charlottenburg, Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steglitz, Tempelhof (extern), Tiergarten, Wedding

5.2 ALKOHOL / DROGEN

Einzelberatung für Alkoholranke *

Im Rahmen der Sprechstunde des Sozialarbeiters werden den Ratsuchenden konkrete Aussprachemöglichkeiten angeboten, bestehende Probleme mit ihnen erörtert, Hilfemöglichkeiten besprochen, therapeutische, soziale und ökonomische Hilfen eingeleitet.

Einzelberatung / Sozialarbeiter / Charlottenburg (1981)

Hausbesuche bei Alkoholkranken *

Familien, bei denen schwerste Konflikte eine unmittelbare und kontinuierliche Einbeziehung der Familienmitglieder in die Beratung und Betreuung erforderlich machen, werden regelmäßig besucht.

Hausbesuche / Sozialarbeiter / Charlottenburg (1981)

Gesprächsgruppe Angehörige von Alkoholikern

Hier sollen in Gruppenprozessen Denkanstöße zum eigenen "Helfenwollen" und Hinweise auf das Angebot der Beratungsstellen in der Stadt vermittelt werden. Ziel ist, ein adäquateres Verhältnis zum alkoholabhängigen Partner zu entwickeln und Verhaltensalternativen aufzuzeigen. Die Beratung von Alkohol- und Suchtkranken, die nach der Senatsvorlage auch zu den Aufgaben der GBE zählt, findet grundsätzlich im Sozialpsychiatrischen Dienst der bezirklichen Abteilung für Gesundheitswesen statt.

Gruppe / Sozialtherapeut / Charlottenburg

(Wie oben unter 4.3)

6. KOOPERATION UND MULTIPLIKATOREN

6.1 SCHULEN UND AUSBILDUNGSINSTITUTIONEN

Vortrag, Gestaltung Elternabend bzw. Unterricht zum Thema "Gesundes Schulfrühstück"

Dieses Angebot beinhaltet Informationen in Form eines Vortrages sowie die modellhafte Gestaltung eines Elternabends bzw. des Schulunterrichts zum Thema "Gesundes Schulfrühstück".

Vortrag mit Diskussion, öffentliche Vorführung / Diätassistentin / Wedding

Malwettbewerb "Fit statt fett" an Schulen *

Dieser Wettbewerb für Schüler des 5. und 6. Schuljahres fand an Gymnasien und Volksschulen eines Bezirkes statt. Aus der Aktivität sollte eine Gruppe für adipöse Kinder mit deren Eltern entstehen.

Gruppe / Diätassistentin u.a. / Neukölln

6.2 BETRIEBE

(Ernährungs-) Beratung von Kantinen

Dieses Angebot dient der Beratung der Leitung von Kantinen in Großbetrieben, aber auch der Essensteilnehmer selbst (Motto: "Schlank, fit, gesund und richtige Ernährung"). Das Angebot ist verbunden mit Öffentlichkeitsarbeit. Auch als Symposium für Kantinenleiter.

Gruppe / Diätassistentin / Tempelhof, Wedding

6.3 SENIORENHEIME

Betreuung von Seniorenwohnheimen

In Seniorenwohnheimen werden auf Anfrage Kurzvorträge zum Thema "Gesunde Ernährung" mit anschließender Fragestunde durchgeführt. Auf Wunsch erfolgt eine Fortsetzung in Form von Beratung zu diätspezifischen Fragen. Wenn möglich, wird auch küchentechnische Praxis vermittelt.

Gruppen- und Einzelgespräche / Diätassistentin / Neukölln, Spandau

Schulung des Küchenpersonals in Altenheimen

In dem Kurs wird umfangreiches Wissen über die Ernährung des älteren Menschen vermittelt. Das Essen in Altenheimen soll abwechslungsreich und den Bedürfnissen der Bewohner angepaßt sein. Zum Teil wird das Küchenpersonal in bestimmten Diätformen unterwiesen.

Kurs, Seminar / Diätassistentin / Charlottenburg, Tempelhof

Seminar für Altenpfleger zum Thema Bewegung

Ziel des Seminars ist die Erweiterung der Kompetenzen der Altenpfleger. Im Vordergrund stehen die Selbsterfahrung und das Kennenlernen von Reiz-Reaktionsmechanismen. Beides soll zu einem besseren Verständnis der Kursteilnehmer für sich selbst und die alten Menschen führen.

Gruppe, Seminar / Krankengymnastin / Charlottenburg

6.4 GESUNDHEITSWESEN

Weiterbildung von Ärzten in Ernährungsfragen

Die GBE führt gemeinsam mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung eine Aktion bei niedergelassenen Ärzten durch. Die Ärzte werden mit Fragen der Ernährungsberatung bekanntgemacht. Dazu erhalten sie Broschüren und Gewichtskurven für ihre Patienten. Auf einer gemeinsamen Veranstaltung werden die Ergebnisse und Erfahrungen diskutiert.

Gruppe bzw. Seminar / Diätassistentin / Wedding

Kursus für Altenpflegerinnen *

Hier findet ein fachlicher und persönlicher Austausch statt. Dabei werden Techniken der Gesprächsführung und des Umgangs mit schwierigen älteren Menschen vermittelt. Der Kurs steht in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Kurs / Ärztin / Tempelhof

Diabetesschulung für Pflegepersonal von Sozialstationen

Neben der Schulung in Ernährungsfragen soll auch eine Information über die Arbeit der GBE für das Pflegepersonal von Sozialstationen gegeben werden. Die Mitarbeiter der Sozialstationen sollen dadurch motiviert werden, sich (auch in anderen Fragen) an die GBE zu wenden.

Gruppenberatung / Diätassistentin / Steglitz

Ausarbeitung von Diät-Speiseplänen für den Fahrbaren Mittagstisch*

In Zusammenarbeit mit den Anbietern des sog. "Fahrbaren Mittagstisches" (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband u.a.) werden besondere(Diät-) Speisepläne erarbeitet.

Arbeitsgemeinschaft / Diätassistentin / Charlottenburg (1980)

Seminar über gesunde Ernährung in Kindertagesstätten *

Diese Gruppenveranstaltung wendet sich an die Leiterinnen und Köchinnen von Kindertagesstätten, die an die GBE mit der Bitte herangetreten sind, ihre Kenntnisse über die Ernährung insbesondere von Klein- und Schulkindern aufzufrischen.

Seminar, Gruppe / Diätassistentin / Tempelhof

Zusammenarbeit mit dem Zahnärztlichen Dienst bei einer Karies-Prephylaxe-Aktion *

Die GBE unterstützt den Zahnärztlichen Dienst bei der Durchführung einer Karies-Prephylaxe-Aktion für Vorschulkinder sowie bei der diesbezüglichen Öffentlichkeitsarbeit (auch "Zahnputzbrunnen").

Arbeitsgruppe / alle Berufsgruppen / Wedding

Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung

Diese Arbeitsgemeinschaft, die in größeren Abständen tagt und an der Angehörige verschiedener Berufe teilnehmen, dient der besseren abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit in Fragen der Gesundheitserziehung.

Arbeitsgruppe / Verwaltungsangestellte, Ärztin, Pädagoge und andere Mitarbeiter / Charlottenburg, Spandau, Steglitz, Wedding

Koordination "Gesundheitsforum"

Ziel dieser Aktivität ist die Erstellung eines Angebots mit dem Titel "Gesundheitsforum". Veranstalter ist das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule des Bezirkes.

Arbeitsgruppe / Pädagoge / Wedding

Öffentlichkeitsarbeit (zum Teil als Arbeitsgemeinschaft)

Zu den Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, die in einigen Bezirken besteht und regelmäßig tagt, gehören die Organisation von Vorträgen, Filmvorführungen, die Herausgabe von Broschüren, die Organisation von Aktivitäten bzw. Ständen bei den Gesundheitstagen, die Herausgabe von Mitteilungen an die Medien sowie Informationsbesuche bei Ärzten.

Arbeitsgruppe / Psychologin, Verwaltungsangestellte, Krankengymnastin / Charlottenburg, Neukölln, Tiergarten

Planung, Vorbereitung und Teilnahme an "Tagen der Gesundheit" bzw. Gesundheitswoche

Im Mittelpunkt steht die Organisation der in den Bezirken einmal im Jahr stattfindenden "Tage der Gesundheit" bzw. Gesundheitswoche, für die in der Regel die GBE federführend ist. Dabei werden Kontakte zu anderen behördlichen Dienststellen (vor allem des öGD) und Organisationen wie Krankenkassen, Sportvereinen hergestellt. Daneben stellt die GBE in diesem Rahmen auch ihre eigene Arbeit vor (Stand, Tests etc.). Diese Tätigkeit schließt auch die Planung und Vorbereitungen von Veranstaltungen zum Weltgesundheitstag (WHO-Initiative) ein.

Arbeitsgruppe / alle Berufsgruppen / Charlottenburg, Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten, Wedding

Diabetesinformation in der Schwangerenberatung

Am Beginn der Beratung erfolgt eine Ernährungsanamnese. Die eigentliche Beratung, d.h. die genaue Erklärung der Diät und die entsprechenden Erläuterungen zur Koch- und Küchentechnik beginnt mit dem 2. Beratungstermin. Die Aktivität findet in der Schwangerenberatung statt.

Einzelberatung / Diätassistentin / Neukölln

Ausfahrt mit Rollstuhlfahrern

Dieses in Zusammenarbeit mit der Behindertenfürsorge entstandene Angebot zielt auf behinderte Senioren ab, die sonst wenig Gelegenheit haben, aus ihrer Wohnung herauszukommen.

Gruppe / Krankenschwester / Tiergarten

Beschäftigungstherapie in einem Krankenhaus für Chronisch Kranke *

Auf Wunsch eines Krankenhauses im Bezirk wurde dieses Angebot für Patienten entwickelt, die in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt sind. Zu den Aktivitäten zählen Bewegungsübungen, Übungen zu geistiger Beweglichkeit. Das Angebot wird in Zusammenarbeit mit der Beschäftigungstherapeutin durchgeführt.

Gruppe / Altenpflegerin / Charlottenburg (1979-81)

6.5 ANDERE INSTITUTIONEN

Teilnahme am "Internationalen Kulturlustgarten"

An einem Festival im Sommer 1984 unter dem Titel "Internationaler Kulturlustgarten" nahm die GBE mit einem Informationsstand teil. Sie beteiligte sich auch an Spielaktivitäten. Außerdem wurden Beratungen und Blutdruckmessungen in Zusammenarbeit mit dem Diabetiker- und dem Nichtraucherbund angeboten. Die Initiative zu dieser Kooperation ging von der GBE aus.

Öffentlichkeitsarbeit / alle Berufsgruppen / Tempelhof

Bewegung am Arbeitsplatz (Bezirksamt)

Mitarbeiterinnen des Bezirksamtes werden hinsichtlich funktioneller Arbeitshaltungen beraten. Dabei sollen die Ursachen für Symptombeschwerden geklärt werden. Die Teilnehmerinnen lernen unterschiedliche Bewegungskonzepte kennen, die sie dann selbständig anwenden können.

Gruppe / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Charlottenburg, Tiergarten

Beratung über Medikamente

Die Klienten werden über Fragen des Medikamenten-Gebrauchs beraten. Die Beratung bezieht sich auf die vielen verschiedenen Präparate, die den Klienten von einem Arzt bzw. mehreren Ärzten verordnet worden sind (ist also Information über Medikamente), aber auch auf die selbst besorgten "Hausmittel" und deren Wirkung (wie homöopathische Präparate, Geriatrika, Vitamine etc.) Schließlich wird auch über Haus- und Reiseapotheken informiert.

Einzelberatung / Ärztin / Tiergarten

Diabetikerschulung für Pflegepersonal von Sozialstationen

Neben der Schulung in Ernährungsfragen soll das Pflegepersonal von Sozialstationen auch über die Arbeit der GBE informiert werden. Die Mitarbeiter der Sozialstationen sollen dadurch motiviert werden, sich (auch in anderen Fragen) an die GBE zu wenden.

Gruppenberatung / Diätassistentin / Steglitz

Nichtrauchertraining für Mitarbeiter der Berliner Verkehrsbetriebe (BVG) *

Ziel und Methode wie oben. Der Kurs ist speziell für Mitarbeiter der BVG, vorwiegend Bus-, U-Bahn-Führer und -Abfertigungspersonal gedacht.

Gruppe, Kurs / Pädagoge / Wedding

7. ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

7.1 ALLTAG

Einzelberatung zur Lebensweise

Der Schwerpunkt dieser Beratung liegt bei Fragen der Lebensweise im allgemeinen, sowie der Ernährung im besonderen.

Einzelberatung / Biologe, Ärztin, Diätassistentin, Krankenschwester, Arzthelferin / Spandau, Tiergarten

Gruppe "Selbsterfahrung auf dem Wege zur Gesundheit"

Dieses Angebot für ältere Menschen soll die Teilnehmer aktivieren, bewußter mit der eigenen Gesundheit umzugehen. Dabei soll jeder Teilnehmer seine spezifischen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Lebensweisen herausfinden.

Gruppe / Altenpflegerin / Charlottenburg

Vorträge der Volkshochschule im Rahmen des "Gesundheitsforums"

Der Leiter der GBE hielt im Rahmen des von der bezirklichen Volkshochschule veranstalteten "Gesundheitsforums" zwei Vorträge zum Thema: "Gesundheit und Gesundheitsberatung". Dabei wurde auch über die Angebote der GBE informiert.

Vortrag / Pädagoge / Wedding

Vorträge zu allgemeinen Gesundheitsfragen

Mitarbeiter der GBE, in der Regel die Leiter/innen halten Vorträge über die verschiedensten gesundheitsbezogenen Themen - wie "Probleme des übergewichtigen Kindes", "Autogenes Training", "Herz-Kreislauf-Erkrankungen", "Krankgeschrieben = Faul?", "Gesundheit im Alter - ein Widerspruch?", "Rheuma: Wie erkennen - was tun?", "Risiken für das Herz in mir und meiner Umwelt". Die Vorträge finden in Betrieben, Kirchengemeinden, Seniorentagesstätten und anderen Institutionen statt.

Vortrag / Ärztin, Biologe u.a. / Charlottenburg, Neukölln, Spandau, Tempelhof

Filmvorführung

Die GBE veranstaltet Filmvorführungen zu verschiedenen Themen (z.B. "Probleme zwischen Jung und Alt", "Herz-Kreislauf-Erkrankungen", "Gefahren des Rauchens", "Gesunde Ernährung"). Anschließend wird diskutiert.

Vorführung bzw. Vortrag / Altenpflegerin, Biologe / Charlottenburg, Neukölln, Spandau

Merkblätter zur gesundheitlichen Aufklärung

Die in unregelmäßigen Abständen herausgegebenen Merkblätter über Themen wie "Hilfemöglichkeiten bei der Herz-Kreislauf-Vorsorge", "Vor- und Nachteile von Sonnenbädern", "Heil- und Küchenkräuter, Wildobst, Wildgemüse und Pilze" zielen darauf ab, durch Wissensvermittlung Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Außerdem soll über die Arbeit der GBE als Einrichtung des Gesundheitsamtes informiert werden.

Publikationen / Biologe / Spandau

Teilnahme an der "Info-Börse Gesundheit"

Anlässlich des Weltgesundheitstages des Jahres 1983 unter dem Motto "Gesundheit für alle - bis zum Jahr 2000" fand eine sogenannte Info-Börse Gesundheit statt, an der auch die GBE mit Vorträgen und Diskussionsbeiträgen teilnahm.

Vortrag / Ärztin, Gymnastiklehrerin / Tempelhof (1983)

Teilnahme an der Ausstellung "Gesundheit"

Die GBE-Stellen waren 1984 und 1985 auf dieser im ICC stattfindenden Ausstellung mit einem Stand, Wandtafeln und Informationsmaterial vertreten. Die meisten Stellen waren durch Mitarbeiter repräsentiert.

Öffentliche Präsentation / alle Berufsgruppen / alle Stellen

7.2 STRESS

Gesprächsgruppe "Umgang mit Streß"

Ober einen bestimmten Zeitraum (10 Wochen) finden zunächst Übungen zur Entspannung statt, die sich mit denen des Autogenen Trainings vergleichen lassen. Anschließend werden mit den Teilnehmern deren Probleme insbesondere bezogen auf Streß besprochen.

Gruppe / Psychologin, Pädagoge / Steglitz, Wedding

7.3 FREIZEIT

Gruppe "Sinnvolle Urlaubsgestaltung"

Bei einer gemeinsamen Reise sollen die Teilnehmer sich besser kennenlernen und zu bisher nicht wahrgenommenen Freizeitaktivitäten motiviert werden.

Gruppe / Altenpflegerin, Diätassistentin, Krankengymnastin / Charlottenburg

7.4 BERUFE

Vortrag über die präventive Arbeit des Arztes

Diese Aktivität, die sich an Studenten der Medizin richtet, soll mit den präventiven Aufgaben im Rahmen ärztlicher Tätigkeit bekanntmachen.

Vortrag / Ärztin / Charlottenburg

Fortbildung für Diätassistentinnen

Anlässlich eines Fachkongresses für Ernährungsberaterinnen und Diätassistentinnen hält die Diätassistentin einer GBE einen Vortrag über das Aufgabenfeld der Diätassistentin in der GBE.

Vortrag / Diätassistentin / Wedding

Unterricht in Gesundheitserziehung und Ernährungslehre für Schwesternschülerinnen

Das Fach Gesundheitserziehung gehört zwar in die Ausbildung zur Krankenschwester, wird an den Ausbildungseinrichtungen aber nicht hinreichend abgedeckt. Deswegen geben Mitarbeiter der GBE in diesem Fach, aber auch anderen verwandten Fächern, Unterricht.

Seminar / Psychologin, Diätassistentin / Neukölln, Wedding

7.5 KÖRPERLICHE FUNKTIONEN

Vorlesungen über die Funktionen des menschlichen Körpers

Die GBE veranstaltet Vortragsreihen, in denen über die physiologischen Funktionen des menschlichen Körpers und seine Organsysteme informiert wird.

Vortrag / Biologe / Spandau

Informationsschau mit der "Rheuma-Liga" *

Informationsveranstaltung auf Initiative der GBE zusammen mit der "Rheuma-Liga" in einem Hallenbad, bei der die Arbeit der "Rheuma-Liga" sowie die Aufgaben und Angebote der GBE vorgestellt werden.

Öffentliche Darstellung / Krankenschwester / Steglitz (1981)

8. BESONDERE ANGEBOTE FOR ÄLTERE MENSCHEN

Themen- und problemzentrierte Gesprächsgruppe

Ziel dieser Gruppe ist die praktische Hilfe in unterschiedlichen Lebenssituationen. Einsamkeit soll überwunden, das Selbstwertgefühl gestärkt werden. Die Kontakte zum sozialen Umfeld und zur Familie sollen erhalten bzw. wiederhergestellt werden.

Gruppe / Altenpflegerin / Charlottenburg

Hausbesuche

Im Vordergrund der Hausbesuche stehen das helfende Gespräch mit Zuwendung, Ernstnehmen und Raumlassen zum Finden eigener Entscheidungen. Daneben werden praktische Hilfestellungen gegeben: so finden Beratungen zu gesundheitlichen Fragen (Blutdruck, Verdauung, Hausapotheke etc.) statt; Krankenschwester oder Sozialarbeiter leiten Arztbesuche ein bzw. empfehlen diese den Klienten.

Hausbesuch / Sozialarbeiter, Krankenschwester / Charlottenburg (1979-82, 1985), Spandau, Tiergarten

Vorträge für Senioren über altersbezogene Gesundheitsfragen

Mitarbeiter der GBE halten kontinuierlich Vorträge über medizinische Probleme des Alltags von älteren Menschen über Themen wie "Gesundheit und Alter - ein Widerspruch?", "Ernährung im Alter" etc. Ziel dieser Veranstaltungen ist die Förderung und Stärkung des Gesundheitsbewußtseins der Senioren. Die Vorträge finden außerhalb der Stelle, z.B. in Seniorenwohnheimen oder Kirchengemeinden statt.

Vortrag / Ärztin, Diätassistentin, Gymnastiklehrerin, Biologe / Charlottenburg, Spandau, Steglitz, Tempelhof

Bewegung im Alter / Seniorengymnastik

Diese Gruppen, an denen auch behinderte Senioren teilnehmen, zielen auf die Erhaltung der Beweglichkeit im Alter ab. Angeboten werden ein Gymnastikprogramm mit und ohne Geräte, eingeschlossen sind Spiele, Gehtraining, leichte Tänze, aber auch Körperwahrnehmung, Verbesserung der Atemtechnik, Entspannungstraining. Gymnastik wird auch modifiziert als Hockergymnastik.

Gruppe / Gymnastiklehrerin, Krankengymnastin / Charlottenburg, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten, Wedding

Vortrag "Umzug in ein Seniorenheim"

Diese Aktivität findet gemeinsam mit der bezirklichen Abteilung für Sozialwesen statt. Den älteren Menschen werden neue Informationen vermittelt und wichtige Begriffe (z.B. Seniorenwohnheim, Seniorenheim) erklärt.

Vortrag / Sozialarbeiter mit Mitarbeitern der Abteilung für Sozialwesen / Charlottenburg (1981)

Schlafstörungen bei alten Menschen

Da die Schlafstörungen im Alter ein spezielles Problem darstellen und viele sehr darunter leiden, wird für alte Menschen ein spezielles Angebot gemacht. In Gesprächen wird versucht, sich mit der Situation auseinanderzusetzen, wobei schon der Austausch mit Leidensgefährten zu einer gewissen Entspannung beitragen kann.

Kurs, Gruppe / Psychologin / Steglitz

Gymnastik für Patienten im Seniorenheim

Für diejenigen älteren Menschen, die aufgrund von Krankheit und Behinderung nicht mehr in der Lage sind, an Gymnastik in der GBE teilzunehmen, wird das Angebot in dem Seniorenheim, in dem sie leben, durchgeführt. (Zum Konzept siehe oben "Bewegung im Alter/Seniorengymnastik")

Gruppe / Gymnastiklehrerin / Tiergarten

3.3 Form, Umfang, Häufigkeit, Art der Ankündigung, Warteliste, Alter und Geschlecht der Teilnehmer sowie Fortsetzung der GBE-Aktivität (insbesondere als freie oder Selbsthilfegruppe)

Form, Umfang und Häufigkeit

Im Erhebungszeitraum gibt es in den Berliner GBE-Stellen insgesamt 243 Kurs- bzw. Gruppenangebote. Sie laufen in der Regel über 10 Wochen bei einem zeitlichen Umfang von durchschnittlich 1 1/2 Stunden pro Woche. Häufigste Kursangebote sind:

1. Allgemeine Gymnastik	30 x
2. Autogenes Training	29 x
3. Abnahmegruppen	23 x
4. Denktraining	20 x
5. Weiterbetreuung Abnahme (z.T. als SHG)	15 x
6. Bewegung im Alter	11 x
7. Nichtrauchertraining	11 x

Seltenste Kursangebote sind:

1. Magersuchtgruppe	1 x
2. Bewegungsanalyse, -ausdruck, -tanz	1 x
3. Selbsterfahrungsgruppe	1 x
4. Gruppe: Frauen in der Lebensmitte	1 x
5. Betreuung: Zöliakie- und Spruekranke	1 x
6. Bluthochdruckkurs	1 x
7. Seminare und Weiterbildungsangebote zu speziellen Themen	1 x
8. Gesprächsgruppe Umgang mit Streß	1 x

Neben den Gruppenangeboten machen Einzelberatungen, die sich sowohl auf Ernährungs- bzw. Diätfragen als auch auf psychologische Probleme beziehen, den Hauptteil der Aktivitäten der GBE aus.

Etwa 1.130 Diätberatungen, von den Diätassistentinnen durchgeführt, im Schnitt ca. 50 Minuten dauernd, finden statt. Psychologische Beratungen dauern jeweils 1 Stunde und werden ca. 350 mal durchgeführt. Weitere häufige Aktivitäten stellen Gesundheitstests dar, die von 2 GBE-Stellen durchgeführt werden. Dabei werden Blutdruck, Gewicht, Sehschärfe (auch Sehvermögen bei Dämmerung), Hörvermögen, Reaktionszeit sowie Urin- und Blutwerte untersucht. Im genannten Zeitraum werden derartige Tests 3 mal bei Öffentlichkeitsaktionen durchgeführt. Eine Stelle, die diese Tests auch in der Sprechstunde durchführt, wendet dafür im Erhebungszeitraum allein 205 Stunden auf und erreicht damit 2.370 Personen, die insgesamt 3.502 Tests machen.

Die Vortragsaktivitäten der GBE fallen zeitlich sehr unterschiedlich aus. Sie finden z.T. einmalig, z.T. regelmäßig wöchentlich, oder auch regelmäßig im Abstand von 2-3 Monaten statt. Durchschnittlich dauern sie 2 Stunden, finden, soweit bekannt, 44 mal im Erhebungszeitraum statt und haben 12 verschiedene Themen: Gesundheitsfragen von Senioren, Weiterbildung für Ärzte, Fortbildung für Diätassistentinnen, gesundheitliche Probleme im Alltag, Filmvorführung: Probleme zwischen Jung und Alt, Gesundheit und Gesundheitsberatung, präventive Arbeit des Arztes, Vorlesung: Funktionen des menschlichen Körpers, Ernährung im Alter, Gesundheit und Alter, Umzug in ein Seniorenheim sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dieses Angebot richtet sich überwiegend an ältere Menschen oder an medizinisches Personal.

Arbeitsgruppen bilden sich aus Anlaß von Gesundheitstagen und -wochen sowie zu Öffentlichkeitsarbeit. Planung und Vorbereitung der jährlich stattfindenden "Tage der Gesundheit" nehmen pro Stelle ca. 20-30 Stunden in Anspruch (in 6 Stellen), Öffentlichkeitsarbeit etwa 2 Stunden pro Woche (in 3 Stellen).

Publikationen in Tageszeitungen, Programmzeitungen und im Rundfunk machen ca. 2 Stunden Aktivität in der Woche aus. Hierzu gehören auch die von einer Stelle herausgegebenen Merkblätter zu Gesundheitsgefahren.

Schließlich sind Hausbesuche bei Senioren zu nennen, die in 2 Stellen mit wechselnder Frequenz durchgeführt werden.

Ankündigung

Die Aktivitäten der GBE werden auf verschiedene Weise angekündigt. Im Vordergrund steht die Bekanntmachung der Angebote durch die Presse, gelegentlich auch durch den Rundfunk. Ankündigungen erfolgen außerdem durch Wochenmarktaktionen, Wurfsendungen, Aushänge oder Bekanntmachungen in anderen Stellen des Gesundheitsamtes, Öffentlichkeitsaktionen bei den "Tagen der Gesundheit" und Anschreiben von Initiativgruppen oder Einladungen an Selbsthilfegruppen. Einigen Stellen werden auch Klienten durch die Bekanntgabe des Angebots in Krankenhäusern und in Arztpraxen vermittelt.

Weiter werden Vorträge, vor allem in Seniorenheimen, dazu genutzt, das Angebot der GBE vorzustellen. Im laufenden Angebot der GBE werden die Klienten auf neue Kursaktivitäten hingewiesen, bei Interesse entstehen auch Kurse aus früheren Angeboten. Ebenso dienen Einzelberatungen und die Sprechstunden der GBE im Bezirksamt dazu, ihr weiteres Angebot den Klienten bekanntzumachen.

Viele Ankündigungen erreichen die Klienten durch Mund-zu-Mund-Propaganda.

Arbeitsgruppen zur Öffentlichkeitsarbeit bilden sich nach persönlicher Einladung seitens der GBE an Mitarbeiter anderer Stellen innerhalb oder außerhalb des Gesundheitsamts.

Wartelisten

Für fast alle der am häufigsten angebotenen Kurse (siehe oben) bestehen Wartelisten.

Vor allem die Abnahmegruppen werden rege nachgefragt. Hier bestehen in allen 8 Stellen Wartelisten. Im Bereich Ernährung und Diät bestehen darüber hinaus Wartelisten für die Diabetikerschulung in der Gruppe in 2 Stellen sowie für die Kochkurse für Diabetiker und Übergewichtige in 3 Stellen. Für Kurse in Autogenem Training bestehen trotz der Häufigkeit des Angebots (29 Kurse) Wartelisten in allen Bezirken, die das AT anbieten.

Auch Gymnastikgruppen und die Angebote "Bewegung im Alter" und "Wassergymnastik" haben oftmals Wartelisten.

Zusammengefaßt bestehen für folgende Angebote Wartelisten:

<u>Aktivität</u>	<u>Warteliste in</u>
1. Abnahmegruppen (einschließlich Selbsthilfegruppen)	8 Stellen
2. Raucherentwöhnung	5 Stellen
3. Gymnastik (auch für Senioren)	4 Stellen
4. Autogenes Training (nur in 3 GBE-Stellen angeboten)	3 Stellen
5. Kochkurse für Übergewichtige und Diabetiker	3 Stellen
6. Diabetikerschulung in der Gruppe	2 Stellen
7. Magersuchtgruppe, Denktraining, Wassergymnastik, regelmäßige Wanderungen, Atem und Bewegung, Selbsthilfegruppe "Auf dem Wege zur Gesundheit", Schlafstörungen, Vorlesungen über die Funktionen des menschlichen Körpers	jeweils in 1 Stelle

Alter der Teilnehmer¹⁾

Das Alter der Klienten beträgt bei den Kursen durchschnittlich ca. 50 Jahre, bei den Einzelberatungen durchschnittlich ca. 45 Jahre.

Die Altersgruppe von 20-40 Jahren ist bei den Klienten der GBE selten vertreten. Maximal 20 der Angebote der GBE kommen auf ein Durchschnittsalter der Klienten von unter 40 Jahren. Diese Gruppen sind entweder Gesprächs- oder Selbsterfahrungsgruppen, die Magersuchtgruppe sowie Angebote an Schwangere, Bewegungsanalyse, Atem und Bewegung sowie die Eltern-Kind-Gymnastik.

Geschlecht der Teilnehmer¹⁾

Von den insgesamt 243 Angeboten, die Kursaktivitäten sind, gibt es nur 2 Angebote, an denen mehr Männer als Frauen teilnehmen: Die Gymnastik für Koronargefährdete sowie die Gymnastik nach einem Herzinfarkt. Beide Aktivitäten werden von der gleichen Stelle angeboten, deren Leiter ebenfalls ein Mann ist.

57 Kurse werden nur von Frauen besucht. Die restlichen 186 Kursaktivitäten werden nur vereinzelt von Männern besucht, wobei das Verhältnis Frauen zu Männer von 1:1 zu 28:1 schwankt. Dabei haben vor allem die Gymnastik- und Abnahmekurse einen sehr hohen Anteil von Frauen. Bei den Abnahme- und Kochkursen ist das Verhältnis Frauen-Männer zwischen 10:1 und 28:1. Die meisten Gymnastikkurse werden ausschließlich von Frauen besucht (34). Bei den restlichen (8) Gymnastik- bzw. Bewegungsaktivitäten ist das Verhältnis etwa 9:1 mit Ausnahme der Wanderungen, bei denen es zwischen 2:1 und 3:1 liegt.

Beim Nichtrauchertraining, 11 mal angeboten, beträgt das Verhältnis etwa 1:1, ist somit als einziges bei einem größeren Angebot etwa ausgeglichen. Das gilt ebenfalls für zwei nur einmal stattfindende Aktivitä-

1) Die Angaben zu Alter und Geschlecht der Teilnehmer basieren auf Schätzungen der Mitarbeiter. Vgl. dazu die Auswertung der Klientenerhebung, Kapitel 5.1.

ten, die Gesprächsgruppe Streß und die Initiativgruppe für Angehörige von Zöliakie- und Spruekranken.

Relativ ausgeglichene Verhältnisse finden sich auch bei den Gruppengesprächen, im Autogenen Training, der Selbsterfahrung, den Schlafstörungsgruppen und dem Kurs zur Aufklärung über zu hohen Blutdruck.

Die restlichen Angebote weisen ein Verhältnis von 4:1 bis 8:1 auf.

Die Angebote, die an Senioren gerichtet sind, haben ebenfalls etwa eine Relation von Frauen zu Männern von 4:1.

Im einzelnen:

57 Aktivitäten, an denen nur Frauen teilnehmen

Gespräche und Abnahme	11:1
Kochen/Übergewicht	28:1
Weiterbetreuung Abnahme	10:1
Abnahme	10:1
Wassergymnastik	9:1
Allgemeine Gymnastik	9:1
Wanderungen	2-3:1
Atem und Bewegung	14:1
Schlafstörungen	3:1
Selbsterfahrung	3:1
Gruppengespräche	2:1
Entspannung	8:1
Autogenes Training	2-20:1
Denktraining	4:1
Diabetikerschulung	5:1
Kochkurs Diabetiker	2:1
Diabetesschulung	6:1
Initiativgruppe K.	3:1
Anleitung zu häuslicher Krankenpflege	6:1
Zöliakie etc.	1:1
Hochdruck	3:1
Nichtrauchertraining	1:1
Seminar Altenpfleger	4:1
Gruppe Selbsthilfe I	7:1
Gruppe Streß	1:1
Sinnvoller Urlaub	2-3:1

Fortsetzung der Aktivitäten

Verschiedene Angebote sollen nicht unmittelbar fortgesetzt werden. Darunter fallen 2 Kochkurse für Übergewichtige und Diabetiker, 4 Abnahmegruppen, 1 Nichtraucherkurs, die Eltern- bzw. Mutter-Kind-Gymnastik (4 mal), das Entspannungstraining und die Gesprächsgruppe Streß, die zumindest nicht in der zuletzt praktizierten Form fortgesetzt werden soll. Schließlich sollen auch 3 weitere Angebote nicht fortgesetzt werden: die Schulung des Küchenpersonals in Altenheimen sowie in Kindertagesstätten und der Kontakt mit Eltern behinderter Kinder.

Für Unterbrechungen in der Kontinuität der Angebote oder auch das Einstellen von Aktivitäten überhaupt haben sich keine konzeptionellen und systematischen Gründe gezeigt. Anlässe waren Schwangerschaft, Urlaub, Ausscheiden von Mitarbeitern und neue Arbeitsinteressen, aber keine konzeptionellen Veränderungen.

Fortsetzung als freie oder Selbsthilfegruppen

Freie oder Selbsthilfegruppen gehen am ehesten aus den Abnahmekursen und den Gesprächsgruppen für Übergewichtige hervor. Bisweilen werden diese Gruppen gleich als "Selbsthilfegruppen" deklariert.

Aus den Gymnastik- bzw. Bewegungsangeboten entwickelten sich 4 freie Gruppen, aus dem Autogenen Training eine, aus dem Denktraining eine und aus dem Nichtraucherkurs ebenfalls eine.

Die meisten dieser "Selbsthilfegruppen" sind de facto eine Mischung aus professionell geleiteten Gruppen und Selbsthilfegruppen. In der Regel nehmen die früheren Kurs- oder Gruppenleiter in größeren Abständen (1-2 Monate) an den Treffen teil. Oft fällt es schwer, den Bestand der Gruppe beim Übergang zu einer freien oder Selbsthilfegruppe zu erhalten (vgl. ausführlicher Kapitel 8.5).

3.4 Zusammenfassung

Die häufigsten Kursangebote der GBE sind Gymnastik, Autogenes Training, Abnahmegruppen, Denktraining und Nichtrauchertraining. Hier bestehen vielfach auch Wartelisten, was das Interesse der Bevölkerung an solchen Angeboten verdeutlicht.

Bei den Einzelberatungen stehen Diätberatung und psychologische Beratung weit im Vordergrund. Zu erwähnen ist weiter, daß vor allem von einer Stelle in breitem Umfang Gesundheitstests durchgeführt werden. Einen relevanten Anteil der Aktivitäten bilden schließlich Vorträge und Informationsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit und Hausbesuche.

Die GBE kündigt ihre Aktivitäten in erster Linie durch die Presse, daneben in verschiedenen Formen der lokalen Öffentlichkeit an.

Das durchschnittliche Alter der Klienten liegt nach den Schätzungen der Mitarbeiter zwischen 45 und 50 Jahren (vgl. die Ergebnisse der Klientenerhebung in Kapitel 5.1, die diese Einschätzung bestätigen).

Die Angaben der Mitarbeiter über das Geschlecht der Klienten weisen auf einen sehr hohen Anteil von Frauen hin. Viele Kurse werden ausschließlich von Frauen besucht, im allgemeinen bewegt sich die Relation von Frauen zu Männern zwischen 3:1 und 8:1 (vgl. auch hierzu die Ergebnisse der Klientenerhebung in Kapitel 5.1, die diese Zahlen bestätigen).

Die meisten Aktivitäten werden fortgesetzt. Ausnahmen haben fast immer persönliche Gründe bei einzelnen Mitarbeitern und beinhalten keine konzeptionelle Änderung. Die Fortführung von Kursen als freie oder "Selbsthilfegruppen" ist sehr selten. Sie stößt auf Umstellungsschwierigkeiten der Teilnehmer, die die Gruppen bald scheitern lassen (vgl. dazu ausführlich Kapitel 8.5).

4. KONZEPTE UND STRUKTUREN DER GBE

Vorbemerkung

In Kapitel 2 ist unter 2.6 die "Konzeptbildung" der Stellen dargestellt worden. Gemeint war damit die Aufgabe jeder neu errichteten GBE, auf der Basis der Senatsvorlage Nr. 276, der einschlägigen Bestimmungen des GDG sowie der konzeptionellen Vorüberlegungen (vgl. Kapitel 1) konkrete Beratungsangebote und damit eine je spezifische Konzeption der Arbeit zu entwickeln. Der exemplarische Charakter der in der Senatsvorlage aufgeführten Angebote hat hierfür einen Freiraum eröffnet, der von den Stellen qualitativ wie quantitativ sehr unterschiedlich genutzt wurde bzw. genutzt werden konnte.

Diese "Konzepte" von Gesundheitsberatung drücken das Selbstverständnis der Stellen und die Selbstdefinitionen ihrer Aktivitäten aus - wie sie z.B. in Informationsbroschüren und anderen Selbstdarstellungen zum Ausdruck kommen. Davon zu unterscheiden sind die Handlungsstrukturen, die sich im Laufe der Arbeit in den Stellen bilden, die den Mitarbeitern nicht unmittelbar oder gar nicht bewußt sind (latente Strukturen).

In diesem Sinne wird im folgenden von den "Strukturen" der GBE insgesamt bzw. einzelner Stellen gesprochen. Diese Strukturen entstehen durch die Realisierung der Vorgaben der Senatsvorlage Nr. 276 durch die bezirklichen Gesundheitsämter (Vorgaben, Einstellung von Personal) und durch die Arbeit der einzelnen Stellen, die tatsächlichen Interaktionen der Mitarbeiter der Stellen in Verbindung mit den Kooperationsbeziehungen im bezirklichen Gesundheitsamt mit den anderen Stellen und der Amtsleitung sowie dem Beratungshandeln mit den Klienten.

Diese Handlungsstrukturen¹⁾ der Stellen können sich grundsätzlich nur im Rahmen des Möglichkeitsspielraums herausbilden, der durch die Se-

1) Handlungsstruktur bzw. Interaktionsstruktur meint eine prozeßhafte sprachlich vermittelte Interaktionsbeziehung zwischen zwei oder mehr Individuen - kein "monologisches" Handeln bzw. "Verhalten" einzelner, auch kein Funktionieren intentionsfreier Systeme. Dieses methodische Verständnis erlaubt es, die genannten Strukturen durch die Analyse sprachlicher Interaktionstexte zu erschließen.

natsvorlage, das GDG und deren Modifikationen bzw. Ergänzungen durch die Senatsverwaltung im Prozeß des Stellenaufbaus gegeben war. Die Grenzen dieses Möglichkeitsspielraums sind allerdings selbst fließend, weil die Vorgaben (GDG und die Senatsvorlage) zum Teil nur exemplarischen Charakter haben, zum Teil situativ bedingt (z.B. Arbeitssituation bestimmter Berufsgruppen der Mitarbeiter) modifiziert wurden, zum Teil erst bei der Verwirklichung der Vorgaben durch konkrete Beratungsangebote greifbar wurden.

Ziel der im folgenden dargestellten Analyse dieser latenten Handlungsstruktur war zu prüfen, ob für die Arbeit der GBE (auch) andere als die den Mitarbeitern bekannten expliziten Handlungsmuster ("Konzepte") bedeutsam und wirksam sind und diese ggf. herauszuarbeiten.

4.1 Konzepte von GBE

In Kapitel 2.6 wurden im wesentlichen fünf Konzepte von GBE unterschieden, die in unterschiedlich starker Ausprägung in den einzelnen Stellen repräsentiert sind:

1. Auf medizinischem Fachwissen basierende Gesundheitserziehung mit dem Ziel der Veränderung des Gesundheitsverhaltens;
2. Psychotherapeutisch orientierte Beratung bei körperlichen oder seelischen Beschwerden und/oder problematischem Gesundheitsverhalten;
3. Psychosoziale Beratung bei körperlichen und seelischen Beschwerden und sozialen Problemlagen bzw. gesundheitsgefährdender Lebensweise, eine Art Sozialtherapie;
4. Gesundheitliche Aufklärung durch Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen über den eigenen Körper und über körperliche Funktionsweisen im allgemeinen;
5. Gesundheitspolitische Aktivitäten auf Bezirksebene vor allem in Gestalt von Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeit und öffentlichkeitsbezogenen Auftritten.

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung entsprechend der Senatsvorlage bzw. deren Kontext, wobei schon dort Informationsvermittlung als zwar notwendige, aber nicht hinreichende aufklärerische Praxis gesundheitlicher Prävention begriffen wird (vgl. Senatsvorlage 2206/78, S. 37/38).

Daneben hat Gesundheitsberatung zunehmend psychotherapeutische und sozialtherapeutische Züge gewonnen. Es ist zu vermuten, daß dies die Folge der konzeptionellen Orientierungen von Stellenleiterinnen ist, die entweder direkt (als Psychologinnen) oder indirekt (als psychotherapeutisch orientierte Ärztinnen) einer solchen Konzeption verpflichtet sind. Die wachsende Bedeutung von Psychologen bzw. Psychologinnen als Stellenleiter hat sich aus den vor allem arbeitsmarktbedingten Veränderungen der ursprünglichen Personalstruktur (Senatsvorlage) ergeben (siehe oben, Kapitel 2.4).

Für Bedeutung und Art des Konzeptes "Gesundheitspolitik" ist zum einen das Verständnis der Mitarbeiter von gesundheitlicher Prävention grundlegend, das diese in einem sozialen und kulturellen Kontext (Umweltfragen, Arbeitslosigkeit, Alter, Stellung der Frau u.a.m.) sieht. Daneben hat die besondere Stellung der GBE als auf den ersten Blick nicht zwingend notwendig erscheinende Einrichtung, die deshalb auch besonders oft Kritiken, Anfeindungen und (in Verbindung mit den in den letzten Jahren mehrfach erfolgten "Aufgabenkritiken" zwecks Einsparung von Stellen) Kürzungs- und Auflösungsabsichten ausgesetzt war, sicher auch zur Schärfung eines gesundheitspolitischen Problembewußtseins und Engagements einzelner Mitarbeiter wie der GBE insgesamt beigetragen.

Alle diese fünf Konzepte von Gesundheitsberatung (Gesundheitserziehung, Psychotherapie, Sozialtherapie, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitspolitik) sind den Stellen als solche bewußt und weitgehend unmittelbar dem Titel und Inhalt ihrer Angebote bzw. Aktivitäten zu entnehmen. Die folgende Analyse der latenten Handlungsstrukturen der GBE fragt, ob für ihre Arbeit noch andere als die konzeptionell bekannten und öffentlich dargestellten Handlungsmuster bedeutsam und wirksam sind, die nicht in den vorgestellten fünf Beratungskonzepten aufgehen.

Die hier getroffene Differenzierung von Gesundheitsberatung ist allerdings eine analytische Unterscheidung. Empirisch hat jede Stelle eine spezifische Kombination dieser Konzepte entwickelt und unterschiedliche Schwerpunkte in diesem konzeptionellen Spektrum gesetzt (vgl. die Darstellung ihres Aufbaus, Kapitel 2). Da hier aber nicht Konzepte und Strukturen einzelner Stellen, sondern die der GBE insgesamt dargestellt und diskutiert werden, bleiben die Besonderheiten der einzelnen Stellen außer Betracht.

Die folgende Zusammenfassung der klientenbezogenen Beratungsinteraktion¹⁾ stellt

1. die inhaltlichen Bereiche dar, wie sie in Kapitel 3 ausdifferenziert worden sind, also Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Erkrankung, Mißbrauch, allgemeine Gesundheitsfragen und besondere Angebote für ältere Menschen. (4.2)

1) Die Zusammenstellung der Aktivitäten der GBE (siehe oben, Kapitel 3) folgt den Titeln derselben und den (schriftlichen oder mündlichen) Angaben der Stellen über ihren Inhalt. Was tatsächlich in den Angeboten der GBE geschieht, der konkrete Gesundheitsberatungsprozeß, kann nur aus den Daten erschlossen werden, die in diesem selbst gewonnen wurden. Aus Gründen der Objektivität (vs. individuelle Fehldeutungen oder Verzerrungen) wurden diese Daten nicht über teilnehmende Beobachtung oder Befragungen der Mitarbeiter oder Teilnehmer gewonnen, sondern durch Tonbandaufzeichnungen. Diese exakten Protokolle der Beratungsinteraktion (i.e. des Beratungsgeschehens) - die ergänzt sind um Beobachtungsprotokolle, in denen akustisch nicht aufgezeichnete Ereignisse festgehalten sind - wurden angehört, ausschnittsweise transkribiert und inhaltsanalytisch und objektiv-hermeneutisch interpretiert. Von der Gesamtzahl der Angebote der GBE her (über 100 verschiedene) und angesichts der Tatsache, daß manche Aktivitäten, z.B. Abnahmegruppen, aus bis zu 25 Einzelterminen bestehen, ergab sich die Notwendigkeit einer Selektion und Beschränkung des Datenmaterials. Als Selektionskriterium wurde die Anzahl der Angebote unter Einschluß einer Abschätzung der von ihnen jeweils angesprochenen Anzahl von Klienten (Teilnehmer) gewählt. Auf diese Weise repräsentieren die ausgewählten Aktivitäten (etwa ein Drittel der Gesamtanzahl) knapp 90 % der Angebote, die "ankommen" bzw. anders formuliert: Aus der Sicht der Teilnahme an den Aktivitäten sind knapp 90 % der Beratungsinteraktionen erfaßt. Diese Abschätzung folgt den Angaben der Klienten in Beantwortung des Klientenfragebogens (siehe unten, Kapitel 5).

2. folgt eine Analyse der Beratungsstruktur, die der Aktivität zugrunde liegt. Das meint die - in der Regel latente - soziale Beziehung zwischen GBE und Klient, die mit diesem speziellen Angebot vorgegeben oder entwickelt wird. (4.3)
3. wird von zwei Seiten her die Motivierungsproblematik untersucht. Zum einen geschieht dies hinsichtlich der Motive der Teilnehmer, zum anderen hinsichtlich des tatsächlich präsentierten Motivierungsmodells der GBE, das in Inhalt, Struktur, Präsentation und Realisierung der Aktivität enthalten ist. (4.4)
4. Der abschließende Abschnitt "Strukturen und Funktionen der Gesundheitsberatung" faßt diese Ausführungen unter der Frage zusammen, wie die Motivierungsproblematik mit den Strukturen von Gesundheitsberatung systematisch verbunden ist. (4.5)¹⁾

Danach haben an

Abnahme- und Diätgruppen und Ernährungsberatung	22,9 %
Gymnastik	24,8 %
Atem und Bewegung	4,8 %
Autogenem Training	20,9 %
Denk- und Gedächtnistraining	7,0 %
Nichtrauchertraining	6,6 %
insgesamt	87,0 %

der Klienten teilgenommen. Addiert man die hier (Kapitel 4.3) ebenfalls ausgewerteten Angebote "Gesprächsgruppe übergewichtiger Frauen", "Psychologische Einzelberatung", "Psychologisches Vorgespräch" (zum AT und allgemein), "Kreative Gruppe", "Entspannungstraining" und "Diabetikerschulung" hinzu, so ergeben sich zusätzlich mehr als 2,6 %, d.h. insgesamt etwa 90 % der Aktivitäten von der Seite der Klienten her betrachtet, die in die Auswertung einbezogen wurden. - Aus zeitlichen (wegen des eher sporadischen Stattfindens), forschungspraktischen (Teilnahmeprobleme für die Forscher) und systematischen Gründen (der Tatsache, daß die GBE ihre Aktivitäten weit überwiegend im Bereich direkt klientenbezogener Gesundheitsberatung entfaltet), sind in diese Auswertung multiplikatorenbezogene und kooperative Aktivitäten der GBE nicht eingegangen, ebenso wenig Vorträge und Öffentlichkeitsaktionen. Auf diese Aktivitäten wird noch gesondert eingegangen (siehe Kapitel 6).

- 1) Eine ausführliche Zusammenfassung der Interpretationen ausgewählter Beratungsinteraktionen ist im Abschnitt 4 des Materialbands enthalten. Sie sollte zum besseren materialen Verständnis der hier vorgelegten Ergebnisse mit herangezogen werden. Dabei ist zu beachten, daß es sich um ausgewählte Beratungsinteraktionen handelt. Deswegen sind zwar die Probleme, die dabei herausgearbeitet wer-

4.2 Beratungsinhalt und Dynamik

Im folgenden werden die inhaltlichen Bereiche der Arbeit der GBE im Hinblick auf bei ihrer Bearbeitung mit den Klienten aufgetretene Problemstellungen und Konflikte dargestellt.

4.2.1 Ernährung

Der Inhalt der Aktivitäten der GBE im Bereich Ernährung ist (siehe oben Kapitel 3):

- a) Beratung über richtige, d.h. gesundheitsgerechte Ernährung für allgemein Interessierte,
- b) Einzelberatung, Gruppen (vor allem Abnahmegruppen) und Kochkurse für Übergewichtige und deren Angehörige sowie für Magersüchtige,
- c) Beratung und Kochkurse für Diätbedürftige.

Von der Nachfrage der Klienten ebenso wie von der gesundheitspräventiven Konzeption her liegt das Schwergewicht auf den Abnahmegruppen.

Inhalt der Beratung¹⁾ ist die Vermittlung von Informationen über gesundheitsgerechte Ernährung (allgemein / für Über- oder Untergewichtige / für Diätbedürftige).

Die Form dieser Informationsvermittlung folgt entweder der Logik des Einzelfalls oder einem Kursprogramm oder dem Fachwissen der Beraterin.

Die Untersuchung zeigt, daß sie in einigen Beratungen kontextuiert ist, in anderen nicht. "Kontextuiert" heißt, daß der real bestehende Zusam-

den, für Angebote der GBE zum Zwecke gesundheitlicher Prävention charakteristisch, andere Angebote der GBE, die in diese Auswahl nicht einbezogen worden sind, können aber durchaus zu anderen Lösungen dieser Probleme kommen.

- 1) Wenn der Begriff "Beratung" hier unspezifisch gebraucht wird, meint er stets Beratung als Funktion von Gesundheitsberatung Erwachsener - die Untersuchung der (Struktur der) Beratungsinteraktion soll ja erst klären, welche konkrete Ausgestaltung die "Beratung" hier erfährt.

menhang von Ernährung, körperlichem Zustand, Persönlichkeit und Lebenspraxis in die Beratung einbezogen wird. "Dekontextuiert" ist die reine Vermittlung ernährungswissenschaftlich fundierter Informationen, die so in der Regel für die Klienten unzureichend wirkt. Dies gilt nicht allein, weil die Klienten ernährungswissenschaftliche Laien sind, sondern vor allem deshalb, weil nur eine Kontextuierung die einer Veränderung der Ernährung entgegenstehenden Einflüsse zum Thema machen und bearbeiten kann (vor allem Widerstände in der Familie oder dem Bekanntenkreis oder auch eigene Ängste). Das Wissen der Beraterinnen um die Bedeutung der lebenspraktischen Kontexte ist weniger konsistent als das ernährungswissenschaftliche Fachwissen und erstreckt sich oft nur auf die Zusammenhänge, die in den Kursprogrammen vorgestellt werden.

Wenn die Leiterinnen es zulassen oder von sich aus einbeziehen, werden die genannten Kontexte zum Teil sehr ausführlich besprochen und bearbeitet. Es handelt sich zum einen um den Bereich körperlicher, letztenendes triebbestimmter Bedürfnisse, die sich vor allem auf das Essen richten, aber auch mit der gesamten Sexualität der Klienten bzw. Klientinnen zusammenhängen. Das verweist auf die persönlichen Charakterzüge und Persönlichkeitsstrukturen sowie Symptome der Klienten, die in Gewichtsproblemen zum Ausdruck kommen oder mit ihnen zusammenhängen. Schließlich leben die Klientinnen - auch das wird dann deutlich - vielfach in einschränkenden, belastenden oder unbefriedigenden Sozialbeziehungen oder sind - die Kehrseite davon - eher isoliert.

Wenn die Kontexte thematisiert werden, bestimmen sie auch den Inhalt, die Entwicklung und die behandelten Konflikte mit. Das gilt vor allem für die Spannung zwischen Versuchung/Verführung (zum übermäßigen Essen) und der - oft unzureichenden - Selbstkontrolle, die im Kurs auf Zeit durch die Fremdkontrolle der GBE (Leiterin, Gruppe, Mitarbeiter allgemein) verstärkt wird, bis sie - so gestärkt - selbst wieder hinreichend wahrgenommen werden kann. Schon das Wortpaar Verführung/Kontrolle verweist darauf, daß die hier im allgemeinen gemeinten Süßigkeiten (und andere "reizvolle" Nahrungsmittel) nicht alleine angesprochen sind. In Gesprächsgruppen oder Einzelberatungen zum Übergewicht werden auch psychosexuelle Aspekte von Ernährungsproblemen bespro-

chen wie die geringere Attraktivität der Übergewichtigen, die das Selbstbewußtsein belastet, aber auch die Angst vor dem Abnehmen und den damit eventuell verbundenen anderweitigen Verführungen und Konflikten.

Insgesamt wird deutlich, daß das Essen als soziales Geschehen in seiner Vielfalt lebensgeschichtlicher Bezüge und psychosozialer Einbettungen nicht zureichend in ernährungswissenschaftlichen Fachausdrücken behandelt werden kann. Von der Berücksichtigung dieses Sachverhalts wird unter anderem der Erfolg der Beratung abhängen.

4.2.2 Bewegung

Der Inhalt der Aktivitäten der GBE im Bereich Bewegung ist (siehe oben Kapitel 3)

- a) Bewegung allgemein und für besondere Altersgruppen,
- b) Bewegung für Gesundheitsgefährdete oder -geschädigte,
- c) Bewegung nach Krankheitsereignis oder bei Behinderungen sowie
- d) Bewegung und ganzheitliche Körpererfahrung.

Dabei handelt es sich weit überwiegend um Gymnastikkurse, die für bestimmte, im Titel angegebene Zielgruppen (z.B. Berufstätige, Übergewichtige, Hausfrauen etc.) eine Auswahl gymnastischer Übungen anbieten. Die Kurse sind oft musikalisch unterlegt, was den inhaltlich meist dominierenden Trainingscharakter auflockert und dem Kurs eine tänzerische, manchmal fast spielerische Note gibt.

Die allgemeine Gymnastik, aus deren Repertoire die meisten Übungen stammen, ist ein Üben körperlicher Teilfunktionen auf Anweisung.

Die einzeln verbesserte Beweglichkeit soll insgesamt die Funktionsfähigkeit des Organismus verbessern, objektiv (Beweglichkeit und physiologische Belastbarkeit) wie subjektiv (innere Lockerung).

Das Modell von Gymnastik ist im Prinzip von Persönlichkeitsstrukturen und lebenspraktischen Situationen unabhängig, weil auf den Organismus gerichtet, läßt sich aber durch die Auswahl der Übungen spezifizieren. Es ist nicht klar, wieweit diese Spezifikation im einzelnen geht. Bei den

untersuchten Kursen (siehe unten Materialband, Abschnitt 4) war das nicht der Fall. Es ist aber anzunehmen und den Erläuterungen der Stellen zu entnehmen, daß vor allem die Angebote für besondere Zielgruppen (Schwangere, Behinderte etc.) ein auf deren Situation speziell zugeschnittenes Programm haben.

Die genannten Variationsmöglichkeiten der Übungen gelten für die Wahl der zu übenden Körperpartien und Körperbewegungen und die Wahl der als Medium eingesetzten Interaktionsmuster. Es gibt Gruppenübungen, in die die ganze Gruppe als Gruppe einbezogen ist (z.B. gemeinsame Spielübungen), Gruppenübungen, bei denen die Gruppe nur der formelle Rahmen ist, in dem die Teilnehmer einzeln üben, Paarübungen, Übungen zu dritt u.a.m. Die Variation der Interaktionsstruktur kann die sonst starre Struktur Leiter (gibt Anweisungen und führt vor) - Gruppe (von einzelnen, die das Vorgegebene nachvollziehen) auflockern und die Teilnehmer zueinander in Beziehung setzen.

Ein Problem stellt der Transfer der Gymnastik in das Alltagsleben der Klienten dar. In aller Regel werden keine - z.B. auf Bewegungsanamnesen gestützten - fallspezifischen Bewegungsübungen durchgeführt, die auf die im Einzelfall bestehenden Bewegungsdefizite und -einschränkungen gerichtet sind. Mit anderen Worten, es wird nicht in der Perspektive auf eine Veränderung der Bewegungsstruktur im Alltag geübt, sondern neben dem Alltag, zum Ausgleich dort bestehender Defizite. Das hat sicher auch positive Wirkungen, läßt aber vermutlich die alltägliche Bewegungsstruktur unbeeinflusst. Auch die Struktur der Anleitung durch eine Gruppenleiterin im traditionellen Sinne gymnastischen Trainings ist einem Transfer nicht förderlich. Die Durchführung der Übungen bleibt an die Teilnahme am Kurs gebunden.

Eine andere Form der Bewegungsförderung findet in den Kursen statt, die auf eine ganzheitliche Körpererfahrung abzielen (z.B. "Atem und Bewegung"). Hier werden Körperhaltungen und -bewegungen ausdrücklich auf den räumlichen (z.B. Sitzposition) und seelischen Kontext bezogen. Ihre Verbesserung erfolgt nicht durch Übung, sondern - über Verfremdung selbstverständlicher Haltungen und Empfindungen vermittelt - durch das Ausprobieren von Variationsmöglichkeiten, die den Teilnehmern demonstriert werden. Deren Durchspielen ist Aufgabe der Teilneh-

mer, ebenso der Bezug auf alltagsweltliche Kontexte, die im Kurs nur exemplarisch vorgeführt werden. Hier ist wahrscheinlich die Transferchance größer, weil die Interaktionsstruktur des Angebots von vornherein stärker auf die Eigeninitiative und Selbststeuerung der Klienten ausgerichtet ist.

4.2.3 Kommunikation

Der Inhalt der Aktivitäten der GBE im Bereich Kommunikation ist (siehe oben Kapitel 3)

- a) gesundheitsbezogene Gespräche,
- b) psychotherapeutische Gespräche,
- c) übende psychotherapeutische Angebote,
- d) kognitive Angebote und
- e) Förderung von Kreativität.

Der Bereich "Kommunikation" ist inhaltlich ein Ensemble sehr unterschiedlicher Einzelaktivitäten. Die aus der Perspektive der Forschung (nicht von der GBE selbst) vorgenommene Zusammenfassung ist deshalb gerechtfertigt, weil alle diese Aktivitäten auf eine Förderung der Kommunikationsfähigkeit der Klienten hinauslaufen bzw. hinauslaufen müssen, sofern sie gut geleitet und erfolgreich sind.

a) Gesundheitsbezogene Gespräche: Hier wird an klar umgrenzte gesundheitliche Probleme anknüpfend deren psychischer und lebenspraktischer Kontext besprochen.

b) Psychotherapeutische Gespräche: Hier werden, teilweise mit vorab definierten Klientengruppen (z.B. Frauen in der Lebensmitte) Einzel- und Gruppengespräche in längerer Sequenz (bis 10 oder 15 Sitzungen) durchgeführt. Die Leiterinnen erarbeiten mit den Klienten lebensgeschichtliche psychische und/oder psychosoziale Bedeutungszusammenhänge von symptomhaften Befindlichkeitsstörungen seelischer oder körperlicher Art (Angst, Unruhe, Schlafstörungen u.a.m.). Sie bedienen sich ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen und Qualifikationen als Psychologinnen oder Ärztinnen.

c) Übende psychotherapeutische Angebote: Hier werden aus ähnlichen Anlässen wie bei b) Klienten mit mentalen (Autogenes Training) oder körperlichen (Entspannungstraining) Entspannungstechniken vertraut gemacht, die sie gegen, allgemein formuliert, psychische und/oder somatische Streßfolgesymptome einsetzen können oder deren Praktizieren dazu beiträgt, diese von vornherein zu vermeiden. AT wie ET sind eingeführte übende psychotherapeutische Verfahren. Im Unterschied zu b) werden diese Techniken auch als "zudeckend" bezeichnet, weil sie nicht auf die Aufdeckung und Bearbeitung der Inhalte seelischer Konflikte abheben, sondern auf deren besserer Bewältigung durch eine von vornherein höhere psychische und psychosomatische Stabilität, vor allem bessere Konzentrations- und Entspannungsfähigkeit.

Während die Aktivitäten a), b) und c) auf die Linderung von im weitesten Sinne psychosomatischen Beschwerden gerichtet sind, zielen die unter d) und e) zusammengefaßten Angebote auf die Förderung oder Reaktivierung mentaler Potentiale. Sie bieten Anregungen der Intelligenz, d.h. des Denkvermögens, Gedächtnisses, intellektueller Operationen etc., der Phantasie und Kreativität. In "Phantasiereisen" können innere Erlebnisse in Bilder gefaßt, im Malen objektiviert werden, Gedichte, Rätsel und kulturelle Anregungen bieten vor allem älteren Klienten eine Erweiterung ihres Horizonts, regen zu eigenen Aktivitäten an und stiften neue Bekanntschaften.

4.2.4 Erkrankung

Der Inhalt der Aktivitäten der GBE im Bereich "Erkrankung" ist (siehe oben Kapitel 3)

- a) Nachsorge bzw. Nachbetreuung (bei ehemaligen Krankenhauspatienten, die Diät essen müssen),
- b) Förderung von Compliance (im wesentlichen bei Diabetikern),
- c) Anleitung und Information für Angehörige von Kranken und Behinderten,
- d) Umgang mit Behinderungen,

- e) Beratung bei psychosomatischen Störungen,
- f) ein spezielles Angebot für Klienten mit hohem Blutdruck sowie
- g) Gesundheitstests.

Auch dieser Bereich ist unter Forschungsgesichtspunkten zusammengefaßt worden, nicht von der GBE. Bei aller Vielgestaltigkeit ist gemeinsames Kriterium, daß hier bereits eine Erkrankung von Symptomwert besteht, nicht nur Beschwerden, Mißbefindlichkeiten, Risikoverhalten o.ä. "weiche" Symptomatiken.

Die Aktivitäten der GBE erstrecken sich dabei auf gesundheitliche Fragen, die ihren "klassischen" Arbeitsfeldern Ernährung, Bewegung und Kommunikation nahestehen (exemplarisch die Nachbetreuung von ehemaligen Krankenhauspatienten in Diätfragen, eine Gruppe für Klienten mit gesundheitlichem Risiko durch Hochdruck etc.). Sie fördern die Behebung psychosomatischer Störungen durch Gesprächsgruppen und Beratungen und unterstützen das soziale Umfeld durch Angehörigenarbeit.

Quantitativ bedeutsam sind die Angebote für Diabetiker (Beratung, Schulung, Kochkurs) und die Gesundheitstests.

Die Diabetiker werden in der GBE ernährungswissenschaftlich und medizinisch fundiert über geeignete Diät informiert und können in einem Kurs lernen, wie diabetesgerechte Mahlzeiten schmackhaft zubereitet werden. Die GBE steht mit diesem Angebot einzig da und füllt eine offensichtliche Lücke in der gesundheitlichen Versorgung. Alle Teilnehmer an diesen Aktivitäten klagen über unzureichende Information durch Ärzte und Klienten, von Übungsmöglichkeiten ganz zu schweigen.

Die Gesundheitstests werden vor allem in einer GBE-Stelle in breitem Umfang durchgeführt. Sie beinhalten (siehe oben) die Untersuchung von Blutdruck, Gewicht, Sehvermögen, Hörvermögen, Reaktionszeiten u.a.m. Sie finden gleichermaßen in der Stelle wie anlässlich öffentlicher Veranstaltungen statt.

4.2.5 Mißbrauch

Während die Angebote im Zusammenhang mit Alkoholproblemen eher peripher und sporadisch sind (hierfür gibt es im bezirklichen Gesundheitsamt spezielle Stellen), ist Nichtrauchertraining bzw. Raucherentwöhnung ein (vgl. schon die Senatsvorlage) "klassisches" Angebot der GBE und in allen Stellen repräsentiert. Es folgt in der Regel dem von der BZgA herausgegebenen Programm "Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in zehn Wochen - ein Trainingsprogramm" und beinhaltet im wesentlichen die Feststellung des Rauchverhaltens hinsichtlich Ausmaß und Situationen, die Erstellung eines Reduktionsplans und dessen Realisierung im Kursverlauf. Der Kurs findet in Form einer Gruppe statt, die gemeinsam auf das Aufgeben des Rauchens hinarbeitet und bedient sich zahlreicher moralischer (Verträge und anderer Selbstbindungen) und sozialer (Kurshelfer, Gruppe) Verstärker, um bei der geplanten Verhaltensänderung erfolgreich zu sein.

4.2.6 Allgemeine Gesundheitsfragen

Die Aktivitäten der GBE in diesem Bereich sind in Kapitel 3 vorgestellt. Sie lassen sich wegen ihrer strukturellen und inhaltlichen Vielgestaltigkeit hier nicht unter der Frage nach einer bestimmten Beratungsstruktur erfassen. Von Ausnahmen abgesehen handelt es sich im wesentlichen um gesundheitliche Information interessierter Bürger im Sinne einer allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung, vermittelt durch Vorträge, Einzelberatungen, Merkblätter, Filmvorführungen, anderweitige öffentliche Auftritte etc.

4.2.7 Besondere Angebote für ältere Menschen

In diesem Bereich werden gezielt Aktivitäten für Ältere angeboten wie Hausbesuche, Vorträge und Gespräche über altersspezifische Gesundheits- und Lebensfragen, Seniorengymnastik u.a.m. (siehe oben Kapitel 3). Dennoch bildet die Gesundheitsberatung für Ältere keinen eigenen systematischen Schwerpunkt der GBE-Arbeit. Das ist auf den ersten Blick erstaunlich, hat sich die GBE doch ursprünglich aus dem Konzept einer Altenberatung entwickelt. Die besonderen "Informationsbedürfnisse" älterer Menschen sind noch in der Senatsvorlage eigens erwähnt, ja, dort wird sogar angekündigt, die GBE werde "einen Schwerpunkt in Beratungsangeboten für ältere Menschen haben". Tatsächlich löst sich dieser scheinbare Widerspruch dahingehend auf, daß zwar kein besonders ausdifferenzierter Schwerpunkt der GBE für ältere Menschen besteht, diese aber in breitem Umfang an den allgemeinen Angeboten der GBE partizipieren. Wie die Klientenerhebung (siehe unten Kapitel 5) zeigt, sind 31,0 % der Klienten über 60 Jahre alt, mehr als der Durchschnitt der Berliner Bevölkerung (27,1 %); weitere 18,4 % sind über 51 Jahre und unter 60 Jahre alt, ebenfalls mehr als der Berliner Durchschnitt (10,5 %). Es gibt zahlreiche Aktivitäten der GBE, die de facto weit überwiegend von Älteren frequentiert werden, auch wenn der Titel des Angebots auf ihre Probleme oder Interessen gar nicht ausdrücklich Bezug nimmt (z.B. Denk- und Gedächtnistraining, Atem und Bewegung, Diabetikerschulung, Hockergymnastik). Ältere Menschen werden offenbar von der Bezeichnung Gesundheitsberatung für Erwachsene problemlos angesprochen, und es ist grundsätzlich keine eigene Zusatzbezeichnung für deren besondere Probleme bzw. Interessen erforderlich. Die Inhalte der dennoch speziell für Senioren ausgewiesenen Aktivitäten liegen dementsprechend bis auf wenige Ausnahmen im Rahmen der allgemeinen Arbeit der GBE: Gesundheitsfragen, Gymnastik, Schlafstörungen etc.

4.3 Strukturen von Gesundheitsberatung¹⁾

Die objektiv-hermeneutische Untersuchung der Aktivitäten der GBE sollte prüfen, ob tatsächlich mehr und differenziertere Beratungsstrukturen bestehen, als im konzeptionellen Selbstverständnis der Stellen und ihren eigenen Deutungsmustern enthalten sind. Eine solche Diskrepanz wäre grundsätzlich weder erstaunlich noch problematisch. Niemand realisiert den vollen Bedeutungsgehalt seiner Handlungen und die Vielschichtigkeit ihrer Kontexte. Außerdem ist das Selbstverständnis der GBE auf ihre professionellen Konzeptionen konzentriert. Para- oder außerprofessionelle Interaktionsstrukturen, die in ihren Aktivitäten mitwirken, bleiben in der Regel außer Betracht. Sie sind aber sowohl wesentliche Elemente des Beratungshandelns der Mitarbeiter als auch solche der Wirkung der Gesundheitsberatung bei den Klienten bzw. Adressaten und ermöglichen erst, objektivierbare Aussagen über diese bzw. die in der Beratungsstruktur enthaltenen Wirkungspotentiale zu treffen. Während die Selbstdeutungen der Mitarbeiter nur Meinungen und Einstellungen wiedergeben, zeigt die Analyse der Beratungsstrukturen die Muster des tatsächlichen Beratungshandelns der Gesundheitsberatung für Erwachsene.

Die folgenden Beratungsstrukturen konnten identifiziert werden (die Reihenfolge orientiert sich an dem oben angegebenen Schema und impliziert keinerlei quantitative oder qualitative Wertung).

1. Gesundheitserziehung, Unterrichtung bzw. Unterweisung, eine pädagogische Interaktionsstruktur mit unterschiedlicher Akzentsetzung auf a) Information und Wissensvermittlung, b) Information und Wissensvermittlung im Kontext (beides in: Einzelberatung Abnahme, Abnahmegruppe, Einzel- und Gruppenberatungen sowie Vorträgen zu diversen Gesundheitsfragen, Publikationen), c) Unterweisung/Anleitung zum Teil in Verbindung mit a) und b) (Gymnastik, Kochkurse, Anleitung zur häuslichen

1) Diese knappe Zusammenfassung beruht auf ausführlichen Textinterpretationen, die in komprimierter Form in Abschnitt 4 des Materialteils wiedergegeben werden. Zum genaueren Verständnis der Zusammenfassung ist ihre Lektüre zumindest sehr hilfreich.

Krankenpflege, Entspannungstraining), d) Fortbildung/Unterricht (für Laien: Anleitung zur häuslichen Krankenpflege, und Kollegen aus dem Gesundheitswesen: Fortbildung für Schwesternschülerinnen) sowie e) gesundheitsmoralische Verhaltensbeeinflussung, eine Form von Beratung, die strukturelle Ähnlichkeiten mit Verhaltenstherapie hat, was Ziele und Methoden betrifft, vom Ausgangspunkt (keine Symptomatik von Krankheitswert) aber keine Therapie ist. Die Verhaltensbeeinflussung arbeitet im Unterschied zur Verhaltenstherapie weniger mit strategischen (positive bzw. negative Verstärkung) als mit moralischen (Kontrolle und moralische Verpflichtung) Mitteln (exemplarisch: Nichtrauchertraining, Abnahmegruppe).

2. Psychotherapie, d.h. Psychotherapie im Sinne eines professionell anerkannten übenden, gesprächstherapeutischen oder aufdeckenden Therapieverfahrens mit den Unterformen a) psychotherapeutisch orientierte Beratung, b) Psychotherapie mit einzelnen Klienten und c) Psychotherapie mit Gruppen (exemplarisch psychologische Beratung, Autogenes Training, Gesprächsgruppe übergewichtiger Frauen) sowie d) Anleitung zur Selbsterfahrung in seelischer und körperlicher Hinsicht - vermittelt über direkte (z.T. suggestive, ET, oder autosuggestive, AT), führende ("guided phantasy") und nichtdirektive Angebote zum Äußern innerer Erlebnisse in Worten, Handlungen und Medien (exemplarisch AT etc., Atem und Bewegung).

3. Sozialtherapie im Sinne einer Förderung der Vergemeinschaftung. Bei vielen Aktivitäten ist, wie auch aus den Motiven der Teilnehmer deutlich wird, eine wesentliche objektive Funktion, daß die Klienten eine neue Form der Vergemeinschaftung erfahren. Durch die Teilnahme kommen sie mit anderen Menschen in Kontakt, sind dabei mit der gemeinsamen Sache Gesundheit in diversen durch die GBE initiierten Aktivitäten gesundheitsfördernder und -präventiver Art beschäftigt. Sie können neue Bekanntschaften oder Freundschaften schließen und erfahren so eine allgemeine Identitätsstabilisierung. Vor allem bei Angeboten, die überwiegend von Älteren und Alleinstehenden besucht werden, ist diese Struktur ganz wesentlich (z.B. Denk- und Gedächtnistraining, Abnahmegruppe).

4. Gesundheitskontrolle (als Teilfunktion sozialer Kontrolle) der Klienten durch a) Testuntersuchungen aa) aus gegebenem Anlaß, ab) als Demonstration bei öffentlichem Auftreten, ac) massenhaft; b) Verhaltenskontrolle ba) auf Patienten-Compliance z.B. Medikamenteneinnahme, bb) auf kurskonformes Verhalten bei der Teilnahme an Angeboten der GBE, bc) allgemein auf gesundheitsgerechte Lebensweise.

5. Gesundheitspolitik, im wesentlichen öffentliche Selbstdarstellung der GBE vor einem abstrakten Publikum (z.B. bei bezirklichen Gesundheitstagen, gesundheitsbezogenen Informationsveranstaltungen u.a.). Die manifeste und nach außen dargestellte Funktion ist die der Information der Bürger über spezifische Inhalte der Arbeit der GBE. Die latente Funktion liegt in der Selbstpräsentation in der bezirklichen gesundheitspolitischen Öffentlichkeit. Die GBE steht für die von ihr repräsentierte Sache, die gesundheitliche Prävention.

6. Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch a) Freisetzung oder Aktivierung von kreativen Potentialen eher körperlicher (z.B. Atem und Bewegung) oder eher mentaler (z.B. Denk- und Gedächtnistraining, AT) Art (wegen der ganzheitlichen Perspektive der Persönlichkeitsentwicklung ist eine eindeutige Zuordnung zum Mentalen oder Körperlichen weder möglich noch zweckmäßig); b) Initiierung von diversen Aktivitäten gesundheitsfördernder und gesundheitspräventiver Art außerhalb der GBE in eigener Regie der Klienten (z.B. Fortsetzung von Kursen in der Verantwortung der Klienten, gemeinsame Unternehmungen wie Wanderungen, Museumsbesuche, Schwimmen etc.) sowie c) Spiel. Viele, vor allem die auf Persönlichkeitsentwicklung, Selbsterfahrung und Kreativitätsförderung abzielenden Aktivitäten haben ausdrücklich spielerische Züge, die latente Potentiale der Klienten aktivieren sollen. Aber auch in anderen Angeboten wie Gymnastik sind spielerische Elemente enthalten.

Die Analyse ergab weiter zwei Strukturen des Beratungshandelns, die im Prinzip nicht für den Inhalt Gesundheit spezifisch sind, sondern bei jeder als öffentliche Aufgabe wahrgenommenen Beratung wesentlich sind. Dies sind hier:

1. Betreuung von gesundheitlich Interessierten und Bedürftigen, z.B. Nachbetreuung von Gruppen nach Abschluß der Kurse, Betreuung einzelner Klienten durch Hausbesuche, Vermittlung von Kontakten/Anlaufstelle bei bestimmten Problemen bzw. Erkrankungen z.B. für Zöliakie- und Spruekranke, bei der Suche nach Therapieplätzen für Eßsüchtige u.a.

2. Gespräch/Besprechung: Beratung von einzelnen oder Gruppen zu gesundheitlichen Fragen von speziellem Interesse; die Gespräche bzw. Besprechungen haben überwiegend Informationscharakter und keine therapeutische Perspektive. Erforderlichenfalls werden Hinweise auf diesbezügliche Angebote gegeben bzw. die Interessenten dorthin vermittelt (z.B. Rheumagruppe, Diabetikerberatung).

Die Analyse der Beratungsinteraktion der Gesundheitsberatung zeigt, welche verschiedenen Strukturen von Gesundheitsberatung tatsächlich bestehen und wie die ursprünglichen Vorgaben der Senatsvorlage inzwischen realisiert worden sind.

Die hier vorgelegte Analyse hat dies in einzelnen aufeinanderfolgenden Schritten zu rekonstruieren versucht.

Ausgehend von den gesetzlichen Grundlagen, den §§ 18 und 22 des GDG, des für diese §§ wegweisenden Abschnitts 2.11 der Senatsvorlage 2206/78 (vgl. 1.3) sowie der Senatsvorlage 276 vom 19.2.1979 (vgl. 1.5) über ihre Realisierung im Aufbau der Stellen in acht Berliner Bezirken und die damit vollzogene Ausbildung eines je spezifischen Konzepts (vgl. 2.6) als Selektion aus den vorgegebenen Möglichkeiten (vgl. 4.1), im weiteren dann über deren Ausgestaltung und Modifikation durch Veränderungen der Personalstruktur und des Spektrums der angebotenen Aktivitäten beinhaltet die Gesamtheit der gegenwärtig durchgeführten Aktivitäten der GBE die hier zusammengefaßten unterscheidbaren und typisierbaren Strukturen von Gesundheitsberatung, also Gesundheitserziehung, Psychotherapie, Sozialtherapie, Gesundheitskontrolle, Gesundheitspolitik, Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, Betreuung und Gespräch.

Im Hinblick auf die dem Selbstverständnis der Stellen entsprechenden und in ihren Selbstdarstellungen formulierten Konzepte zeigt die Struk-

turanalyse folgende Unterschiede, d.h. latente und wirksame Strukturen von Beratungshandeln, die den Mitarbeitern nicht immer in vollem Umfang oder in der speziellen Bedeutung bewußt sind, wie sie hier herausgearbeitet werden. Dessen ungeachtet geben sie die Realität der Handlungsstrukturen der Gesundheitsberatung am angemessensten wieder. Die Einschätzungen von Detailfragen (z.B. hinsichtlich der Kompetenzen der Mitarbeiter) oder umfassenden Problemen der Gesundheitsberatung als Mittel gesundheitlicher Prävention (z.B. die Frage der Motivierung der Klienten zu einer gesundheitsgerechteren Lebensweise) müssen sich substantiell auf diese Daten beziehen.

1. Gesundheitserziehung erscheint differenzierter und vor allem in zwei Hinsichten problematischer. Zum einen ist die in gesundheitserzieherischer Interaktion eingelagerte Information und Wissensvermittlung nur im Kontext der psychischen und sozialen (vor allem familiären) Situation der Klienten sinnvoll. Eine "dekontextuierte", "reine" Informationsvermittlung läßt die Widerstände in den Klienten und in ihrer Lebenswelt gegen eine Veränderung ihres Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens außer acht und wird an diesen abprallen. Zum anderen erscheint der "Stil" der Gesundheitserziehung öfters durch eine moralisch-verpflichtende Haltung der Mitarbeiter geprägt, die nicht (wie bei anderen Angeboten bzw. Mitarbeitern) an Wünsche oder Bedürfnisse der Klienten anknüpft, sondern an deren (unbewußte) Schuldgefühle wegen ihrer Lebensweise (z.B. Exzesse in Süßigkeiten). Dieser Beratungsstil einer gesundheitsmoralischen Verhaltensbeeinflussung ist vor allem in solchen Aktivitäten zu beobachten, die sich mit "vorwerfbarem" gesundheitlichen "Fehlverhalten" befassen. (Diese terms sind nicht von Mitarbeitern der GBE geprägt, sondern von Klienten. Ihre Entsprechungen in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion sind bekannt und aufschlußreich, folgen sie doch derselben Logik der Moralisierung gesundheitlicher Fragen.)

2. Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientierte Beratung ist tatsächlich wie in den Konzepten der Stellen ausgedrückt ein Typus von Gesundheitsberatung. Es wäre zu klären, welche inhaltlichen Schwerpunk-

te (Psychosomatik im weitesten Sinne) und welche Methoden (direktive, aufdeckende etc.) für die Aufgaben einer Gesundheitsberatung im Hinblick auf gesundheitliche Prävention am besten geeignet sind.

3. Sozialtherapie ist zwar in den Konzepten von GBE enthalten, schon dort aber sind verschiedene Beratungsangebote aus der Sicht der Forschung zu diesem Begriff zusammengefaßt worden. Als Struktur gesundheitsberaterischen Handelns beinhaltet Sozialtherapie im wesentlichen eine sekundäre Vergemeinschaftung für Klienten, deren Gemeinschaftsbindungen (Verwandtschaft, Freundschaft, Bekanntschaft) nicht (mehr) befriedigend und für ihre psychophysische Stabilität ausreichend sind. Vor allem bei "psychozialen" Angeboten tritt dieser sozialtherapeutische Charakter der Gesundheitsberatung hervor. Aber auch zahlreiche andere Angebote, vor allem für ältere Klienten und solche mit allgemein aktivierendem und animierendem Charakter haben eine wesentlich vergemeinschaftende Funktion, werden entsprechend gestaltet und sind deshalb in dieser Hinsicht auch dem Strukturtypus Sozialtherapie zuzuordnen. Die gesundheitsfördernde Funktion liegt im wesentlichen in der durch die erneute und/oder verbesserte Vergemeinschaftung allgemein stabilisierte Identität der Klienten.

4. Gesundheitskontrolle: Die Analyse des gesundheitsberaterischen Handelns zeigt, daß die oben genannte "Gesundheitliche Aufklärung" als ein Konzept von GBE teils in gesundheitserzieherisches, teils in gesundheitskontrollierendes Handeln integriert ist. "Reine" gesundheitliche Aufklärung ist ein untypischer Grenzfall unter den GBE-Aktivitäten, die sich auf spezielle Klienten richten. Die inhaltlich ganz unproblematische Sachinformation an Klienten über Testwerte oder andere am Rande der Teilnahme an Aktivitäten erhobene Befunde erscheint von der Handlungsstruktur her in erster Linie als Kontrolle des Gesundheitszustandes durch eine Stelle im öffentlichen Gesundheitsdienst. Dies wird überall dort, wo "problematische" Ergebnisse oder Befunde auftreten, daran deutlich, daß Behandlungsempfehlungen (in unterschiedlicher Dringlichkeit) gegeben werden. Die GBE handelt in dieser Hinsicht als soziale, auf Gesundheit spezialisierte Kontrollinstanz. Die Funktion der "Ver-

haltenskontrolle" ist aus systematischen Gründen hier aufgeführt. Oberflächlich gesehen ist die Überprüfung des gesundheitsbezogenen Verhaltens der Teilnehmer an Aktivitäten natürlich stets Teil des gesundheits-erzieherischen Handelns der Mitarbeiter der GBE.

5. Gesundheitspolitik bzw. gesundheitspolitische Aktivitäten im Bezirk entsprechen dem konzeptionellen Selbstverständnis zumindest einiger Stellen und Mitarbeiter als gesundheitspolitische Avantgarde im Sinne einer stärkeren präventiven Orientierung des öGD. Die GBE zeigt damit, daß sie tatsächlich wie in ihrem Selbstverständnis strukturell nicht ohne weiteres in der bestehenden Verfaßtheit des öGD aufgeht (gesundheitspolitisch gesehen, nicht gesundheitsrechtlich), sondern eine über dessen "reaktive" Arbeitsweise hinausgehende "aktive" Förderung der Gesundheit repräsentiert.

6. Eine Gesundheitsberatung durch Förderung der Persönlichkeitsentwicklung ist (ebenso wie eine solche durch Sozialtherapie) weder in den rechtlichen Grundlagen noch in den Konzepten der Stellen benannt. Zwar sind einzelne Aktivitäten, die diese Struktur von Gesundheitsberatung repräsentieren, von vornherein in den Konzeptionen der GBE enthalten gewesen und von Anfang an realisiert worden (exemplarisch Autogenes Training). Die Besonderheit der in einem solchen Beratungsangebot enthaltenen Anknüpfung an "positive" (allgemein: bessere Lebensqualität) gegenüber "negativen" (allgemein: Leiden) Motiven der Klienten ist aber nicht deutlich geworden. Dennoch ist dieser Typus von Gesundheitsberatung in mehreren Stellen gut repräsentiert. Die GBE folgt damit einer ganz allgemein (d.h. auch und vor allem außerhalb des öGD) verbreiteten Entwicklung, in gesundheitlichen Fragen an positive oder "naßzißtische" Motive anzuknüpfen, Gesunden eine bessere und angenehmere Gesundheit anzutragen (Gesundheitsbewegung, "Körperszene", diverse Freizeitangebote im Fitness-, Entspannungs-, Spiel- und Therapiebereich).

Die Betreuung gesundheitlich Interessierter und Bedürftiger stellt einerseits eine nur randständige Konkretisierung von Gesundheitsberatung für

besonders betreuungsbedürftige Klienten dar. Andererseits entspricht dieser Typus von Beratungshandeln einer der beiden Grundfunktionen der GBE, die im GDG wie in der Senatsvorlage Nr. 276 als Beratung und Betreuung bestimmt worden sind. In der Interpretation der entsprechenden Abschnitte der rechtlichen Grundlagen der GBE war auf den strukturellen Widerspruch zwischen Beratung (mündiger Bürger) und Betreuung (Betreuungsbedürftiger, also zumindest in tatsächlicher Hinsicht nicht gänzlich autonomer Personen) hingewiesen worden (vgl. 1.3, 1.5). Dieser Widerspruch reproduziert sich in der Ausgestaltung der Aktivitäten der GBE darin, daß analog zur Betreuung das

Gespräch bzw. die Besprechung ebenfalls einerseits eine nur randständige konkrete Ausgestaltung von Gesundheitsberatung, andererseits aber auch eine Grundfunktion der GBE darstellt: die Kommunikation oder Verbalisierung gesundheitlicher Fragen. Auch dieser Typus von Gesundheitsberatung ist unter dem Terminus der "Beratung" in den rechtlichen Grundlagen wie in den Konzeptionen überall vertreten und zielt auf gesundheitliche Prävention durch Verbalisierung der sie blockierenden Widerstände in Persönlichkeit und Lebensweise. Die Bedeutung der widersprüchlichen Einheit von Betreuung und Verbalisierung für die Funktion der GBE und ihre Wirkung wird unten (Kapitel 4.5, 8) ausführlicher diskutiert.

Zuvor wird noch auf die Motive der Klienten und die Motivierungsstrategien der GBE eingegangen, soweit sie der Analyse der Beratungsinteraktionen zu entnehmen waren. Beide stellen ja den Ansatzpunkt und den "Hebel" dar, derer sich das Beratungshandeln der GBE bedient und bedienen muß, um sein Ziel, eine gesundheitsbewußtere und -gerechtere Lebensweise, zu erreichen.

4.4 Klientenmotive und Motivierungen durch die GBE

Die Analyse der Beratungsinteraktionen zeigt, daß die Motivierung zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise das zentrale Handlungsproblem der GBE ist. Ihr Beratungsangebot (differenziert nach den in ihm enthaltenen Beratungsstrukturen, siehe oben Kapitel 4.3) und ihre Stellenstruktur sind das praktische und organisatorische Mittel zur Lösung dieser Aufgabe.¹⁾

Die objektiv-hermeneutische Analyse der Beratungsinteraktionen, im wesentlichen die Sequenzanalyse, zeigt, daß sich Motivierungsstrategien der Beraterinnen (z.B. Erzeugen kognitiver Dissonanzen oder Appellieren an Selbstverantwortung) und Motive der Teilnehmerinnen (z.B. Leidensdruck, Einsamkeit) unterscheiden lassen. Dieser Unterschied wird darin sichtbar, daß beide im Verlauf einer Beratungsinteraktion längere Zeit unvermittelt nebeneinander herlaufen, bis "Einigungsprobleme" aufgeworfen werden, die typischerweise im Verlauf der Beratungssitzung regelmäßig auftauchen.

Aus der Untersuchung der Beratungsinteraktionen lassen sich folgende Klientenmotive und Motivierungen durch die GBE feststellen:

Aktivität ¹⁾	Motive	Motivierung
1.	Übergewicht als schlecht erlebter körperlicher und psychischer Zustand, Erkrankungen: Leidensdruck	Linderung oder Beseitigung des Leidensdrucks durch Appell an Selbstverantwortung und Vermittlung von Wissen sowie Erzeugung kognitiver Dissonanzen
2.	Übergewicht, diverse Belastungen und Erkrankungen, latent: Einsamkeit, Eheprobleme: Leidensdruck	Linderung oder Beseitigung des Leidensdrucks durch das Schema der Verhaltensbeeinflussung "bewußtmachen - ändern - stabilisieren", Gruppenmoral (Gemeinschaft und Rivalität) sowie Appell an Selbstverantwortung

1) Vgl. Fußnote 1) S. 89 sowie Materialband Abschnitt 4

Aktivität	Motive	Motivierung
3.	Übergewicht als Frau, soziale Isolation, vor allem im Alter, "empty-nest-Syndrom", Probleme mit der Sexualität: Leidensdruck, Wunsch nach Persönlichkeitsentfaltung	Förderung der Persönlichkeitsentfaltung von Frauen durch Erfüllung individueller Wünsche und Bedürfnisse, Sozialisierung durch die Gruppe, "moralisierende" Vergemeinschaftung
4.	Interesse an besserer Beweglichkeit wegen berufsbedingtem Bewegungsmangel: Kompensation gesundheitlicher Defizite bzw. Wunsch nach besserer Gesundheit	Förderung der Beweglichkeit durch Anleitung/Vorbild, Gruppenmoral, Attraktivität über Sport/Spiel/Tanz und Entlastung durch Geschlechtertrennung
5.	Übergewicht und gesundheitliche Probleme/Beschwerden, Interesse an besserer Beweglichkeit: Leidensdruck und Wunsch nach besserer Gesundheit	Linderung bzw. Beseitigung des Leidensdrucks, Förderung der Beweglichkeit, Hinweis auf Übergewicht als Risiko (Kontext GBE)
6.	Interesse an freierem Atmen und besserer Beweglichkeit (im Sinne der Entwicklung und Verbesserung körperlicher Teilfunktionen): Wunsch nach besserer Gesundheit, körperliche Selbstentfaltung	Verbesserung der Gesundheit durch die Verbesserung alltäglicher Körperfunktionen in ganzheitlicher Perspektive, Angebot spielerischen Erlebens neuer Körpererfahrung
7.	Leib-seelische Befindlichkeitsstörungen und Symptome: Leidensdruck	Linderung oder Beseitigung des Leidensdrucks durch professionelle Kompetenz (Heilberuf)
8.	Leib-seelische Befindlichkeitsstörungen bzw. "Streß": Leidensdruck; Konzentrationsprobleme, Wunsch nach mehr Selbststeuerung: Erlernen mentaler Techniken; Weiterbildung	Linderung bzw. Beseitigung des Leidensdrucks (Befindlichkeitsstörungen), Förderung der Selbststeuerung durch Erlernen einer mentalen Technik, Akzeptanz der Nutzung als Weiterbildungsangebot

Aktivität	Motive	Motivierung
9.	Entspannung, neue Anregungen erfahren, diverse Befindlichkeitsstörungen, Einsamkeit: Leidensdruck, Persönlichkeitsentfaltung, vor allem in mentaler Hinsicht	Persönlichkeitsentwicklung oder -bereicherung im mentalen Bereich, Förderung von Phantasie und Kreativität in gemeinsamer Aktivität
10.	Entspannung gegen leichtere leib-seelische Befindlichkeitsstörungen, bessere Selbststeuerung: Leidensdruck, Erlernen einer mentalen Technik	Erleben und Lernen von Entspannung durch Erlernen einer mentalen bzw. mental vermittelten Entspannungstechnik, Entwicklungsförderung eher als Linderung oder Abhilfe gegen Leidensdruck
11.	Geistige Anregung vor allem im Alter, ebenso kulturelle Anregungen, Suche nach mehr Aktivität zusammen mit anderen, Reaktivierung intellektueller Potentiale: geistige und kulturelle Anregung, Abwechslung und Gemeinschaft	Geistige Anregung in spielerischer Form gleichermaßen in kognitiver wie kultureller Hinsicht, Anregung für gemeinsame Aktivitäten außerhalb der GBE, Aufnahme und Förderung der Wünsche nach gemeinsamen Aktivitäten
12.	Informationsmangel über Diät bei chronischer Erkrankung aufgrund mangelnder Aufklärung durch Ärzte, Motivationsprobleme für erkrankungsgerechte Ernährung und Lebensweise: Informationsbedarf, Motivierungsbedarf	Fachlich fundierte und umfassende Information, Sicherheit gegen Befürchtungen wegen gesundheitlicher Gefahren, keine Bearbeitung der Motivationsprobleme
13.	Befürchtungen bzw. Ängste über körperlichen Zustand bzw. Erkrankungen, Sicherheitsbedürfnis, Wunsch nach Zeitersparnis: Befürchtungen/Ängste	Sicherheit gegen Befürchtungen durch Kontrolle des Gesundheitszustands, Angebot von Zeit und Gesprächen
14.	Rauchen aufgeben, weil gesundheitsschädlich, hohe Kosten, Abhängigkeit, Trend zum Nichtrauchen, ästhetische Probleme: Leidensdruck/Wunsch nach besserer Gesundheit	Abhilfe für Leidensdruck und Unterstützung bei der Einlösung des Wunsches nach besserer Gesundheit durch Leiter- und Gruppenkontrolle zur Unterstützung und Appell an Selbstverantwortung

Ausgehend von dieser Gegenüberstellung der Motive und Motivierungen in den ausgewählten charakteristischen Beratungsaktivitäten soll im folgenden geklärt werden:

- a) Welche relevanten Unterschiede zwischen den Motiven und Motivierungen in den hier analysierten Fällen gibt es (d.h. Teilnehmermotive, die nicht aufgenommen werden, bzw. Motivierungen, die nicht greifen)?
- b) Welche unterschiedlichen Typen von Motiven und Motivierungen lassen sich erschließen?
- c) Welche Schlüsse lassen sich daraus ziehen, die für die Struktur und Funktion der GBE insgesamt von Bedeutung sind?

a)

Motive (der Klienten) und Motivierungen (der GBE) stimmen im allgemeinen gut überein. Das bedeutet, daß einerseits an den Angeboten überwiegend Klienten teilnehmen, die zur Angebotsstruktur der GBE passen, andererseits die GBE ihre Angebotsstruktur auf tatsächlich vorhandene Bedürfnisse, Nachfrage und Interessen der Klienten richtet.

Die eher vereinzelt Diskrepanzen zeigen zum einen, daß die GBE Aktivitäten durchführt, die teilweise (exemplarisch 9, 10, auch 6) psychosexuell und psychosozial entwickelter¹⁾ und autonomieorientierter sind, als es dem Verständnis der Klienten von ihren Problemen und Wünschen entspricht. So wird vor allem bei Aktivitäten mit der Motivierung über Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit durch Förderung von Phantasie und Kreativität und neue Körpererfahrungen, aber auch beim Vermitteln mentaler Techniken deutlich, daß die Mitarbeiterinnen der GBE Inhalte und Methoden anbieten, die gar nicht direkt an die vor allem durch Leidensdruck bestimmten Motive der Teilnehmer anknüpfen, sondern die Anlässe von Beschwerden und Leiden von vornherein als Problem des (sozialen) Verhaltens und der Selbstkontrolle und Persönlichkeitsentwicklung begreifen.

Sie zeigen weiter (exemplarisch 3, auch 1 und 2), daß (vor allem orale und genitale) sexuelle Problematiken der Teilnehmer/innen in der Regel

1) Vgl. ERIKSON 1971 (1966); vgl. HORN/BEIER/WOLF 1983, Kapitel 5

nicht therapeutisch bearbeitet, sondern durch eine Integration in die Gruppe im Sinn einer stark moralisch getönten Vergemeinschaftung "gelöst" werden.

Sie zeigen schließlich, daß das Beratungshandeln vielfach (exemplarisch 14, 12) durch eine Betonung und Förderung der Selbstverantwortung als Strategie der Klientenmotivierung charakterisiert ist, während die Klientenmotive oft eher solche der Abhängigkeit von Initiativen und Motivierungen Anderer sind.

b)

An den in der Untersuchung der Aktivitäten herausgearbeiteten Motiven lassen sich systematisch¹⁾ die folgenden Typen unterscheiden:

1. Gesundheitliche Ängste oder Befürchtungen, die dazu veranlassen, sich um gesundheitliche Information, Aufklärung und Belehrung zu bemühen sowie im weiteren an Aktivitäten der GBE teilzunehmen.
2. Seelischer und/oder körperlicher Leidensdruck durch Mißbefindlichkeiten, Beschwerden oder Erkrankungen
3. Probleme mit der Körperlichkeit bzw. Sexualität / Interesse an körperlichem Wohlbefinden und besserem Körpergefühl
4. Gefühl von Anspannung und Streß / Interesse an größerer Ausgeglichenheit durch bessere Selbststeuerung
5. Interesse an geistig-kultureller Anregung und Aktivität
6. soziale und seelische Isolation vor allem im Alter / Wunsch nach Unterstützung, Hilfe und Gemeinschaft

Diesen Motivtypen entsprechen die folgenden typischen **Motivierungsstrategien** der GBE:

1. Gesundheitliche Aufklärung, Steigerung der Verhaltenssicherheit und Gesundheitskontrolle durch oder im Zusammenhang mit der Vermittlung gesundheitlicher Informationen und gesundheitlichen Wissens
2. Angebot der Linderung oder Beseitigung von körperlichem und/oder seelischem Leidensdruck

1) D.h. in bezug auf die in Kapitel 4.3 herausgearbeiteten typischen Strukturen von Gesundheitsberatung, mit denen Motive und Motivierungen in Kapitel 4.5 in Beziehung gesetzt werden.

3. Besseres körperliches Erleben und bessere körperliche Verfassung durch Persönlichkeitsentfaltung in körperlicher und/oder seelischer Hinsicht
4. Bessere Entspannung und Selbststeuerung durch mentale oder mental vermittelte Entspannungstechniken
5. Förderung der geistigen und kulturellen Regheit durch Animation zu entsprechenden Aktivitäten
6. Gemeinschaftsförderung durch Gruppenangebote für Klienten mit gleichen Problemen und für gemeinsame Aktivitäten, Betreuung und Vergemeinschaftung.

c)

Ein Vergleich der Motive (der Klienten) mit den Motivierungen (der GBE) zeigt, daß bei den Motiven eine stärkere Betonung leib-seelischer Ängste und Befürchtungen, Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden und Symptome zu finden ist.

Zwar zielen auch Motivierungen auf Linderung und Beseitigung von Anspannung sowie von körperlichem und/oder seelischem Leidensdruck und sind andererseits auch Motive durch positiv formulierte Interessen an besserem Wohlbefinden und Körpergefühl, größerer Ausgeglichenheit und gelungenerer psychophysischer Selbststeuerung bestimmt.

Dennoch ist eine Gewichtsverlagerung dahingehend deutlich, daß die typischen Motivierungen insgesamt stärker auf Stabilisierung des leib-seelischen Befindens und gesundheitsförderlichen Handelns im psychosozialen Kontext der jeweiligen inhaltlichen Problematik (Ernährung, Bewegung etc., siehe oben Kapitel 3) gerichtet sind. Sie orientieren sich deutlich weniger an einer Symptomatik und deren Behebung als an der (Re-)Aktivierung leib-seelischer Potentiale zur Persönlichkeitsentfaltung und -entwicklung und zu einem körperlich, seelisch und geistig aktiveren und aufgeschlosseneren Lebensstil. Diese Aktivierung soll gleichermaßen die Autonomie der Klienten wie ihre soziale Integration durch eine bessere Vergemeinschaftung fördern. "Soziale Integration" beinhaltet hierbei sowohl "institutionelle" Vergemeinschaftung durch öffentliche Betreuung wie "autonome" Vergemeinschaftung in freien Gruppen und Initiativen mit neu gewonnenen Bekannten und Freunden bzw. durch eine Verände-

rung eingefahrener Verhaltensmuster in den bestehenden Sozialbeziehungen (vor allem in der Familie).

Insgesamt und in einer verallgemeinernden Formulierung stellt sich die - nicht grundlegende, aber doch deutliche - Differenz zwischen Motiven und Motivierungen dar als eine zwischen einer stärkeren Orientierung an Symptomen (Motive) und einer stärkeren Orientierung an einem besseren, autonomeren und dadurch symptomfreieren Lebensstil.

Diese Differenz ist von der Funktion der GBE her inhaltlich gerechtfertigt und nicht als Diskrepanz zwischen einer Nachfrage (Motive) und einem Angebot (Motivierungen) zu deuten. Sie muß nicht etwa durch eine Veränderung der Angebotsstruktur und der Motivierungsstrategien der Mitarbeiter der GBE ausgeglichen werden, ihre Abarbeitung ist vielmehr Sache der Teilnahme an den Aktivitäten selbst. Es ist schließlich der Sinn dieser Teilnahme, Veränderungen des Gesundheitsbewußtseins und Gesundheitsverhaltens zu erfahren, und diese liegen tatsächlich - wie die Auswertung der Klientenerhebung (Kapitel 5) zeigt - auf dieser Entwicklungslinie (vom Symptom oder von der Abhängigkeit zum "besseren Leben" bzw. zu gesteigerter Autonomie).

4.5 Strukturen und Funktionen der Gesundheitsberatung

Bei der Analyse der Beratungsstrukturen und des Verhältnisses der Klientenmotive zu den Motivierungen durch die GBE hat sich gezeigt, daß die Motivierung zu einer gesundheitsfördernden bzw. gesundheitspräventiven Lebensweise das zentrale Handlungsproblem der GBE ist. Dies ist den Stellen bzw. den Mitarbeitern/innen auch weitgehend bewußt¹⁾ und von der objektiven Funktion der GBE als Einrichtung zur ge-

1) Die objektiv-hermeneutische Auswertung von Interaktionsprotokollen von Dienstbesprechungen der GBE-Stellen, die in erster Linie heuristischen Zwecken für die Auswahl der zu untersuchenden Beratungsinteraktionen diene und deshalb hier nicht gesondert dargestellt wird, zeigt dies ganz deutlich daran, daß sich den Mitarbeitern/innen alle das Beratungsangebot der GBE betreffenden Fragen im Hinblick auf dieses Hauptproblem stellen.

sundheitlichen Prävention durch "vorbeugend(e) sozialmedizinische" Beratung (Senatsvorlage Nr. 276) her plausibel.

Dennoch hat erst die Analyse der Beratungsinteraktionen der GBE und der Dienstbesprechungen der Stellen gezeigt, wie sehr nicht nur die Motivierung zu gesundheitlicher Prävention, sondern, als notwendige Vorstufe, bereits die zur Teilnahme und zum erfolgreichen Absolvieren der Angebote der GBE ein Handlungsproblem der Stellen darstellt.

Auch dies ist sehr verständlich, knüpft doch die Gesundheitsberatung nur unter anderem an Motive an, die, wie exemplarisch Leidensdruck, eine entsprechende Behandlung oder auch Beratung per se nahelegen. Die motivierende Bereitschaft, sich bzw. sein Verhalten auch tatsächlich zu ändern (und nicht nur sich behandeln oder breiten zu lassen!), ist schon hierbei allzuoft nicht gegeben (vgl. die bekannten Probleme der Compliance bei der ärztlichen Behandlung). Bei "positiven" Motiven, die eine Verbesserung eines als nicht sehr quälend empfundenen Zustands anstreben, ist dies anscheinend noch weniger der Fall (siehe unten Kapitel 8).

Die Funktion der Angebote der GBE läßt sich von daher prägnanter fassen: Sie liegt in der Motivierung zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise. Sie liegt nicht oder zumindest nicht nur in der (um Beispiele zu nennen) Information über diese oder einem Einüben von Teilen derselben oder dem Wecken von Befürchtungen hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustands oder der Veranlassung zu einem evtl. erforderlich erscheinenden Arztbesuch etc.

Wegen dieser nun viel deutlicheren systematischen Verknüpfung von Motivierungsproblem und Beratungsstruktur als institutionellem Lösungsvorschlag für dieses Problem ist eine Zusammenstellung der in der Analyse der Beratungsinteraktionen herausgearbeiteten Motive und Motivierungen mit den typisierbaren Beratungsstrukturen zweckmäßig. Sie ermöglicht es, einzuschätzen, inwieweit die GBE ihre Funktion durch die Struktur ihrer Angebote/Aktivitäten erfüllt.

Den oben genannten (Kapitel 4.4) Motiven und Motivierungen lassen sich folgende typischen **Beratungsstrukturen** (Kapitel 4.3) zuordnen:

ad 1)

Gesundheitserziehung (Information und Wissensvermittlung, Unterrichtung und Belehrung sowie gesundheitsmoralische Verhaltensbeeinflussung) und Gesundheitskontrolle (vor allem durch Information über Testergebnisse und Untersuchungsbefunde mit entsprechenden Behandlungsratschlägen)

ad 2)

Gesundheitserziehung (durch Wissensvermittlung und Anleitung zum Einüben eines veränderten Gesundheitsverhaltens),
Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientierte Gespräche/Beratung und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch Anleitung zur Selbsterfahrung in seelischer und körperlicher Hinsicht (mit "übenden" und "öffnenden" Methoden)

ad 3)

Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientierte Gespräche/Beratung, vor allem in Gruppen,
Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung¹⁾ in körperlicher und seelischer Hinsicht durch unterschiedliche Methoden (wie erlebnisorientierte Gymnastik, Förderung der Phantasietätigkeit etc.) und Sozialtherapie durch Bildung sozialintegrativer Gruppen als nichtregressive Alternative zur Fixierung auf körperliche Probleme

ad 4)

Gesundheitserziehung (Einüben nichtregressiver Streßbewältigung z.B. im Nichtrauchertraining) und
Förderung der Persönlichkeitsentfaltung in körperlicher, seelischer und geistiger Hinsicht durch Übungen zur Entspannung und Selbstkontrolle

1) Persönlichkeitsentfaltung meint die (Re-) Aktivierung vorhandener, Persönlichkeitsentwicklung die Aneignung und Ausbildung neuer Möglichkeiten der Selbstverwirklichung.

ad 5)

Förderung der Persönlichkeitsentfaltung durch Aktivierung kreativer Potentiale und Förderung körperlicher und geistiger Aktivitäten und Sozialtherapie durch sekundäre "autonome" Vergemeinschaftung (siehe oben)

ad 6)

Sozialtherapie durch sekundäre ("institutionelle" und "autonome") Vergemeinschaftung (diverse Gruppenangebote, Betreuung und Hilfe) und Gesundheitspolitik (durch öffentliches Auftreten der GBE bei gemeinschaftlichen (im Sinne von kommunalen!) Anlässen auf lokaler bzw. bezirklicher Ebene mit dem Angebot der Realisierung des Dargestellten in der Beratung.

Die Tatsache, daß bei der Gesundheitsberatung das klientenbezogene Handeln nicht nur kommunikativ vermittelt (wie vielfach die ärztliche Behandlung, "pills & needles"), sondern - bis auf Grenzfälle wie Untersuchungen, Tests und gymnastische Übungen ohne Erlebnisdarstellung - substantiell aus sprachlicher Kommunikation, aus der Verbalisierung von Erlebnissen und des auf sie bezogenen Verhaltens besteht, gibt Anlaß, diese schon oben (4.3) herausgearbeitete typische Struktur von Gesundheitsberatung (Gespräch/Besprechung) auch im Hinblick auf das Motivierungsproblem festzuhalten. Die entsprechende Motivierung ist im Prinzip in allen (oder den meisten) anderen Motivierungen enthalten, weil sie durch die objektive Funktion der GBE gesetzt ist: Beratung statt Behandlung. Die Motive der Klienten können hier nur extrapoliert werden - objektiv liegen sie in der Sinnhaftigkeit (und der damit gegebenen kommunikativen Erschließbarkeit) auch körperlicher Symptome.¹⁾

So ist

ad 7)

Gespräch/Besprechung als Organisationsform der Verbalisierung von gesundheitsbezogenen Erlebnissen und deren Bedeutung im Kontext gesundheitsrelevanten Verhaltens

1) Vgl. ANDRISKE 1982, HORN/BEIER/WOLF 1983, WOLF 1984

eine weitere motivierungsbezogene (Tiefen-) Struktur von Gesundheitsberatung.

In den unmittelbar klientenbezogenen Beratungsaktivitäten, die der Analyse der Strukturen der GBE zugrunde liegen, ist Gesundheitspolitik als in der Regel an ein abstraktes Publikum gerichtetes öffentliches Auftreten oder nur sehr vermittelt klientenbezogenes institutionelles Handeln nicht oder nur ganz am Rande (z.B. durch Hinweise) repräsentiert. Zugleich stellt die GBE insgesamt eine gesundheitspolitische Position dar - eben die der Prävention durch Gesundheitsberatung im öGD - und insofern ist die Aktivität der GBE auch Gesundheitspolitik.

Das gesundheitspolitische Auftreten als Repräsentation einer bestimmten (im wesentlichen gesundheitspräventiven) Position in institutioneller Verkörperung (als Stelle im Gesundheitsamt) wie die einzelnen gesundheitspolitischen Aktivitäten der GBE in der bezirklichen Öffentlichkeit geben Anlaß, als eine weitere (Tiefen-) Struktur von Gesundheitsberatung

ad 8)

Gesundheitspolitik (vor allem in Form öffentlicher Darstellung der Inhalte und Angebote der GBE als Stelle im Gesundheitsamt)

festzuhalten. Die entsprechende Motivierungsstrategie ist das Wecken öffentlicher Aufmerksamkeit für die von der GBE repräsentierte Thematik, die Notwendigkeit gesundheitlicher Prävention, eine Vorstufe der "eigentlichen" Motivierung zu gesundheitlicher Prävention bzw. entsprechendem Verhalten selbst. Diese Motivierungsstrategie ist in sich - wie vor allem diesbezügliche Mitarbeiterbesprechungen in der GBE zeigen - sehr vielschichtig und reicht von dem Vertrauen in die Überzeugungskraft der Sache (Prävention) selbst bis zu Werbemaßnahmen, die sachlich mit gesundheitlicher Prävention nichts zu tun haben. Die Motive der Klienten müssen hier gleichfalls extrapoliert werden. Im allgemeinen wird in der GBE davon ausgegangen, daß Gesundheit als Voraussetzung genereller Handlungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft (PARSONS), als "höchstes Gut" immer ein Interesse findet.

Im folgenden Schema sind die Motive der Klienten, die Motivierungen der GBE und die typischen Strukturen ihres auf diese bezogenen Beratungshandelns noch einmal zusammengestellt.

Eine zusammenfassende Interpretation des hier dargestellten Zusammenhangs von Motiven, Motivierungen und Beratungsstrukturen unter der Frage nach den Leistungen der verschiedenen Typen von Gesundheitsberatung für eine verbesserte gesundheitliche Prävention im Sinne der Förderung einer gesundheitsgerechteren Lebensweise erfolgt in Kapitel 8.

Motive (der Klienten)	Motivierungen (der GBE)	Strukturen von Gesundheitsberatung
Gesundheitliche Ängste oder Befürchtungen	Gesundheitliche Aufklärung, Steigerung der Verhaltenssicherheit und Gesundheitskontrolle	Gesundheitserziehung Gesundheitskontrolle
Seelischer und/oder körperlicher Leidensdruck durch Mißbefindlichkeiten, Beschwerden oder Erkrankungen	Linderung oder Beseitigung von körperlichem oder seelischem Leidensdruck	Gesundheitserziehung Psychotherapie Förderung der Persönlichkeitsentwicklung
Probleme mit Körperlichkeit bzw. Sexualität / Interesse an besserem Wohlbefinden und Körpergefühl	Verbesserung des körperlichen Erlebens und der körperlichen Verfassung durch allgemeine Persönlichkeitsentfaltung	Psychotherapie Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung Sozialtherapie
Gefühl von Anspannung und Streß / Interesse an Ausgeglichenheit und besserer Selbststeuerung	bessere Entspannung und Selbststeuerung	Gesundheitserziehung Förderung der Persönlichkeitsentfaltung
Interesse an geistig-kultureller Anregung und Aktivität.	Förderung der geistigen und kulturellen Regheit, Animation zu entsprechenden Aktivitäten	Förderung der Persönlichkeitsentfaltung Sozialtherapie
soziale und seelische Isolation / Wunsch nach Unterstützung, Gemeinschaft und Hilfe	Vergemeinschaftung durch Gruppenangebote und Betreuung/Hilfe	Sozialtherapie Gesundheitspolitik Betreuung
Sinnhaftigkeit der seelischen und körperlichen Symptome	Beratung statt Behandlung	Gespräch/Besprechung
allgemeines Interesse an Gesundheit	Wecken öffentlicher Aufmerksamkeit (sachlich oder durch Werbung)	Gesundheitspolitik

5. DIE ADRESSATEN DER GBE I: EINZELNE BÜRGER

Die Senatsvorlage Nr. 276 über die Errichtung der GBE bestimmt in Abschnitt 3 zwei verschiedene Kreise von Adressaten bzw. Klienten: "Erwachsene Bürger" und "Institutionen" bzw. "Stellen". Da beide Adressaten unterschiedliche Aktivitäten der GBE erfordern, um gesundheitspräventiv wirken zu können, sind für sie getrennte Erhebungen durchgeführt worden, über deren Ergebnisse hier und im folgenden Kapitel 6 berichtet wird.

5.1 Klientenbefragung

Im Frühsommer 1984 wurde unter den Klienten der GBE-Stellen eine Befragung durchgeführt. Dabei sollten Alter, Geschlecht, Schulbildung, Beruf, Familienstand, Größe und Einkommen des Haushalts erfragt werden sowie, wie sich die Klienten körperlich und seelisch fühlen, ob und ggf. warum sie in ärztlicher Behandlung sind, was sie für ihre Gesundheit tun, wie sie von der GBE erfahren haben, was der Anlaß für ihre Teilnahme war, an welchen Angeboten sie teilgenommen haben und was ihnen die Teilnahme gebracht hat.¹⁾ An der Befragung beteiligten sich 657 Klienten. Insgesamt waren etwa 800 Fragebögen ausgegeben worden. Die Fragebögen lagen im Erhebungszeitraum 8 Wochen lang in allen Beratungsstellen aus. In einem Begleitschreiben zu jedem Fragebogen wurden das Forschungsprojekt und der Zweck der Befragung vorgestellt und die Klienten um ihre Mitarbeit gebeten. Die Mitarbeiter der GBE hatten sich bereiterklärt, ihre Klienten auf die Fragebögen aufmerksam zu machen. Jedem Fragebogen war ein adressierter und frankierter Rückumschlag beigegeben, um den Befragten Gelegenheit zu geben, den Fragebogen auch zu Hause und in Ruhe ausfüllen zu können.

1) Der Klienten-Fragebogen ist im Materialband enthalten.

Tabelle 1: Altersstruktur

			Berliner Bevölkerung im Durchschnitt
unter 20	14	2,2 ‰	19,5 ‰
21 - 30	51	7,8 ‰	13,6 ‰
31 - 40	102	15,7 ‰	14,6 ‰
41 - 50	158	24,3 ‰	14,9 ‰
51 - 60	121	18,6 ‰	10,5 ‰
über 60	204	31,4 ‰	27,1 ‰

(keine Angabe = 7)

Die GBE wird von erwachsenen Klienten aller Altersgruppen in Anspruch genommen, der Schwerpunkt liegt aber bei älteren Klienten. Am stärksten ist (mit 31,4 %) die Gruppe der über 60jährigen. Ihr folgen die Gruppe der 41-50jährigen (24,3 %), die der 51-60jährigen (18,6 %) und die der 31-40jährigen (15,7 %). Bei nur 10 % liegt dagegen der Anteil der "jungen" Klienten (bis 30 Jahre). Es gibt also zwei Hauptgruppen unter den Teilnehmern, die der älteren (ab 60 Jahre) und das "Mittelalter" (41-50 Jahre). Ein Vergleich mit der Altersstruktur der Berliner Bevölkerung¹⁾ zeigt folgendes: Die Anteile der über 60jährigen sind bei GBE-Klienten und Berliner Bevölkerung etwa gleich groß (31,4 bzw. 27,1 %), ebenso bei den 31-40jährigen (15,7 bzw. 14,6 %). Auffällige Unterschiede finden sich bei den 41-50jährigen (24,3 bzw. 14,9 %), den

1) Als Quellen für die Vergleichszahlen wurden verschiedene Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Berlin herangezogen, insbesondere: "Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht, Familienstand und Beteiligung am Erwerbsleben in Berlin (West) April 1982, Ergebnisse des Mikrozensus", Berlin 1983, Bevölkerungsstichprobe 1970.

Zu bestimmten demographischen Merkmalen (Bildungsstand, Haushaltsgröße, Haushaltseinkommen etc.) liegen keine jährlich erhobenen und fortgeschriebenen Daten vor. Deshalb wird hier auf spezielle Erhebungen, die nun in größeren zeitlichen Abständen durchgeführt werden (wie den Mikrozensus) zurückgegriffen. Für einen Teil der Merkmale lagen überhaupt keine Vergleichszahlen über die Berliner Bevölkerung vor.

51-60jährigen (18,6 bzw. 10,5 %) und insbesondere bei den 21-30jährigen (7,8 bzw. 13,6 %) sowie den unter 20jährigen (2,2 bzw. 19,5 %). Die Gruppe der 41-50jährigen ist mithin nicht nur absolut, sondern auch relativ stark in der GBE vertreten, ebenso die der 51-60jährigen. Der insgesamt hohe Anteil Älterer entspricht der Berliner Altersstruktur. Die unter 20jährigen sind von einer Gesundheitsberatung für Erwachsene noch kaum angesprochen, die 21-30jährigen nur begrenzt.

Tabelle 2: Geschlecht

			Berliner Bevölkerung
Männer	96	14,7 %	45,5 %
Frauen	558	85,3 %	54,5 %

(keine Angabe = 3)

Die Angebote der GBE werden weit überwiegend von Frauen genutzt (85,3 %). Nur jeder siebte Klient ist ein Mann (14,7 %). Hier besteht im Verhältnis zur Berliner Bevölkerung ein deutlicher Unterschied. Frauen stellen in Berlin 54,5 %, Männer 45,5 % der Bevölkerung.

Tabelle 3: Familienstand

			Berliner Bevölkerung
ledig	108	16,5 %	37,4 %
verheiratet	362	55,3 %	43,1 %
geschieden	70	10,7 %	
verwitwet	115	17,5 %	zus. 19,6 %

(keine Angabe = 2)

Die Mehrzahl der Klienten der GBE (55,3 %) ist verheiratet, ein etwa gleich großer Teil ist verwitwet (17,5 %) oder ledig (16,5 %). 10,7 % sind geschieden. Ein Vergleich mit der Berliner Bevölkerung ist nur für die Gruppe der Verheirateten und Ledigen möglich. Während mehr als die Hälfte der GBE-Klienten verheiratet ist, sind dies nur 43,1 % der

Berliner. Umgekehrt finden sich 16,4 % Ledige unter den Klienten der GBE gegenüber 37,4 % in der Gesamtbevölkerung. Beides ist Folge der unterschiedlichen Altersstruktur.

Tabelle 4: Schulbildung

Kein Abschluß	25	3,9 %
Hauptschule	283	43,8 %
Realschule	211	32,7 %
Abitur	75	11,6 %
Hochschule	52	8,0 %

(keine Angabe = 11)

In bezug auf den Bildungsstand lassen sich die Klienten der GBE in drei signifikante Gruppen aufteilen. Der relativ größte Teil (43,8 %) hat einen Hauptschulabschluß, 32,7 % haben den Abschluß einer Realschule. 19,6 % der Klienten haben das Abitur (11,6 %) bzw. einen Hochschulabschluß (8,0 %). Vergleichszahlen über die entsprechenden Anteile in der Berliner Bevölkerung zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen nicht vor.

Tabelle 5: Größe des Haushalts

			Berlin
1 Person	207	32,5 %	44,2 %
2 Personen	237	37,3 %	30,0 %
3 Personen	87	13,7 %	14,9 %
4 Personen	85	13,4 %	7,5 %
5 und mehr Personen	20	3,1 %	3,4 %

(keine Angaben = 21)

Eine Bevölkerungsstichprobe aus dem Jahre 1970 weist aus, daß Einpersonenhaushalte einen sehr großen Anteil in der Berliner Bevölkerung ausmachen (44,2 %). Dieser Anteil ist praktisch genau so groß wie der von

Zwei- und Dreipersonenhaushalten zusammengenommen (44,9 %). Zweipersonenhaushalte stellen ein Drittel (30 %), Dreipersonenhaushalte nur ein Siebtel (14,9 %) der Gesamtbevölkerung von Berlin. Haushalte, die 4 und mehr Personen umfassen, machen zusammengenommen 10,9 % aus. Unter den Klienten der GBE leben dagegen nur 32,5 % in Einpersonenhaushalten, d.h. wesentlich weniger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Zweipersonenhaushalte sind etwas stärker (37,3 %), Dreipersonenhaushalte etwas schwächer (13,7 %), vier und mehr Personen umfassende Haushalte wesentlich stärker (16,5 vs. 10,9 %) unter den GBE-Klienten vertreten. Insgesamt sind also unter den Klienten wesentlich weniger Alleinstehende und wesentlich mehr Personen, die in größeren Haushalten leben, zu finden als in der Berliner Bevölkerung.

Tabelle 6: Monatliches Einkommen des Haushalts

unter 1000 DM	68	12,0 %
1000 - 2000 DM	168	29,5 %
über 2000 DM	333	58,5 %

(keine Angaben = 88)

Die Klienten der GBE verfügen zu 58,5 % über ein Haushaltseinkommen von mehr als 2.000 DM. 29,5 % haben zwischen 1.000 und 2.000 DM zur Verfügung, und nur 12,0 % ein Haushaltseinkommen von unter 1.000 DM. Ein Vergleich mit dem Haushaltseinkommen der Berliner Bevölkerung war nicht möglich. Es lagen nur Statistiken über die Einkommen von Einzelpersonen vor. Das Ergebnis der Befragung bei den Klienten der GBE zeigt jedenfalls, daß nur eine relativ kleine Gruppe ein wirklich geringes Einkommen zur Verfügung hat.

Die Klienten der GBE wurden auch nach ihrem Beruf gefragt. Dabei sollte insbesondere ermittelt werden, wieviele noch oder nicht mehr im Berufsleben stehen ("Aktivbürgerschaft" oder ältere Bürger als Zielgruppe der GBE). Der Sinn einer solchen Unterscheidung hat den Befragten offenbar nicht eingeleuchtet. Die meisten haben lediglich die

Frage nach dem erlernten Beruf beantwortet. Die Auswertung beschränkt sich deshalb hierauf.

Tabelle 7: Berufliche Bildung

Ohne Berufsausbildung	76	12,9 %
Lehrberufe	454	77,1 %
Akademiker	51	8,7 %
Nicht zuzuordnen	8	1,3 %

(keine Angaben = 68)

Unter den Klienten der GBE überwiegen bei weitem diejenigen, die Lehrberufe erlernt haben (77,1 %). Der Anteil der Klienten ohne Berufsausbildung beträgt 12,9 %, der Anteil der Akademiker 8,7 %. 1,3 % der Antworten waren aufgrund unklarer Angaben hier nicht zuzuordnen.

Betrachtet man die berufliche Bildung nach inhaltlichen Bereichen (siehe Tabelle 8), so ergibt sich folgendes Bild: 40,1 % sind Klienten mit Berufen im produzierenden und dienstleistenden gewerblichen Sektor, 34,2 % im kaufmännischen. Im Gesundheitswesen arbeiten 11,9 %, ein relativ hoher Anteil, der darauf hindeutet, daß etliche Klienten schon von ihrer eigenen Arbeit her eine Affinität zu Gesundheitsfragen haben. In sozialen Berufen sind 2,0 %, in pädagogischen 6,0 %, in der Wissenschaft (Lehre und Forschung) 2,9 % tätig.

Tabelle 8: Bereiche beruflicher Bildung (Branchen)

Gewerbe			
produzierend	50		
dienstleistend	155	205	40,1 %
Kaufmännischer Bereich		175	34,2 %
Gesundheitswesen		61	11,9 %
Soziales		10	2,0 %
Pädagogik		31	6,0 %
Öffentlicher Dienst		15	2,9 %
Wissenschaft		14	2,9 %

(keine Angaben = 146)

Die Klienten der GBE haben mithin ein mittleres Niveau schulischer (Haupt- und Mittelschulabschluß) und beruflicher (Lehrberufe) Bildung. Es besteht keine besondere Tendenz zu bestimmten Bereichen mit Ausnahme einer etwas stärkeren Repräsentanz von Gesundheitsberufen.

Der Gesundheitszustand der Klienten der GBE wurde auf zweierlei Weise erfragt.

Zum einen wurden die Klienten nach ihrem körperlichen und seelischen Befinden (siehe Tabelle 9) befragt. Diese Frage bezog sich auf die subjektive Wahrnehmung und Bewertung eigener somatischer wie psychischer Befindlichkeit. Die Mehrzahl der Klienten (57,7 %) nannte ihr körperliches Befinden "mittel"(mäßig), also durchschnittlich. Ein gutes Drittel (35,2 %) bezeichnete seinen körperlichen Zustand als "gut", nur 7,0 % als "schlecht". Im Bereich seelischen Befindens ergaben sich ähnliche Werte: Die Mehrheit (46,9 %) antwortete "mittel", ein nahezu gleich großer Anteil (42,4 %) antwortete "gut", 10,6 % "schlecht".

Zum anderen wurden die Klienten gefragt, ob sie derzeit wegen bestimmter gesundheitlicher Beschwerden und Erkrankungen in ärztlicher Behandlung seien (siehe Tabelle 10). Diese Frage sollte neben den subjektiven auch objektive Angaben zum Gesundheitszustand erbringen. Die Antworten zeitigten zum Teil beträchtliche Differenzen zwischen dem körperlichen und seelischen Befinden und den Symptomen oder Erkrankungen, die behandelt werden.

Tabelle 9: Gesundheitliches Befinden

	Körperliches Befinden		Seelisches Befinden	
Gut	226	35,2 %	272	42,4 %
Mittel	370	57,7 %	301	46,9 %
Schlecht	45	7,0 %	68	10,6 %

(keine Angaben = 16)

Tabelle 10: Erkrankungen, deretwegen die Befragten in Behandlung sind

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	206	31,4 %
Abnutzung des Bewegungsapparates	95	14,5 %
Rheumatischer Formenkreis	73	11,1 %
Internistische Krankheiten	68	10,4 %
Diabetes	42	6,4 %
Psychosomatische Erkrankungen ^{x)}	39	5,9 %
Psychische Erkrankungen	30	4,6 %
Neurologische Erkrankungen	28	4,3 %
Urologische Erkrankungen	15	2,3 %
Augen-Erkrankungen	15	2,3 %
Krebs und Krebsfolgen	11	1,7 %
Gynäkologische Erkrankungen	9	1,3 %
Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	7	1,1 %
Andere, nicht näher zuordenbare Erkrankungen	5	0,8 %

x) hierunter wurden die als psychosomatische Erkrankungen geltenden "klassischen" Krankheitsbilder gefaßt: Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Ulcus, aber auch (allergische) Hauterkrankungen u.ä.

Die Angaben der Klienten wurden 13 Krankheitsgruppen zugeordnet.¹⁾ Die höchsten Anteile der Nennungen entfielen auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (31,4 %).²⁾ Es folgen Erkrankungen degenerativer Art (14,5 %), des rheumatischen Formenkreises (11,1 %) sowie innere Erkrankungen (10,4 %). Unter 10 % liegen Diabetes (6,4 %), psychoso-

1) Die Aufstellung beruht nicht auf einer validen und reliablen medizinischen Diagnose (zum Beispiel anhand der Kategorien der ICD). Es war nicht möglich, die Krankheitsangaben der Klienten auf ihren Sachgehalt hin zu überprüfen. Vielmehr wurden sie nach den alltagsweltlichen Bezeichnungen der Befragten "codiert". So steht für die koronaren Erkrankungen eine Fülle von Laienbezeichnungen oder -diagnosen wie "Herz, Altersherz, Herzbeschwerden, Herz-Kreislauf, Kreislaufstörung, Herzrasen, Herzschwäche" etc.

2) Da Mehrfachnennungen der Befragten die Regel waren, wird der Prozentuierung die Zahl der Nennungen und nicht die Zahl der Antworten zugrunde gelegt.

matische Beschwerden und Erkrankungen (5,9 %), psychische (4,6 %) und neurologische Erkrankungen (4,3 %); nur etwa 2 % oder weniger wurden gynäkologische, urologische, HNO-, Augenerkrankungen sowie Krebs und Krebsfolgen genannt.

Die zahlreichen Nennungen von in Behandlung befindlichen Symptomen oder Erkrankungen sind im Kontext von Gesundheitsberatung bemerkenswert.¹⁾ Trotz zahlreicher Beschwerden und Erkrankungen bewerten die Klienten der GBE ihren Gesundheitszustand aber überwiegend positiv. Die Gesundheitsberatung wird von ihren Klienten offenbar nicht als eine Einrichtung zur Behandlung begriffen. Die Behandlung körperlicher Erkrankungen erfolgt andernorts - in der Regel beim niedergelassenen Arzt. Die GBE dagegen wird als Einrichtung perzipiert, die eher mit dem Erleben und Allgemeinbefinden befaßt ist, unabhängig davon, ob der Klient körperlich krank ist oder nicht.

Um die eigenen gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Klienten selbst in Erfahrung zu bringen, wurde gefragt, was der einzelne für seine Gesundheit tue (siehe Tabelle 11). Die Frage wurde bewußt so offen gestellt, um zu ermitteln, wie weit die Definition dessen geht, was von den Klienten als "gesundheitsbezogen", "gesundheitsförderlich" oder "gesundheitsrelevant" bezeichnet wird. Gesundheitlich aktiv sind 89,3 %, passiv dagegen nur 10,7 % der Befragten (letztere antworten "bin passiv", "tue nichts" etc.). Die Antworten der "gesundheitlich Aktiven" lassen sich zunächst einteilen in solche, die auf einen "Leidensdruck" der Klienten hindeuten, und solche, die den Wunsch der Förderung des körperlichen Wohlbefindens anzeigen. Weiter lassen sich solche Aktivitäten unterscheiden, die stärker lustbetont sind (sinnliche Komponente) und solche, die stärker auf Leistung zielen (siehe Schema 1).

1) Aus der (spärlichen) sozialepidemiologischen Literatur ist jedoch bekannt, daß die Berliner Bevölkerung überhaupt in bezug auf die Häufigkeit von Krankheiten, die Inanspruchnahme von ärztlich-medizinischen Leistungen, die Arbeitsunfähigkeitstage durch Krankheit und die Krankenhaushäufigkeit deutlich über dem Durchschnitt der Bundesrepublik liegt. Dieses Faktum ist bislang nicht schlüssig erklärt worden. Daß Berlin einen relativ hohen Anteil von alten Bürgern hat, kommt hinzu.

Tabelle 11: "Was tun Sie für Ihre Gesundheit?"

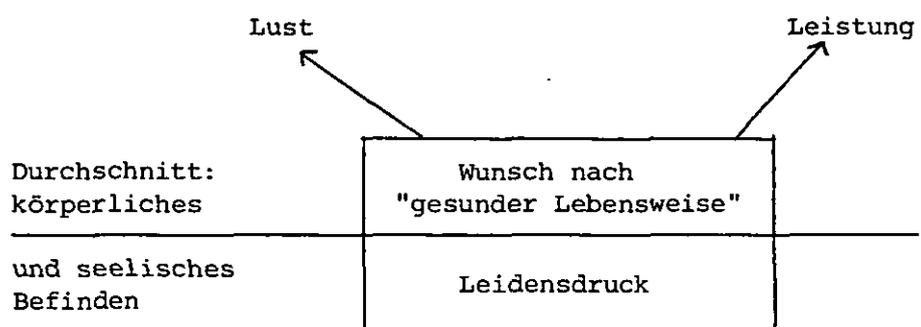
1. SPORT, GYMNASTIK, BEWEGUNG auch Radfahren, Schwimmen, Turnen etc.	369	40,1 %
2. GESUND LEBEN gesunde Lebensweise praktizieren = ein gemäßig- tes Leben führen, Verzicht auf Medikamente und Suchtmittel, viel Schlaf, viel Ruhe, gesunde Er- nährung (bestimmte Formen von Diät) etc.	211	22,9 %
3. SINNLICHE (KÖRPER-) ERFAHRUNG Atemübungen, Ballett, Sauna, Spaziergehen, Yoga etc.	139	15,1 %
4. NICHT NÄHER KLASSIFIZIERBARE AKTIVITÄTEN mit zum Teil paradoxen oder auch gesünderer Le- bensweise entgegenstehenden Praktiken (wie "gera- de schädigendes tun")	55	6,0 %
5. INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN Arztbesuch, Einnahme von Medikamenten, Spritzen, Förderung von compliance	53	5,8 %
6. INANSPRUCHNAHME VON (IM WEITESTEN SINNE) PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ANGEBOTEN	38	4,1 %
7. NUTZUNG PARAMEDIZINISCHER ANGEBOTE Fangopackungen, Massagen, Kuren, Nachsorgemaß- nahmen, auch Selbsthilfegruppen	32	3,5 %
8. "TEILNAHME AN AKTIVITÄTEN DER GBE"	15	1,6 %
9. KÖRPERPFLEGE UND -HYGIENE	8	0,9 %

Es gibt allerdings Aktivitäten, die sich nicht eindeutig nur als leistungs-
bezogen oder lustbezogen kategorisieren lassen. Dies gilt z.B. für die
eher unkonturierte Bezeichnung "gesunde Lebensweise", die vieles mei-
nen kann: ein gemäßigtes Leben frei von Exzessen, gesunde Ernährung,
viel Schlaf, Wandern, Spaziergehen in frischer Luft, den Verzicht auf
Suchtmittel jeglicher Art, aber auch das Lernen und Praktizieren des
Autogenen Trainings, von Yoga oder die Inanspruchnahme paramedizini-
scher Angebote. Dies legt den Schluß nahe, daß diese Befragten zum
Teil einen weiteren Gesundheitsbegriff haben als er herkömmlicherweise
im Gesundheitssystem in Abgrenzung von Erkrankungen oder Krankheit

Anwendung findet. Darin liegen Ähnlichkeiten zur Definition von Gesundheit durch die WHO, die auf somatisches, psychisches und soziales Wohlbefinden abstellt. Dies ist insbesondere in bezug auf die präventive Funktion, die die Klienten ihren Aktivitäten zuschreiben, zu beachten.

Schema 1¹⁾

+ Bereich



- Bereich

Bei der Auswertung werden mehrere Nennungen zu einer Kategorie stets als eine Nennung gezählt (Teilnahme an Gymnastik, Schwimmen und Turnen - die relativ häufig genannt wurde - zählt nur einmal in der Kategorie "Gymnastik", wer angab, er rauche nicht, esse weniger, ernähre sich gesund, dessen Antwort zählte einmal in der Kategorie "gesunde Lebensweise").

1) Die hier vorgenommene Differenzierung in Plus- und Minusbereiche des Befindens und Lust-/Leistungsziele gesundheitsfördernder Aktivitäten ist lediglich analytisch zu verstehen. Empirisch besteht im Einzelfall immer eine komplexe Verbindung aus verschiedenen Interessen an der Förderung des leib-seelischen Wohlbefindens (Gesundheit) und Motiven des Leidensdrucks. Eben dies ist Voraussetzung der Interpretation der Ergebnisse bei der Auswertung der Fragen 10 und 11 in einem gemeinsamen Bedeutungszusammenhang.

Unter den gesundheitsbezogenen Aktivitäten stehen Sport, Gymnastik und Bewegung an erster Stelle (40,1 %). Ihnen folgen Aktivitäten zur Förderung von "gesunder Lebensweise" mit fast einem Viertel der Nennungen (22,9 %). An dritter Stelle stehen Aktivitäten, die auf sinnliche (Körper-) Erfahrung zielen (15,1 %). Es folgen die Nutzung medizinischer (5,8 %) und paramedizinischer Angebote (3,5 %), die Inanspruchnahme von (im weitesten Sinne) psychotherapeutischen Angeboten (4,1 %), die Teilnahme an Aktivitäten der GBE (1,6 %) sowie Körperpflege und -hygiene (0,9 %). Den Antworten ist zu entnehmen, daß die Teilnahme an Aktivitäten der GBE nur einen kleinen Teil dessen darstellt, was die Befragten für ihre Gesundheit tun.

Mit der Frage "Wie haben Sie von der GBE erfahren?" sollte herausgefunden werden, a) wie die Klienten zur GBE gekommen sind, b) wie die GBE selbst auf ihre Tätigkeit aufmerksam macht, und c) auf welche Weise sich Publizität für eine relativ neue Institution des öGD herstellt.

Tabelle 12: Wie haben Sie von der GBE erfahren?

1. Presse (Tageszeitung, Stadtteilzeitung, Anzeigenblatt etc.)	183	30,6 %
2. Bekannte, Freunde, Verwandte und andere Personen	144	24,1 %
3. Angebote der GBE-Stellen (Anzeigen, Handzettel, Broschüren, Infostand, Beratung, Vortrag, Ausstellung etc.)	83	13,9 %
4. Informationen in der Arztpraxis	48	8,0 %
5. Öffentlicher Dienst (Aushang oder Information im Bezirksamt, Rathaus etc.)	39	6,5 %
6. öGD (Aushang, Auskunft, Broschüre etc. im Gesundheitsamt)	34	5,7 %
7. Rundfunk und Fernsehen	19	3,2 %
8. Unterschiedliche Personen und Institutionen (Angehörige paramedizinischer Berufe, Volkshochschule, Schule, freie Gruppen)	18	3,0 %
9. Krankenhaus (Personal)	15	2,5 %
10. Arbeitsplatz, Studium, Dienst	15	2,5 %

Etwa ein Drittel der Befragten (30,6 %) hat durch Printmedien (vor allem die Tageszeitungen) von der GBE erfahren, ein Viertel (24,1 %) durch "Mund-zu-Mund-Propaganda" von Bekannten, Freunden, Verwandten. An dritter Stelle stehen Formen der Veröffentlichung durch die GBE selbst - Zeitungsanzeigen und -meldungen, Broschüren, Handzettel, Plakate, aber auch Informationsstand, Beratung, Vortrag oder Telefonauskunft. Weniger als 10 % der Antworten entfallen auf Informationen im Wartezimmer von niedergelassenen Ärzten (8,0 %), in Institutionen des öffentlichen Dienstes, d.h. des Bezirksamtes (6,5 %) oder des öGD (5,7 %). Die geringste Rolle für die Publizität spielen die elektronischen Medien Rundfunk und Fernsehen (3,2 %), Informationen durch Personen oder Institutionen, die nicht näher zuzuordnen sind (3,0 %), Krankenhauspersonal und Personen am Arbeitsplatz, im Studium, im Dienst (beide je 2,5 %).

Diese Ergebnisse zeigen, daß es den Berliner Gesundheitsberatungsstellen offenbar schon in der kurzen Zeit ihres Bestehens gelungen ist, sich bekannt zu machen. Rund ein Drittel der Klienten (35,1 %) kommt in die GBE aufgrund von Empfehlungen (Kategorien 2, 4, 8), 45,3 % über Informationen aus verschiedenen Quellen (Kategorien 1, 5, 7, 9, 10). Ein Fünftel der Klienten (19,6 %) erfährt über die GBE aus deren eigenen Informationen bzw. denen des Gesundheitsamtes (Kategorien 3 und 6).

Die Kenntnis über Existenz, Tätigkeit und Angebote der GBE verbreitet sich in einem nicht unwesentlichen Ausmaß auch über mündliche Mitteilungen und Empfehlungen.

Die Antworten auf die Frage nach dem Anlaß zur Teilnahme an Angeboten der GBE wurden in größere Kategorien eingeteilt und dann intern weiter differenziert (Tabelle 13). Die Antworten zeigen, daß es bei den Anlässen der Klienten zur Teilnahme an den Angeboten ein Kontinuum gibt, das von Krankheiten bzw. dem Umgang mit Krankheiten und deren Folgen über körperliche Beschwerden, Störungen und Mißbefindlichkeiten bis zum Interesse und zu Wünschen nach Verbesserung des Körpergefühls, der Beweglichkeit und der körperlichen fitness, der Persönlichkeitsentwicklung und der gesundheitsbezogenen Information und Fortbildung reicht.

Tabelle 13: Anlaß zur Teilnahme an Angeboten der GBE

A	KÖRPERLICHE UND PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGEN BZW. ERKRANKUNGEN	31,9 %
	1. Chronische oder schwere akute Erkrankung, Probleme des Umgangs mit dieser Erkrankung	16,0 %
	2. Starke körperliche Beschwerden und psychosomatische Erkrankungen	5,1 %
	3. Diffuse körperliche Beschwerden und Mißbefindlichkeiten	12,8 %
B	PSYCHISCHE UND GEISTIGE PROBLEME, KRISEN UND ERKRANKUNGEN	16,1 %
	4. Psychische Erkrankungen und Beschwerden (exemplarisch: Depressionen)	3,8 %
	5. Andere mentale Probleme (exemplarisch: Nachlassen des Gedächtnisses)	5,1 %
	6. Psychosoziale Probleme und Krisen, "Life Events"	7,2 %
C	RISIKOVERHALTEN	30,6 %
	7. Übergewicht	24,6 %
	8. Rauchen	4,5 %
	9. Bewegungsarmut	1,5 %
D	ENTWICKLUNG VON KÖRPER, PERSÖNLICHKEIT UND SOZIALEN KONTAKTEN	18,8 %
	10. Verbesserung des Gesundheitszustandes im physischen Sinne (fitness)	6,7 %
	11. Verbesserung des Körpergefühls und des (körperlichen) Wohlbefindens	4,2 %
	12. Unterhaltung, Kontakte, Entwicklung der Persönlichkeit	3,3 %
	13. Andere Antworten - exemplarisch "Interesse an ..."	4,6 %
E	INFORMATION, FORTBILDUNG	2,6 %
	14. Information über Gesundheitsfragen	1,8 %
	15. Berufliche Fortbildung	0,6 %

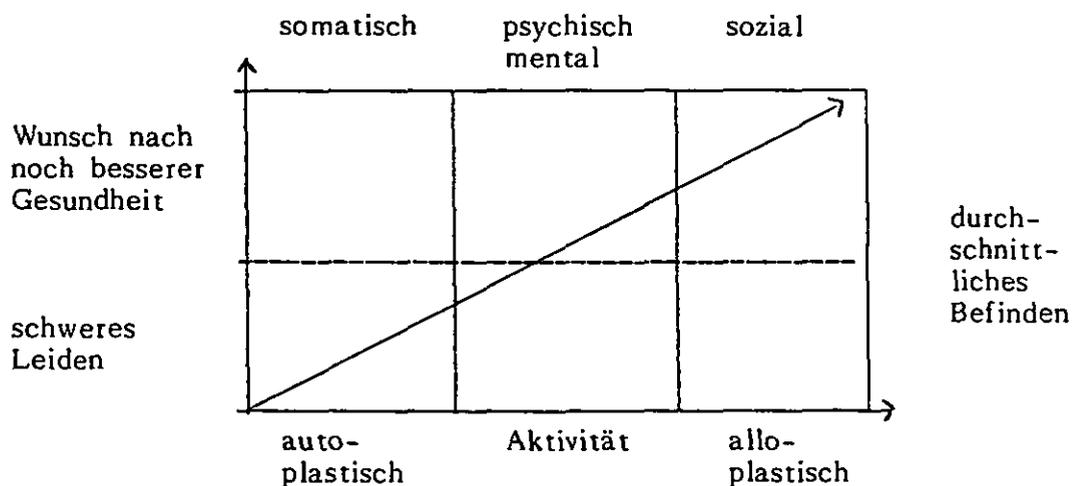
Etwa ein Drittel (31,9 %) der Teilnehmer nennt als Anlaß überwiegend gravierende körperliche Störungen bzw. Erkrankungen. Um welche Erkrankungen es sich im einzelnen handelt, kann in etwa Tabelle 10 entnommen werden, die zeigt, wegen welcher Erkrankungen die Befragten in Behandlung sind. Ein weiteres Drittel (30,6 %) nennt gesundheitliches Risikoverhalten bzw. das Bestehen von "Risikofaktoren" als Anlaß. Bemerkenswert ist hier, daß allein der "Risikofaktor" Übergewicht ein Viertel der Gesamtzahl (24,6 %) der Nennungen ausmacht, d.h., jeder vierte Teilnehmer oder genauer gesagt, jede vierte Teilnehmerin kommt wegen Übergewicht zur Gesundheitsberatung. Ein Sechstel (16,1 %) der Klienten nennt psychische und geistige Probleme als Anlaß zur Teilnahme. Zusammengenommen kommen ca. vier Fünftel (78,6 %) der Klienten wegen körperlicher, seelischer oder ihr Gesundheitsverhalten betreffender Probleme, also aus einem gewissen Leidensdruck heraus in die Gesundheitsberatung. 21,4 % der Teilnehmer nennen dagegen Anlässe, die auf eine Motivation nicht durch Leidensdruck, sondern durch den Wunsch nach einem in gesundheitlicher Hinsicht besseren Leben schließen lassen. Etwa die Hälfte dieser Gruppe nennt körperbezogene, die andere Hälfte seelische, geistige oder soziale Interessen.

Diese Ergebnisse erhellen das oben genannte Schema 1, in dem im wesentlichen zwischen Leidensdruck und Wunsch nach einer gesunden Lebensweise (bzw. einem gesundheitlich besseren Leben) als Motiv gesundheitsfördernder Aktivitäten unterschieden wird (siehe oben, S.). Ausgehend von den Antworten auf die Frage 13 nach den Anlässen zur Teilnahme kann dieses Schema nach Bereichen der Befindlichkeit weiter differenziert werden. Es handelt sich um einen somatischen, psychisch-mental und sozialen Bereich des Befindens und Erlebens (siehe Schema 2).

Dieses Schema enthält zwei Koordinaten: Die vertikale wie in Schema 1, die ein Kontinuum zwischen schwerem Leiden und guter Gesundheit darstellt, in dessen angenommener Mitte das durchschnittliche körperliche und seelische Befinden angesetzt wird, und die horizontale vom Somatischen über das Psychisch-Mentale zum Sozialen. Motivationspsychologisch gesehen kann eine Entwicklung von durch Leidensdruck motiviertem zu vom Wunsch nach besserer Gesundheit getragenen Gesundheitsverhalten,

das nicht nur körperbezogene, sondern auch seelische, geistige und soziale Gründe bzw. Ziele hat, als Entwicklung von einem "autoplastischen" zu einem "alloplastischen" Lebensstil gesehen werden. Während "autoplastische" Konfliktlösungsmuster als "selbstschädigende Anpassung" (HORN et al. 1984) körperliches oder seelisches Leiden als "Preis" der sozialen Integration fordern, ist "alloplastisches" soziales Handeln dadurch charakterisiert, daß es zur Bewältigung innerer und äußerer Konflikte gestaltend auf die eigene innere Realität und die soziale Umwelt einwirkt.¹⁾

Schema 2



Die Antworten auf die Frage nach der Teilnahme an Kursangeboten wurden nach den oben genannten inhaltlichen Bereichen (Kommunikation, Bewegung, Ernährung, Mißbrauch/Sucht, Erkrankung, Allgemeine Gesundheitsfragen)²⁾ aufgeschlüsselt. Auf den Bereich Kommunikation entfallen 32,0 % der Nennungen, auf Bewegung 31,0 %, auf Ernährungsangebote 26,2 %. Die Bereiche Mißbrauch/Sucht (6,6 %), Erkrankung (2,8 %) und allgemeine Gesundheitsfragen (1,4 %) liegen deutlich unter 10 %. Im Be-

- 1) Vgl. ausführlich MITSCHERLICH 1970, OVERBECK/OVERBECK 1978, HORN/BEIER/WOLF 1983, HORN/BEIER/KRAFT-KRUMM 1984.
- 2) Im Bereich "Multiplikatoren" finden keine Kursangebote für Klienten statt, die Antworten betreffs Aktivitäten für Ältere wurden den inhaltlichen Bereichen 1-6 zugeordnet.

reich Kommunikation ist das Autogene Training das am besten besuchte Angebot (20,9 %), im Bereich Bewegung gilt dies für die Gymnastik (24,8 %); Atem und Bewegung (4,8 %) wird nur in einer Stelle angeboten. Im Bereich Ernährung sind die Abnahme- und Diätgruppen das meistgefragte Angebot (22,9 %), im Bereich Mißbrauch/Sucht wird überhaupt nur ein Angebot, das Nichtrauchertraining (6,6 %) genannt.

Tabelle 14: Teilnahme an Kursangeboten der GBE¹⁾

1. KOMMUNIKATION (208)			32,0 %
Autogenes Training	136	20,9 %	
Gedächtnis-/Denktraining	46	7,9 %	
Gruppe "Schlafstörungen"	19	2,9 %	
Andere: vor allem Entspannungs- training	7	1,1 %	
2. BEWEGUNG (201)			31,0 %
Gymnastik	161	24,8 %	
Atem und Bewegung	31	4,8 %	
Wanderungen, Lauftreffs etc.	9	1,4 %	
3. ERNÄHRUNG (170)			26,2 %
Abnahme- und Diätgruppen	149	22,9 %	
Kochkurs/Ernährungskurs	14	2,2 %	
Magersuchtgruppe	7	1,1 %	
4. MIßBRAUCH/SUCHT	43	6,6 %	6,6 %
5. ERKRANKUNG (18)			2,8 %
Diabetikerschulung	10	1,5 %	
Zöliakie- und Spruekranke	4	0,6 %	
Hochdruckpatienten u.a.	4	0,6 %	
6. ALLGEMEINE GESUNDHEITSPRAGEN	9	1,4 %	1,4 %

1) Die Angaben zu den Kursangeboten sind unter folgenden Einschränkungen zu sehen: Nicht alle Klienten, die zu einem bestimmten Zeitraum an Aktivitäten der GBE teilnahmen, haben geantwortet. Die Angaben zeigen deshalb nicht, in welchem Umfang und welcher Zeit wieviele Klienten tatsächlich an Aktivitäten teilgenommen haben, sondern sind lediglich (mit Einschränkungen) repräsentativ. Die Teilnehmer bestimmter Aktivitäten (exemplarisch: Hausbesuch, aber auch externe Gymnastik, Wanderungen etc.) sind mit dem Fragebogen nicht erreicht worden. Auch gilt für die Beantwortung der Frage nach der Teilnahme an Kursangeboten, daß viele Mehrfachnennungen vorkamen.

Tabelle 15: Was hat Ihnen die Teilnahme an Angeboten der GBE gebracht? 1)

A	BESSERUNG KÖRPERLICHER UND PSYCHOSOMATISCHER ERKRANKUNGEN			12,2 %
	1. Besserer Umgang mit chronischer Erkrankung bzw. den Folgen schwerer akuter Erkrankung	70	8,0 %	
	2. Linderung oder Besserung psychosomatischer Erkrankungen, körperlicher Beschwerden oder Mißbefindlichkeiten	37	4,2 %	
B	BESSERUNG BEI PSYCHISCHEN UND GEISTIGEN PROBLEMEN, KRISEN UND ERKRANKUNGEN			0,9 %
	3. Besserung psychischer Erkrankungen oder Beschwerden	8	0,9 %	
C	VERÄNDERUNG IN RISIKOVERHALTEN			28,1 %
	4. Abnahme oder veränderte Ernährungsweise	163	18,7 %	
	5. Reduzierung oder Abgewöhnung des Rauchens oder Teilnahme an einem Kurs	28	3,2 %	
	6. Verbesserung der Beweglichkeit	54	6,2 %	
D	ENTWICKLUNG VON KÖRPER, PERSÖNLICHKEIT UND SOZIALEN KONTAKTEN			45,9 %
	7. Kontakte, Bekanntschaften hergestellt	82	9,4 %	
	8. Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne von fitness	22	2,5 %	
	9. Verbesserung von Körpergefühl, Wohlbefinden (auch Ruhe, Ausgeglichenheit)	97	11,1 %	
	10. Entwicklung und Bereicherung der Persönlichkeit (auch Lockerung, Anregung und Erkennen von Problemen)	140	16,1 %	
	11. Positive, nicht näher bezeichnete Wirkung	59	6,8 %	
E	INFORMATION, FORTBILDUNG			6,2 %
	12. Wissen und Information verbessert	46	5,3 %	
	13. Fortbildung (Qualifikation)	8	0,9 %	
F	NEGATIVE NENNUNGEN			6,4 %
	Wenig, nichts gebracht, weiß nicht, skeptisch	56	6,4 %	

- 1) Um die Antworten der Klienten möglichst vollständig zu erfassen, wurden sie in mehreren Schritten ausgewertet. Zunächst wurden die "Klartext"-Antworten auf eine Systematisierbarkeit hin durchgesehen, anschließend wurden 14 Kategorien gebildet, anhand derer sämtliche Antworten ausgezählt wurden. Auch hier waren Mehrfachnennungen der Befragten die Regel (N = 870).

Die meisten positiven Antworten (45,9 %) auf die Frage, was die Teilnahme an Angeboten der GBE den Klienten gebracht habe, beziehen sich auf die Entwicklung von Körper, Persönlichkeit und sozialen Kontakten (Entwicklung und Bereicherung der Persönlichkeit: 16,1 %, Verbesserung des Körpergefühls und körperlichen Wohlbefindens: 11,1 % sowie Verbesserung kommunikativ-sozialer Fähigkeiten: Schließen von Freundschaften, Anknüpfen von Kontakten mit 9,4 %).

Nimmt man die Angaben "Verbesserung von Wissen und Information" sowie "Fortbildung, Qualifikation" mit zusammen 6,2 % dazu, interpretieren über die Hälfte der Befragten (52,1 %) die Ergebnisse ihrer Teilnahme als Beitrag zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise. Über ein Viertel (28,1 %) der Befragten nennt Veränderungen des gesundheitlichen Risikoverhaltens, 12,2 % die Besserung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen und (nur 0,9 %) die Besserung bei psychischen und geistigen Problemen, Krisen und Erkrankungen - wobei anzunehmen ist, daß in den Antworten, die eine Entwicklung der Persönlichkeit angeben, auch solche auf diese Frage in positiver Wandlung enthalten sind.

Vergleicht man die Antworten auf die Frage nach dem Anlaß (Frage 13) und der Wirkung (Frage 15), so ist insgesamt bei den Wirkungen ein deutlich geringeres Betonen körperlicher Beschwerden, Erkrankungen, Symptome etc. als bei den Anlässen festzustellen. Offenbar erfolgt im Bewußtsein der Klienten im Laufe ihrer Teilnahme ein "Aufweichen" verfestigter, somatisch orientierter Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zugunsten von mehr seelisch und sozial vermittelten und auf die Entwicklung der Persönlichkeit bezogenen Vorstellungen. Der Vergleich zwischen den Tabellen 13 und 15 zeigt deutlich eine durch die Teilnahme an den GBE-Angeboten bewirkte Entwicklung der Perzeption gesundheitlicher Probleme und des Umgangs mit ihnen in Richtung auf ein "alloplastisches" Muster gesundheitsfördernden Handelns (siehe oben Schema 2).

Der Vergleich der beiden Tabellen im einzelnen zeigt, daß sich die genannte inhaltliche Tendenz, die von vornherein gar nicht erwartet wurde, sondern erst bei der Auswertung des Datenmaterials zutage trat, auch quantitativ deutlich ausprägt. So machen beispielsweise schwere körper-

liche Beschwerden bei den Anlässen zur Teilnahme 31,9 % aus, bei den Wirkungen wird aber nur von 12,2 % der Befragten auf sie Bezug genommen. War demgegenüber die Entwicklung von Körper, Persönlichkeit und sozialen Kontakten zu 18,8 % Anlaß, so wird bei den Wirkungen zu 45,9 % auf sie rekuriert. Diese Gewichtsverlagerung kann nicht Ausdruck der Tatsache sein, daß die GBE bei gravierenden Beschwerden einfach versagt - lediglich 6,4 % der Klienten konstatieren, die Teilnahme an Angeboten der GBE hätte ihnen nichts oder eine Verschlechterung gebracht. Er zeigt vielmehr, daß die GBE ganz überwiegend nicht als Einrichtung zur Behandlung, sondern zur Beratung in der Perspektive der Gesundheitsförderung i.e. der Besserung von Befindlichkeitsstörungen und der Förderung und Verbesserung des seelischen und körperlichen Wohlbefindens und seiner Weiterentwicklung auch in geistig-intellektueller Hinsicht wahrgenommen wird.

5.2 Klienteninterviews

In Ergänzung der Klientenbefragung wurden zum Erschließen latenter Deutungsmuster und damit einer möglichen Substantiierung der in der Klientenbefragung erhobenen Einstellungen zehn Interviews mit ausgewählten Klienten der GBE durchgeführt. Die Auswertungskriterien (Alter, Geschlecht, Schulabschluß, Familienstand sowie Haushaltsgröße) sollten bei den zehn Interviewten ungefähr dem Durchschnitt der Klienten entsprechen, um so zu Interviews mit "typischen" Klienten zu kommen. Nun ist "typisch" bei einer solchen Zusammenstellung der Auswahl nicht unbedingt der richtige Ausdruck. Repräsentativität kann die Auswahl aber - wegen der kleinen Zahl und ihrer schlichten Konstruktion - auch nicht beanspruchen. "Typisch" ist sie insofern, als sie sich mit einer Typologie der Klienten deckt, die anhand der oben genannten fünf Kriterien aus Eindrücken der Mitarbeiter der GBE und der Forscher selbst erstellt wurde. Sie ergab im wesentlichen - bis auf Randtypen und Doppelbesetzungen - dieselben Kliententypen wie die statistische Konstruktion.

Danach ergab sich folgendes Schema, an dem sich die Auswahl der Interviewten orientiert hat:

Typologie der Klienten der Gesundheitsberatung

Mann	40-50	verheiratet	2	Abitur/Studium
Frau	unter 30	ledig	1	"
Frau	30-40	verheiratet	3-4	Haupt-/Realschule
Frau	40-50	"	3-4	"
Frau	50-60	"	3-4	"
Frau	30-40	"	2	"
Frau	50-60	"	2	"
Frau	über 60	gesch./verw.	1	"
Frau/Mann	über 70	"	1	"
Frau	über 60	verheiratet	2	"

Diese Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung folgte im wesentlichen den in der Vorgabe an die Interviewer festgelegten Themenkreisen: 1) Anlaß und Gründe für die Teilnahme; 2) Erleben der Teilnahme sowie 3) Wirkung der Teilnahme an den respektiven Aktivitäten der GBE. 1)

Die Auswertung bestätigte im wesentlichen die Ergebnisse der standardisierten Klientenbefragungen, sofern sich Antwort- und Auswertungskategorien decken. Es wäre deshalb redundant, anlässlich der Auswertung der Interviews noch einmal dasselbe wie bei der Fragebogen zu berichten. So beschränkt sich das folgende darauf, neue oder erst teilweise bekannte Forschungsergebnisse vorzustellen, die Anlässe bzw. Gründe und Wirkungen der Teilnahme an Aktivitäten der GBE besonders pointiert oder in einem speziellen Kontext zeigen. Dies wird an Ausschnitten aus den Interviews demonstriert.

Mehrere Interviews zeigen in unerwarteter Deutlichkeit, wie sehr Status-Passagen Anlaß geben, an Aktivitäten der GBE teilzunehmen. Als Status-Passagen werden lebensgeschichtliche Umstellungsphasen bezeichnet, in denen das Individuum vertraute Umgebung, Personen, Tätigkeiten, Deutungsmuster und innere Einstellungen modifizieren muß, um mit der neuen Situation zurechtzukommen.²⁾ Typische Beispiele sind Heirat, Geburt von Kindern, Berufseintritt, Stellenwechsel, Beförderungen, Berentungen u.a.m. Solche Status-Passagen werfen psychische und soziale, z.T. auch körperliche Umstellungsprobleme auf, die vom Individuum nicht im-

1) Das inhaltsanalytische Auswertungsschema für die Klienteninterviews ist im Materialband enthalten.

2) Vgl. GLASER/STRAUSS 1971

mer gleich erfolgreich gelöst werden. Dann wird in der Regel das familiäre Umfeld, die peer-group oder eine sozialstaatliche Institution bemüht, um den Übergang zu begleiten und zu unterstützen. Stellen sich in dieser Situation gesundheitliche Probleme ein oder verschärfen sich vorhandene, ist die Legitimation gegeben, auch und insbesondere Einrichtungen des Gesundheitswesens zu frequentieren.

So bei einer 44-jährigen Klientin der GBE, die seit ca. 4 Jahren an diversen Aktivitäten teilnimmt (insbesondere Autogenem Training), und die in eine schwere seelische Krise mit zahlreichen körperlichen Begleitsymptomen geriet, als ihre Kinder begannen, sich mehr und mehr außerhalb der Familie zu orientieren:

K: Ja, seit vier Jahren mach' ich das

I: was hat Sie denn damals dazu bewogen, an dem Kurs teilzunehmen?

K: Ja, das kann ich Ihnen gar nicht mal sagen. Ich war damals ziemlich "fix und alle", wie man so schön sagt, Familie und

I: hm

K: war damals wirklich also ganz schön am ... zerstört und hab' dann überlegt, was ich machen kann, um nicht ganz, also, nicht ganz kaputtzugehen

I: hm hm

K: und da hat mir jemand was gesagt vom Autogenen Training. Da hab' ich erstmal 'n Gespräch geführt mit Frau ... und die hat mich dann in diese Gruppe gebracht

I: hm. Und wer hat Sie darüber informiert, daß das an der Gesundheitsberatungsstelle stattfindet?

K: Das hab' ich durch 'ne Bekannte

I: hm

K: die hatte mir gesagt: "äh, wende Di- Dich doch mal da hin und da hab' ich da hier angerufen und hab' mich, ja, hab' gefragt, und da sagte sie: "ja, also, kommen Sie doch mal rum und denn unterhalten wir uns mal", und denn fand wohl in acht Wochen dann 'n Kursus statt und da hab' ich mich dann

I: hm

K: hat mir auch sofort gefallen und sie macht das ja auch unwahrscheinlich gut

I: hm.. Was war das denn damals für 'ne Phase, was war da?

K: Ja, also, ich habe, ich habe echt gebraucht, mich braucht kei-, gedacht, mich braucht keiner mehr. Meine Familie braucht nicht mehr, die Kinder sind groß und mein Mann, der braucht mich nicht mehr, der mag mich nicht mehr oder so richtig

I: hm

K: depressiv, kann man sagen. Ich hab' dann auch dieses Herzrasen bekommen und also, konnte überhaupt nicht mehr schlafen

I: hm

K: und denn hab' ich immer überlegt: was, denn macht ... denn liegt man ja im Bett und überlegt, Mensch, irgendwas, was ist los mit Dir? ne, ...

I: ja

K: dann bin ich auch zum Arzt gegangen und der hat mir denn so Herztabletten gegeben, die haben mir zwar, äh, ja, ich weiß nicht, ich hab sie genommen

I: hm

K: und hab' dann auch Beruhigungstabletten bekommen und als ich dann nochmal zum Arzt ging, und sagte hm, äh, ich kann einfach nicht schlafen, ob er mir nochmal welche gibt, aber wie, mit: ja, also nehmen Sie die, aber das ist das letzte Mal, daß ich Ihnen so'was verschreibe und so und das war alles.

I: Hm

K: und da hab' ich gesagt: nein, das hab' ich nicht nötig, dann helf' ich mir selbst, ja, und dann hab' ich gesagt, auch Joga mach' ich noch, det mach' ich allerdings von der Volkshochschule ...

I: hm hm. Haben Sie noch andere Sachen dann zusätzlich gemacht, oder ist es, war das so der Einstieg?

K: Das war der Einstieg, ja, also, dieses Autogene Training ist ja für mich das

I: hm hm

K: das A und O, also, das ist, ich mach' das auch nach wie vor, und ich möchte das nie wieder missen (lacht), also, ich kann mir gar nicht vorstellen ohne dem

I: hm hm

K: zu sein, das bringt mir unheimlich viel

I: und das äh führ'n Sie das auch zuhause durch ...

K: ja

I: oder ist das mehr die Gruppe?

K: Also, ich mache, die Unterstufe mache ich zuhause.

I: Hm

K: aber so, daß ich mich jetzt so in so, ich träume, daß mach' ich zuhause, das hab' ich mal gemacht, das bringt aber im Endeffekt auch nicht viel

I: hm hm.

K: aber, ich komm' wunderbar zuhause zurecht mit dem wie gesagt, ruhig und gelassen, also, das geht eigentlich ganz gut

I: Und äh, seit vier Jahren machen Sie das ununterbrochen, auch an, äh, daß Sie an den Kursen teilnehmen oder ist das äh

K: ja, also, wenn das, wenn ich äh, angeschrieben werde oder äh angerufen werde, denn hab' ich meistens immer so, weiß ich schon, im September geht es wieder los, sodaß ich dann da nichts mache

I: hm

K: oder wenig mache, sodaß ich Zeit habe, um an diesen Kursen teilzunehmen, was auch so schön daran, daß man alte Bekannte wiedertrifft

I: hm

K: auf einmal, also, man kommt rein und da: Ach, Mann, wie geht's Ihnen denn oder wie geht's Dir denn, wir duzen uns ja nun alle

I: ja

K: wie geht's Dir denn und was hast Du denn gemacht in der ... also es ist wirklich, macht unheimlich viel Spaß

I: hm: wie ist das denn in den Phasen, wo dann kein Kurs stattfindet oder also äh, wie füh-, wie fühlen Sie sich dann, also, führen Sie das alleine für sich zuhause durch und können Sie sich auch so entspannen oder ist das äh, fehlt Ihnen dann irgendwas?

K: Also, ich muß Ihnen ganz e- es gefehlt mir eigentlich nichts

I: nichts

K: nein

I: hm

K: aber ich freue mich, wie gesagt, schon drauf, wenn ich im September da wieder anfangen. Das ist (Pause), das (Pause), also Moment spür' ich nichts, daß mir irgendwas fehlt, jetzt haben wir ja Pause, ne

I: ja

K: bis zum September, im September findet es wieder statt, es hat mir ja auch geholfen, mich alleine zu (Pause) zu, mir alleine zu helfen, ja, also, es ist nun nicht so, daß ich da nicht ohne die Gruppe sein kann

I: hm hm. Geschah das durch die Gespräche, die dort geführt werden?

K: ja, ja, ja (Pause) ja

I: hm. Und äh, das ist doch 'n war wohl ganz wichtiger Bestandteil hier ist das doch, ist das auch in der Unterstufe so, äh, daß dort so, sagen wir intensive Gespräche oder Pro- über Probleme geredet wird, oder war das nur in der Oberstufe?

K: Ja, also, im Anfangskurs wurde das auch gemacht, aber da hat ja keiner, also, ich kann mich besinnen, daß wir da immer manchmal fünf Minuten Stur- Ruhe hatten, keiner traute sich was zu sagen.

I: hm hm.

K: Wir wa'n alle so'n bißchen äh abwartend, ja, man erlernt halt die Technik in der Unterstufe oder im Anfängerkursus

und aber, wie gesagt, manchmal war das sehr ruhig, also, das war denn doch schon und wenn einer, dann haben wir immer gedacht: Mensch, die sprechen ja über alle Sachen, alle möglichen Sachen (lacht)

I: hm

K: ich hab' mich ja dann auch nich' jetraut, ne,

I: hm. Und das hat sich jetzt mittlerweile verändert?

K: Ja.

I: hm

K: hat sich gegeben, also ...

In der Interviewsequenz wird auch deutlich, durch welche Elemente des Beratungsangebots "Autogenes Training" die Klientin vor allem eine Förderung ihrer Entwicklung (statt einer weiteren Regression, fortschreitenden Somatisierung und dem möglichen Beginn einer Patientenkariere) erfahren hat: Der leib-seelisch entspannende Effekt der AT-Übungen, die Vergemeinschaftung durch die Gruppe der "alten", d.h. neuen Bekannten als Alternative zur - durch die Selbständigkeit der Kinder zunehmend sinnenleerten - Familiarität und Häuslichkeit sowie der Erfahrung "die sprechen ja über alle möglichen Sachen", was sie inzwischen auch gelernt hat.

Die Veränderungen ihrer Persönlichkeit und ihrer Handlungsmuster während der Begleitung der Status-Passage von Hausfrau und Mutter zur wieder berufstätigen Frau mit erwachsenen Kindern durch die GBE werden im folgenden Ausschnitt besonders deutlich:

K: viele gehen zum Arzt und kriegen Pillen und das mach' ich nicht, daß ich wie gesagt, mal, ich glaub' 'n halbes Jahr, hab' ich diese Herztabletten genommen und dann hab' ich mir det überlegt (leise): Mensch, ist doch Quatsch, lieber veränder' ich was, als daß ich da noch schlücke

I: hm

K: wenn ich jetzt irgendwas habe, dann geh ich halt auf den Menschen zu, sag' ihm mal kurz, ich sage meine Meinung, aber, ich sage ihm denn so ungefähr, um ihm nicht wehzutun, vielleicht durch die Blume

I: hm

K: das, was ich denke und schluck' das nicht mehr

I: hm. Und früher haben Sie gar nichts dann gesagt, oder haben sich zurückgezogen?

K: Hab' ich nichts gesagt, oder bin ich gar nicht erst hingegangen

I: hm
K: damit ich gar nicht in 'n Gespräch verwickelt wurde,
hab' mich denn ganz kurz in 'n Ecke verzogen (lacht)
I: hm
K: damit mich dann niemand sah und
I: also, Sie haben sich in diesen vier Jahren äh entscheidend
verändert und ihre äh ihr Mann damit auch, oder ist der
der Gleiche geblieben?
K: Nein, nein, ist er nicht. Also, es finden wieder Gespräche
bei uns statt, die hat es ja lange nicht gegeben, die ja
quasi überhaupt nicht mehr
I: hm
K: is' auch so, daß ich jetzt einfach sage, ich will
ab gewisser Zeit denn, jetzt will ich meine Ruhe haben,
ja, wenn die denn ankommen, die Kinder, denn, denn sagen:
Mensch genau, nun nicht mehr. Oder das habe ich allen,
hab' ich auch erst sei kurzem, daß ich das sagen kann
I: hm
K: sonst sind meine Kinder immer für mich eigentlich alles
und nu' ist es so, daß ich mir sage: Mensch, die werden
auch ohne mich fertig, oder die müssen ja mal ohne mich
fertig werden
I: hm. Und das akzeptier'n die dann auch, wenn Sie sagen:
Jetzt will ich meine Ruhe haben?
K: Na ja, es ist schon mal so ... Mama, ja, oder auch nee,
ich wollte Dir, wollt' Dir grade mal was sagen, ja, oder,
daß ich dann sage: och, Mensch, nun jetzt nicht mehr, jetzt
schlaf erstmal und denn kannst Du mir das morgen erzählen
I: hm hm
K: früher hab' ich mir denn überlegt: eigentlich bist
du 'ne schlechte Mutter, die will dir doch was erzählen,
nun hör doch zu
I: hm hm
K: aber so wußten sie auch nicht, daß ich ooch Bedürfnis-
se hatte, die war'n eben, Mutter war immer für sie da,
nech, und nun auf einmal macht sie ihre Tür zu und
I: ja
K: das zu verstehen, det dauert auch seine Zeit

Die Klientin kann inzwischen darauf verzichten, wegen ihrer leib-seelischen Symptomatik (Herzrhythmusstörungen, schwere Schlafstörungen, Depressivität etc.) weiter eine - wie sie berichtet - nur die Symptome kupierende ärztliche Behandlung aufzusuchen, die vor ihrer Kontaktaufnahme mit der GBE eine "Patientenkarriere" mit immer gravierenderen Symptomen eingeleitet hatte. Sie hat eine neue Bezugsgruppe gefunden,

in der sie auf eine für sie neue Weise ihre Probleme und Wünsche besprechen kann, hat zu deutlich produktiveren Formen der Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann und ihrer Familie gefunden, wodurch auch eine Neudefinition ihrer Rolle nach Abschluß der Status-Passage eingeleitet worden ist und beginnt nun - Abschluß der Übergangsphase - sich nach einer geeigneten, d.h. in ihrem Verständnis inhaltlich ausfüllenden und einigermaßen angemessenen, bezahlten beruflichen Tätigkeit umzusehen.

Dabei treten neue Probleme auf, die jenseits der Reichweite der Angebote der GBE liegen, auf die Klienten der GBE mit einer Beratung und Begleitung ihrer Entwicklung wie im eben gezeigten Fall aber besser vorbereitet sind.

Das wird auch in einem anderen Interview mit einer 46-jährigen Klientin, die drei inzwischen fast erwachsene Kinder aufgezogen hat, deutlich:

I: Sie sind auch berufstätig?

K: nein, eigentlich in, zu der Zeit, hm, war ich nur Hausfrau mit Führungsstrichen und neuerdings hab ich ...

I: na ja Hausfrau

K: und neuerdings hab ich ...

I: ja, ja, Mutter von drei Kindern ist ja doch fulltime-job

K: dann hab' ich jetzt noch eine Tätigkeit angenommen, äh, in der häuslichen Krankenpflege

I: ah ja, seit wann machen Sie das?

K: Das mach' ich seit Anfang Februar

I: ah ja, von diesem Jahr?

K: hm hm

I: Haben Sie das Gefühl, daß die Kurse da auch Ihnen geholfen haben, sich zu entschließen?

K: hm hm

I: wieder so

K: ja, ich hab' schon immer 'ne Vorstellung oder 'n Wunschvorstellung gehabt und hab' nur nie so richtige gute Angebote gekriegt

I: also, ne Wunschvorstellung vielleicht, wieder zu arbeiten

K: ja, oder 'ne Tätigkeit zu zu machen, nech, weil ich das zuhause wirklich zu langweilig finde, bei so großen Kindern, die jetzt alle ihre Wege gehn und auch abends kommen, die brauchen einen in dem Sinne nicht so unbedingt als Kontakt, nicht, sonst ist man ja noch da, aber nicht mehr so wie das früher war

I: hm hm

K: denn da fühlt' ich mich doch sehr isoliert

I: ah ja

K: die Isolation war viel schlimmer als, ich mein', zu tun hat man in so'ner großen Wohnung, also, das hört nie auf mit dem Tun, aber, ich fühlte mich wahnsinnig isoliert

I: war'n da die Kurse für Sie auch 'ne Möglichkeit, Kontakt zu kriegen?

K: Ja, hm, 'da dacht' ich mir immer, das, in die kann man ja dann auch so kriegen, indem man Volkshochschule oder in Gymnastik oder sonst was, man kann ja eben auch unheimlich viel machen, aber das ist es auch nicht, das ist es nicht, nech, es ist auch nich' darum, daß man vielleicht, keine Freunde hätte, nich', da kommt man immer abends zusammen, die sind denn immer ausgebuht, nich', aber jeder arbeitet doch, mir war es sehr wichtig, um meine Person, meine, auch umsetzen zu können, nich' nur in 'ne Feierabendstimmung oder in Ausstellungen

I: hm hm

K: im Kino oder beim Fernsehen, und ich wollte oder beim Theater so, nech, das sind ja alles passiv für mich noch, nee, aber um aktiv tätig zu sein, um sich auch in der Arbeit sich (sagen), kann man das nun oder kann man's nicht? Fällt dir das nun schwer oder nicht? Und das mit andern Menschen zusammen

I: hm, also da so'n Austausch zu haben auch?

K: ja

I: und diese häusliche Krankenpflege, wie sind Sie dann darauf gekommen?

K: Ja, weil ich, ah, da fällt mir jetzt ein, ich habe einen Kurs gemacht vom Malteser-Hilfsdienst als Schwesternhelferin in der Hoffnung, daß ich da vielleicht einsteigen könnte, und dann dachte ich mir, ich wollte gerne Altenpflege machen und würde und dann konnt' ich mich gut testen, ob ich also für Alte, ob ob mir das auch liegt

I: hm

K: man kann sich das ja in der Vorstellung haben, aber da hab' ich mich gut testen können und habe auch den Eindruck nachher bekommen, daß ich das sehr gern machen kann und auch gut finde für mich, hm, und da die häusliche Krankenpflege ja sehr viel alte Menschen betreut

I: hm hm

K: ist das ja ganz logisch, daß ich da reingegangen bin, ich wollte nur nicht in Altenheimen erst, das wußt' ich noch nicht. Ach so, und dann kommt noch dazu, äh, daß 'ne Altenpflege ja auch 'ne richtige Ausbildung ist, und früher hat sie hier in Berlin zwei Jahre nur gedauert, und jetzt dauert sie drei Jahre und das wollt' ich nicht machen, drei Jahre

I: ist auch sehr lang

K: muß sich vieles dann wieder überschneiden, und, aber, es wäre besser für mich so, finde ich, vom Status her auch oder Selbst-

- bewußtsein, und hier diese häusliche Krankenpflege, da werd' ich also so bezahlt, als ob ich gar nichts gelernt hätte, so
- I: hm hm, aber Sie werden bezahlt, es ist jetzt nicht eher
- K: Das würd' ich nicht
- I: das hat keinen Zusammenhang
- K: nee, das hat nich', nee
- I: also, es war mehr den, der eigene
- K: denn das ist ja eine Tätigkeit, die ich wieder abgebe ...
ne, das hat damit nichts zu tun, bei'n Kursen ist das was für mich ganz Persönliches erstmal
- I: was Sie bekommen, was Sie haben wollen
- K: hm, hm, ja. Das Andere geb' ich ab und krieg da 'n bißchen Geld, das ist ganz was Anderes
- I: hm, hm. Diese Isolation zuhause, das hört man ja von vielen Frauen
- K: hm, hm. Ich weiß das ja. Aber, ich meine nur, man muß dann auch was tun, hab' ich mir nur ... es fällt mir nichts zu, ich hab' nie irgendwie so, ich dachte immer: vielleicht krieg' ich, hab' ich Glück oder es muß nochmal so'n ganz dollen Knall geben, dann könnt' ich so, aber es hat sich nichts getan, ich glaub' bestimmt, fünf Jahre hab' ich ... bist mal die Jüngste, noch zu jung. Aber ich wo- wu- wußte, daß ich das vorhatte, das, das geht nicht anders, denn so werd' ich wirklich depressiv; Hausfrauensyndrom (lacht), Depressionen sind das dann.
- I: Aber Sie haben ...
- K: und ich hab' gern meine Tätigkeit gemacht, ne, Kinder erzo- gen oder dieses gerne, nech, aber nun fühl' ich mich wirklich, das ist jetzt abgeschlossen für mich
- I: hm
- K: 'ne abgeschlossene Sachen. Nun kann ich mich nicht an sie dran- hängen
- I: ja, ja
- K: dann kommen ja diese schlimmen Verhaltensweisen wieder, ne, wenn Mütter sich nicht von den Kindern trennen und sich da einmischen in Dinge hinein, nich', wie das ja wohl früher dann wohl war, nech, daß man sich dann auch wirklich distanziert
- I: hm
- K: aber dann kommt auch leicht diese Vereinsamung
- I: hm
- K: Isolation, das mein' ich, is', da müßte noch viel gemacht werden, da noch den noch'n bißchen geholfen wird, den Menschen und ich fühle mich darin auch sehr benachteiligt in dieser gesellschaftlichen Form, einmal, wenn man dann wieder wo anfan- gen will, denn wird man da eingestuft, wo man mal vor zwanzig Jahren aufgehört hat, zum Beispiel nach den Papieren, nech, von der Ausbildungszeit her, ich hatte da Ausbildung und in die wollt' ich nicht reingehen, ich war ja Kinderpflegerin und äh.

und wollte nun nicht wieder zu den Kindern reingehen, davon mal abgesehen, daß das auch hier schwierig ist, aber ich wollte, nun hab' ich ja die Erziehung der Kinder ja alles intensiv selber mitverfolgt und erlebt, nun wollt' ich nicht nochmal mit kleinen Kindern und dann pflegerischen Bereich liegt ja nahe, das ist ja nicht, nicht artfremd, berufsfremd

I: hm

K: aber, daß ich da eingestuft werde, so als ob ich nichts gelernt, als ob ich irgendwie 'ne Kassierererin bei Reichelt gewesen wäre,

I: ja

K: daß mir dieser pflegerische Bereich überhaupt nicht anerkannt wird, daß ich auch von Beruf Kinderpflegerin bin, obgleich, wenn man nicht Altenpflegerin ist, das finde ich, also unmöglich, als ob man in den zwanzig Jahren keine persönliche Weiterentwicklung gemacht hätte, nech ...

I: da haben Sie recht

K: nech, das ist unsozial, finde ich oder wird überhaupt nicht anerkannt. Ich fühl' mich disqualifiziert, nichts wert, das finde ich sehr deprimierend

I: das stimmt auch. Wie haben Sie's dann geschafft, also, so selber den drive dahinter zu setzen oder selber so die Energie zu finden, da was zu verändern?

K: Ja, ich glaube, ich hab' auch sehr viel Energie verpufft, sehr viel verpufft

I: so in Wut oder Ärger?

K: Ja, auch so diese Frustration, nich', das braucht ja viel Energie

I: hm

K: ich glaube, man könnte mit mir vieles mög-, also, ich könnte nicht, diese Energie, die ich so verpufft habe ...

I: hm. Aber Sie haben dann doch den Punkt gefunden

K: ja, aber ich bin nun nicht so ganz zufrieden

I: hm, noch nicht?

K: nö, ich hoffe ja, daß mir das irgendwie, daß ich noch 'ne Tätigkeit, das soll ja jetzt erstmal der Absprung sein, nech

I: hm

K: nech, darüber bin ich erstmal froh, nich, aber so, nech und ich hm, da hatte mich auch, beim Autogenen Training wurde ich auch getröstet, daß, wenn man dann wieder in 'n Beruf reingeht und so, dann klappt das ja auch nicht alles gleich gut ... Sie müssen sich auch einarbeiten und das und das und das. Gut, okay, das ist ganz individuell verschieden, aber ich hab' auch noch so die Hoffnung, daß ich vielleicht noch ganz günstig irgendwie in 'ne Tätigkeit reinkomme, daß ich sag: ach, das könnt' ich auch noch machen oder so, und daß das dann ... Aber, wenn ich nicht anfangen kann, dann hab' ich auch keine Chance.

- I: Aber Sie haben im Autogenen Training auch über solche Sachen gesprochen, so über die Situation jedes Einzelnen oder?
- K: Nich' so viel, nur ...
- I: oder war das so?
- K: Ich hatte meine Unzufriedenheit so ausgedrückt und dann hab' ich das als Beispiel vielleicht gegeben ...
- I: hm. Aber die Möglichkeit bestand, daß man so auch 'n bißchen, was erzählt von sich.
- K: Ja, wenn, wenn die Grup- Gruppe klein, dann war'n wir mal grade nur vier, mal
- I: also, es ist eher 'ne Ausnahme
- K: da geht das so, da ging es denn um die Ängste, die man hat, und so, den kommt das dann so raus. Nicht, Ängste und dann war's bei mir dann so, daß man nicht anerkannt wird in der Gesellschaftsform, auch die Angst und vom Bildungsstand und so ist man nichts, das ist ja auch, was ja einen beunruhigt
- I: hm, stimmt. Ja, dann bedank' ich mich für dieses Gespräch
- K: bitte sehr
- I: das fand ich sehr interessant.

Die Klientin möchte aus der häuslichen Tätigkeit, die mit wachsender Selbständigkeit der Kinder immer unausgefüllter wird, heraus. Die ersten Symptome des "empty-nest-Syndroms" hat sie selbst erlebt ("zuhaus wirklich zu langweilig ... bei so großen Kindern, die jetzt alle ihre Wege gehen ...", "Hausfrauensyndrom ... Depressionen"). Kontakte, Bekannte und Freunde sowie Freizeitaktivitäten (Volkshochschule, Gymnastik) hat sie zwar, sie füllen sie aber nicht aus. Sie sucht (wieder) eine Arbeit, um sich verwirklichen zu können: "jeder arbeitet doch, mir war es sehr wichtig, um meine Person ... auch umsetzen zu können ...". Dabei stößt sie auf massive Schwierigkeiten bezüglich ihrer formalen Qualifikation und der materiellen Bewertung ihrer Tätigkeit: "da werd' ich also so bezahlt, als ob ich gar nichts gelernt hätte ...", die sie sehr kränken: "ich fühl' mich disqualifiziert, nichts wert, das finde ich sehr deprimierend." Auch in diesem abschließenden Abschnitt der Status-Passage, dem Beginn einer neuen Etappe des Lebenslaufs, behält die Begleitung durch die GBE ihre Bedeutung: "beim Autogenen Training wurde ich auch getröstet ... da ging es denn um die Ängste, die man hat und so, denn kommt das denn so raus."

Eine andere Status-Passage, die Klienten veranlaßt, an Aktivitäten der GBE teilzunehmen, um neue Orientierungen für ihr Selbstbild und ihre Lebensgestaltung zu finden, ist der Übergang vom Berufsleben in die Rente. In diesem Fall ist die GBE anscheinend nicht nur eine vorübergehende Begleitung, eine Bezugsgruppe für den Übergang, sondern wird vielfach auf Dauer ein Bestandteil der neuen, auf außerberufliche Sinn- erfüllung und Zeitstrukturierung gerichteten (und angewiesenen) Lebens- weise:

I: Sind Sie berufstätig, oder?

K: Ja, ich war, ich war, ich äh, ich bin jetzt erst äh zwei Jahre zuhause

I: hm

K: also, ich hab' bin auf halbtags, aber fiel mir sehr schwer, also aus'm Berufsleben auszuschneiden, es ist katastrophal!

I: hm

K: Denn ich habe über 33 Jahre, also Berufsjahre hinter mir und also, ich war teilweise so traurig, dat ick gar nich wußte ...

I: hm

K: nech, was machst'e nu'

I: ach so, daß Sie die Zeit nicht sinnvoll wußten

K: ja, genau

I: zu nutzen

K: ja, genau. Denn ich, ich bin ümmer jewohnt mit Leuten umzugehn

I: hm

K: und denn mit 'n Mal bloß juten Tach sagen im Haus, allet arbeiter hat ja ooch keener Zeit, also det einzigste war mein Jarten, nachher im Sommer und denn hab' ick mir mit der Weile so langsam abgesetzt, aber wirklich langsam

I: war das die Zeit, in der Sie sozusagen 'n paar Pfunde mehr

K: ja, das auch

I: also, das hatte das auch noch Auswirkungen?

K: das auch, und, aber das war schon vor dem, es ist schon im Urlaub passiert, wo ich schon mir allerhand Hobbies vorjestellt habe und jekauft habe, wat ick allet machen möchte is allet sinnlos jewesen

I: hm

K: und ich muß sagen, det hat mir alles nichts viel genützt, wenn ich ooch zuhause bin, und jetzt muß ich jesundheitlich auch zuhause bleiben

I: hm und äh, hat sich da also, haben diese Aktivitäten in der Beratungsstelle, die haben sich also in der Hinsicht dann auch positiv ausgewirkt, daß Sie dadurch auch 'ne Aufgabe sehn oder

K: ja

- I: oder 'ne Möglichkeit, mit Leuten zusammenzukommen
K: mit Leuten zusammenzukommen (lacht)
 jenu
I: ja
K: ja, hm, denk' ick, ja, wieder mal wie weit sind nachher,
 man ha- jewöhnt sich ja denn äh in 'ner Gruppe
I: ja
K: sind ja nun immer dieselben Leute und denk: ach, na ja, ich geh'
 ja nun immer mit den Jefühl hin: Gott nee, wie geht's denen oder
 wie geht's denen oder was kommt jetzt heute. Wer hat jetzt Sorjen
 und so, nich, aber mitunter is denn det so spontan, was denn je-
 macht wird, wo man nich mit rechnet und sagt: Mensch, det is ja
 doch was, was Schönes, aber ick mach' ooch die Gruppe so gern
 mit, weil ich mir auch äh, weil ich auch gerne Leute beobachte
I: hm hm
K: ja, det is falsch, ick weiß in den Kurs, is falsch, aber das
 bringt mir ja auch was
I: ja sicher
K: nech
I: denk' ich mir auch
K: ja, ja ick muß sagen, daß ick gerne, würde andauernd in so'ner
 Gruppe als so so beraten so manchmal, wenn se gar nich weiter-
 können, sind so manchmal Kleinigkeiten

Der letzte Interviewausschnitt hat bereits gezeigt, daß der Gruppe bei Angeboten der GBE besondere Bedeutung zukommt. Bei der Analyse der Aktivitäten der GBE ist dies unter anderen Aspekten (Gruppe als pädagogisch-therapeutisches Medium zur Motiv- und Verhaltensbeeinflussung) auch schon deutlich geworden (siehe oben Kapitel 4). Für die Teilnehmer stehen verständlicherweise nicht konzeptionelle oder didaktische Gesichtspunkte im Vordergrund, sondern lebenspraktische. Die Gruppe in der GBE ist ein sozialer Ort, an dem soziale Beziehungen, Selbstrealisierungen und Themen möglich sind, die im Alltag der Klienten entweder noch nie einen Platz hatten oder unter dem alltäglichen Einerlei, vor allem von Haushalt und Familie, längst verschüttet sind. So bei einer 38-jährigen Teilnehmerin an Abnahmekursen und anderen Angeboten:

- K: na ja, nachher war das ganz schön in so'ner Gruppe zu sein
I: hm
K: is' schon ange- muß sagen: recht schön
I: hm

- K: vor allen Dingen, wenn man zuhause ist 'n ganzen Tag, hat man einmal die Woche mal 'n vormittags, wo man irgendwo hingehen kann und doch irgendwie Gleichgesinnte zu treffen, nech
- I: hm (Pause) und das, äh, also, das macht Ihnen heute also sozusagen Spaß, und das, äh, daran möchten Sie auch festhalten oder
- K: ja, eigentlich, ja
- I: weil, hm
- K: doch
- I: das hat Sie dann auch motiviert, an mehreren Kursen teilzunehmen?
- K: ja
- I: und danach nacheinander oder nebeneinander, wie war das?
- K: nein, wir ging- das ging wohl ineinander über, erst war das bei, mit Fräulein ..
- I: ach so, hm
- K: dieser Abnahmekurs, und der ging ja über längere Zeit, und da kam denn der Kurs von Frau ... so dazwischen - ich glaub', der sollte wohl auch parallel jetzt irgendwie laufen
- I: hm
- K: daß das Abnehmen und diese Bastelei oder Malerei nebenherlaufen und ick muß sagen, das find' ick also sehr schön
- I: hm
- K: besser, als wenn man nur über't Abnehmen spricht und ab, ab'n bestimmten Zeitpunkt ist das sowieso Ende
- I: hm
- K: aber dieses Basteln find' ich sehr schön.
- I: hm
- K: also, ick find's also wirklich sehr schön, daß ick also den einen Tag in 'ner Woche wirklich wat für mich alleene
- I: hm
- K: vorhabe, wat mir Freude macht, mag auch sein, daß die Gruppenteilnehmer, die dabei sind, daß das auch ne sehr schöne Truppe is
- I: ach so
- K: vielleicht wenn, wenn da ooch Leute wär'n, die man nich so mag, vielleicht wär't denn ooch nich so, aber, die ach, wie nenn' sich det? Hier, also, die Leute, die hier arbeiten
- I: hm
- K: sind also sehr nett und die Gruppenmitglieder halt auch und da macht's halt doch Spaß
- I: hm
- K: da find' ich's ja nun schon schön, einmal die Woche die Wohnung zuzuschließen und wirklich für mich wat zu haben (lacht)
- I: ansonsten äh haben Sie nicht vieles ...
- K: na, so doll nich, jedenfalls nich regelmäßig die Woche, ick meinea sicher, ick geh ooch, ick hab' von 'ner Kirche noch 'n Mütterkreis, der ist einmal die Woch-, einmal im Monat

I: hm hm
K: ja, aber so doll is et denn halt nich, da find ich's hier eigentlich det Angebot sehr schön
I: hm, also auch 'ne Möglichkeit sozusagen Kontakte zu knüpfen oder eben halt mit äh Leuten mit ähnlichen
K: ja
I: Problemen oder so zusammen zu sein ...
K: ach, das ist vielleicht nich mal nur, 'n Bekanntenkreis hat man ja selber ooch großen, aber letztendlich da jeht's beinah' bloß um die Kinder immer
I: ach so
K: wenn bei mehr oder weniger Leute sind mit gleichaltrigen Kindern und hier ist es doch mehr zusammenjeweürfelt, man kommt doch auf andere Sachen noch
I: ja, und auch immer anders denk' ich mir, je nachdem, was das für Kurse quasi sind, ne
K: ja, also speziell jetzt ooch dieset Basteln, det, muß ick sagen, macht mir sehr großen Spaß
I: hm, na hängen doch auch überall jetzt Bilder aus
K: zweimal bin ick veredelt, (lacht)
I: ja, gut
K: nech, also, wir haben da ooch diese Aquarellzeichnungen, da hatt' ick vorher ja nie Ahnung
I: hm
K: und hat mir wirklich Spaß gemacht
I: das äh haben Sie unter Anleitung dann
K: ja
I: das wurde Ihnen gezeigt, wie man das macht
K: Frau ... , wie man det macht, ja
I: machen Sie das auch zuhause, mal gelegentlich?
K: nee, hab' ick n-, da muß man ja sich erst die Aquarellfarben kaufen und det is mir zu teuer
I: ach so
K: um da vielleicht mal ein Bild zu machen
I: hm
K: ja, aber wenn der weiterbesteht, würd' ich ooch gerne weitergehn, da kann man ja denn ooch mal was andres machen
I: ja, klar
K: nich', also, zum Beispiel hatten wa vor Weihnachten, det war sehr schön, wees ick, wees jar nich, wie sich det nennt, jedenfalls hab ick da direkt meine Weihnachtsjeschenke von jemacht
I: ach so
K: det fand ick also wirklich prima
I: ja
K: ... wat anderes jemacht hab' und ick meine, wenn man so'ne Anregung denn ooch mitnimmt, find' ick det sehr schön

Vor allem für ältere, alleinstehende Klienten bietet die Gruppe der Teilnehmer einer GBE-Aktivität eine neue Form der Vergemeinschaftung, die der zunehmenden Isolierung im Alter durch Wegzug und Tod von Verwandten und Bekannten entgegenwirkt. Hier erscheinen die Leistungen der Gruppe am deutlichsten ausgeprägt. Die Klienten finden Anregung und Abwechslung, nehmen (wieder) an Unternehmungen teil, die sie sich alleine nicht mehr zutrauen würden (Ausflüge, Wanderungen, Museumsbesuche etc.), erfahren Linderung ihrer leib-seelischen Beschwerden und Ermutigung zum Durchstehen der auch im Alter nicht abnehmenden alltäglichen Probleme und Auseinandersetzungen. In der Gruppe werden Gespräche geführt, ungewohnte Themen angeschnitten, Tips, Trost und Hilfen und ganz generell Bestätigung gegeben, man ist kurz gesagt nicht mehr (so) allein und (nur) auf sich gestellt.

Das zeigt der folgende Ausschnitt aus einem Interview mit einer 80-jährigen, alleinstehenden Klientin:

- I: Zuerst einmal interessiert mich, äh, wo Sie von diesem Angebot äh der Kurse gehört haben hier in ... Sie hatten doch zu Anfang an der Seniorengruppe teilgenommen
- K: ja, an der Gesprächsgruppe mit Frau ... und in der bin ich ja auch noch
- I: ja
- K: ja, weil mir das doch zusagt, das ist so'n netter, lockerer Kreis und wir beschäftigen uns auch 'n bißchen, wenn man eben alleine ist, finde ich, es is' eigentlich nicht gut, also man muß mal mit jemanden reden können, und man muß mal 'ne Abwechslung haben, so hab' ich das gesehen und da hab' ich das durch die Zeitung erfahren
- I: ah ja
- K: das war ein Inserat und da stand drin, nicht wahr, also auch für's Gedächtnis etwas, und wenn einem, so wie das mir ergangen ist und geht, mitten im Satz das richtige Wort fehlt, da hab' ich gedacht: jetzt is' aber Zeit, denn äh, denn man möchte ja, so lange man körperlich sich noch fortbewegen kann, dann geistig nicht total ... kommt das schon allés drauf? Nein ...
- I: ja
- K: nein, ja, da darf ich nicht so viel erzählen
- I: doch natürlich, Sie können ganz frei erzählen, das ist wirklich, das ist nur für unsere Zwecke
- K: da bin ich beruhigt
- I: das kriegt sonst niemand mit und
- K: ja

- I: uns interessiert in erster Linie, wie so'n Kurs angeboten wird, die Kursangebote in der Beratungsstelle, es geht darum, möglichst äh viele Leute zu sprechen, also in verschiedenen Altersgruppen
- K: ka
- I: wie die diese Sachen aufnehmen, was sie damit anfangen können ...
- K: das versteh' ich, ja, also mir sagt das eben, hat das von Anfang an zugesagt und Frau ... macht das auch sehr schön locker und so also, man hat gar keine Hemmungen und man, ich meine, ich , nun 'n bißchen im Alter den Anderen voraus und das ist ja am Anfang nicht einfach, da merkt man ja doch, da liegen zwanzig Jahre zwischen und äh, aber inzwischen habe ich mich da schon ganz schön eingelebt (...) komme ich auch wieder mit
- I: wie lange läuft denn der Kurs schon?
- K: Also, ich bin reichlich zwei Jahre hier dabei
- I: ah
- K: und der ist wohl auch nicht begrenzt, denn die Gruppen sind von Anfang an ziemlich zusammen
- I: ja
- K: zuerst waren wir zwei Gruppen in der ... , das war natürlich sehr schön für mich, vier U-Bahn-Stationen und dann war ich da., Jetzt ist's 'n bißchen umständlich, aber ich geb's halt auch nicht auf und dann reizt mich daran auch ganz besonders, daß wir einmal oder kommt auch sogar mal zweimal im Monat dann geschlossen einen Spaziergang so an den Stadtrand, und das ist ja sehr wertvoll, allein traut man sich ja gar nicht in den Wald, das macht Frau ... eben auch und da laufen wir eben, ich kann nicht alles, weil ich 'n künstliches Knie habe, ich kann nicht die ganzen Stunden, aber so bis Mittag halt ich immer mit durch und das gefällt mir ganz besonders, wann kommt man sonst schon alleine in den Wald
- I: hm, nachher hatten Sie doch auch am Autogenen Training dran von Frau T. teilgenommen
- K: ja ja, das war auch, ist auch eigentlich ganz wichtig
- I: wie sind Sie denn darauf gekommen, also, wurde das von Frau ... äh angeboten?
- K: nein, ich habe das auch, also es gibt so ein kleines Formular, da stehen die einzelnen Kurse drin und da hatte ich, weil ich Einschlafschwierigkeiten habe und auch noch habe, so schnell geht das nicht mit dem Autogenen Training, die sieben Sitzungen äh, das ist nicht genügend, also man muß ja nur zuhause und jetzt mach' ich auch dann weiter, es geht mir nämlich, is mal 'n Tag, wo es nicht klappt mit der Zeit, aber sonst mache ich zweimal, und mal geht das Autogene Training und mit dem Einschlafen klappt's, mit dem Einschlafen schon, aber mit dem Durchschlafen klappt's noch nicht so, das war also, ich hatte schon mit Frau ... gesprochen, wenn mal wieder eine Lücke frei ist, diese Kurse sind ja sehr begehrt

I: ja

K: und äh, da muß man sich irgendwie auch etwas früher anmelden

I: hm

K: denn bloß so reinkommen, das geht nicht und äh, da hab' ich mich nun jetzt gemeldet, wenn sie wieder mal 'ne Lücke frei hat, daß ich dann das nochmal mitmache. Und die anderen Kursteilnehmer haben merkwürdigerweise den gleichen Wunsch. Die wollen auch das nochmal

I: die wollen

K: nicht erweitern, das ist dann zu schwierig, also, das möcht' ich dann nicht machen, das geht dann in, in, in die höhere Region, und dafür fühl' ich mich einfach zu alt, aber was wir bis jetzt gemacht haben, das würd' ich ganz gerne nochmal also weitermachen, gleichzeitig mit kleinen Wiederholungen, aber eben auch in der Gruppe ist das so sehr angenehm. Zuhause ist das 'n bißchen langweilig.

I: Ja, ich kenn' die Kurse, ich hatte mal dran teilgenommen

K: ja

I: ja, erzählen Sie ruhig weiter, ich wollt' Sie nicht unterbrechen. Was ist an der Gruppe, was also so anders dazu im Vergleich zu zuhause?

K: Ja, also erstens mal, Frau ... hilft ja, nicht wahr

I: hm

K: und da braucht man nicht so zu denken, daß, denken, nicht, welche kommt jetzt dran, welche ... das lenkt ja'n bißchen ab zuhause und hier ist das so schön mit der Unterstützung von Frau ... , äh, machen wir das dann eben und das geht wunderbar, also, ich meine, man ist durch gar nichts weiter abgelenkt, nur das einzige, der Verkehr dann, der hat ja immer sehr stört hier, das war ja in der . . . viel ruhiger. Aber das geht ja nicht zu ändern, jetzt sitzen wir mal hier und äh, es ist dann, wir haben uns auch etwas dran gewöhnt. Es waren sieben Sitzungen insgesamt, das ist nicht zuviel, eigentlich müßten's gleich von Anfang an mehr sein, aber nun wollen wir's eben nochmal wiederholen sobald Platz dafür ist

I: und vom, zum Autogenen Training haben Sie also durch diesen Beratungsführer oder diesen Bogen?

K: Ja, diese Kurse stehen drin

I: hm

K: ich will ja auch noch mal ...

I: von sich aus, also wußten Sie von Anfang an, was Autogenes Training bedeutet, also, als Sie ...

K: ja, ich hab' ich nur mal so über Zeitschriften oder wie hab' ich da mal gehört, worum es sich handelt. Und ich fand das gut und dachte: das mach' ich mal mit und das hat mich auch nicht enttäuscht. Das sind sehr hübsche Sitzungen, und man hat auch was davon. Also, man kann sich auch mal am Tage, wenn man ... also, ich bin zum Beispiel Kleinrentner und da muß ich denn ab und zu zum Sozialamt

I: ja

K: und äh das ist, ne, auch für mich jedenfalls, ich hatte das ganze Leben nichts damit zu tun, und das ist für mich 'ne aufregende Sache. Da kann ich überhaupt nicht schlafen vorher und äh, da hab' ich das jetzt mal so ausprobiert, daß ich mal an solchen Tagen also davor, bevor ich hin muß zum Sozialamt mach' ich dann so zwei- bis dreimal die Übungen und irgendwie fühl' ich mich ruhiger, also etwas gleich..., es ist nun nicht zu ändern, nich' wahr, du hast keine Schuld daran und das war eben so ein ganzes Leben (Pause), also, das waren zwei Weltkriege, die man mitgemacht hat, und immer kam ein kleiner Schlag zurück und äh, man kann ja nichts dafür, daß man in diese Kategorie eingestuft wird und das ist schon ziemlich deprimierend, und da hab' ich mir dann gedacht: ja, also, nun ist alles egal, du kannst ja sowieso nichts dafür, nun gehst du eben in Ruhe hin und äh, das hat sich auch schön gebessert, also, so schlimm ist das da nicht mehr. Die haben ja inzwischen auch eingesehen, daß wir auch Menschen sind, nicht wahr, und sich darauf eingestellt und in der Art des Gesprächs und der Behandlung. Aber das war vor zwei, drei Jahren, da war so ein Druck, da gab's plötzlich so etwas, also, da ging man gar nicht gern hin, inzwischen hat sich das aber auch langsam eingerenkt und eben, wie gesagt, man ist ja auch 'n Mensch

I: also, Sie haben da Angst, solche Sachen dann durchzustehen?

K: ja, ja, ich, ich brauch' ja nicht direkt Angst zu haben, aber, wissen Sie, da hinzugehen als Mensch, der irgendwas braucht, nicht wahr, irgendwas haben möchte, was er eben von seiner Rente oder wie nicht bezahlen kann, na, da gibt ja doch ... aber ich meine, es kommt ja doch mal vor, und so ist das

I: na klar, und äh, also, es sind jetzt also in erster Linie Ihre Schlafstörungen, die damit weitgehend behoben ...

K: ja, und die ich damit beheben will

I: beheben will, ja

K: es ist ja noch nicht, es ist ja noch nicht 100 %ig, Einschlafen schon, also auch zu Zeiten, wo ich eigentlich gar nicht schlafen möchte. Wenn ich mal abends was fernsehen will, da schlaf' ich wunderbar ein, aber dann eben nach dem, also, in späterer Stunde, dann bin ich munter und äh das Einschlafen, das hab' ich erreicht, aber nicht das Durchschlafen. Nun kann man solche Ansprüche auch nicht mehr stellen. Ich kann ja nicht mehr acht Stunden durchschlafen, also, ich glaube, das macht wohl selten ein Mensch

I: das brauch' ich ja auch nicht

K: in dem Alter nech, aber eben, wie gesagt, so fünf Stunden, das wäre schon so das, was ich mir gedacht habe und da arbeite ich auch dran

I: ja, das ist ja auf jeden Fall ...

K: im Autogenen Training

I: und besser ist es geworden, und Sie fühlen sich auch dadurch wohler oder ausgeglichener?

K: Ausgeglichener, ich war nie ganz, ich war nie so ein unausgeglichener oder unzufriedener Mensch, das war ich ja nie, aber ich, ich merke doch, das Autogene Training hat doch einiges bewirkt, und das wird ja wahrscheinlich sich noch steigern, denn eben, wie gesagt, mit den sieben Sitzungen ist es ja nicht getan, das muß man wohl jetzt etwas länger ...

I: Sie machen noch weiter?

K: Das mach' ich weiter zuhaus, und dann freu' ich mich schon, wenn wir das in der Gruppe, also, die Sachen in der Gruppe, das ist eben das Angenehme. Ich meine, zuhause bin ich den ganzen Tag allein, ich hab' zwar nette Nachbarn, die nach mir gucken, und die auch meinen Schlüssel haben, und ich hab' ihre Schlüssel, das sind jüngere Leute, also, wir kommen schon ganz schön miteinander aus, aber das sind Familien, und dann hab' ich da eigentlich gar nichts zu suchen, wenn die sich um mich kümmern, so ist das schon genug, nicht wahr, und passen dann eben auf, wenn ich mal mich gar nicht. Also bei mir käme es nicht vor, daß ich zehn Tage tot irgendwo liege, also, ich hab' ja auch 'ne Tochter, die jeden Morgen anruft, die wohnt allerdings jwd. in Reinickendorf, und ich wohne genau entgegengesetzt und sie arbeitet und äh lange, ihr Arbeitstag ist lang und äh, die ruft, sie ruft eben dann früh an, nicht wahr: Mutter lebst du noch, so ungefähr und äh das ist ja dann geklärt, und wenn ich mich nicht melden würde, dann hat sie die Telefonnummer von meinen Nachbarn und die haben die Schlüssel, das ist ja auch 'ne große Beruhigung, nech. Man möchte ja auch nicht so hilflos daliegen ... na ja, das ist halt so

Auch hier wird deutlich, welche gesundheitspräventive Wirkung die Teilnahme an den Aktivitäten der GBE hat. Die Klientin ist 80 Jahre alt, lebt allein, hat einige kleinere gesundheitliche Probleme, ist aber noch rüstig. Ihr Hauptproblem ist die häusliche Einsamkeit und Langeweile. Von sich aus ist sie aber körperlich (Alter) und psychisch (Unsicherheit, Ängstlichkeit) nicht mehr imstande, inhaltlich befriedigende und soziale Anerkennung stiftende Aktivitäten zu beginnen. Eine (in der medizinsoziologischen Literatur wie im Leben) schon "klassische" Alternative stellt in einer solchen Situation die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen dar. Es ist oft nur eine Frage der Definition, ob Symptome (wie im vorliegenden Fall die Schlafstörungen) als alltägliches oder als behandlungsbedürftiges Problem interpretiert werden, ob also "aushalten"

oder "behandeln lassen" die praktische Konsequenz ist. Die Attraktivität der "medizinischen" Lösung liegt vor allem in ihren Begleiterscheinungen bzw. soziologisch gesagt Nebenfolgen: Sie sichert die Identität der Patienten durch eindeutige Rollenzuweisung, Einbezug in sozial anerkannte "wichtige" Interaktionsprozesse (zum Arzt gehen, warten, Untersuchungen vornehmen lassen, diverse Gespräche mit Fachleuten und Mitpatienten führen), Lieferung "wichtiger" Themen für den alltäglichen, gleichfalls identitätssichernden Klatsch mit den Nachbarn u.a.m. Der Preis ist allerdings auf zwei Seiten hoch: Der Patient muß Symptome bieten, um im System bleiben zu können, die Gemeinschaft (hier der Krankenversicherten) hat die oft unnötigen Kosten zu tragen.

In beiden Hinsichten bietet die GBE - so zeigt der vorliegende Fall - bessere Lösungen durch geringere (somatische wie finanzielle) Kosten: Die Klienten brauchen keine Symptome, und sie brauchen keine Behandlung. Leistet die Teilnahme an Angeboten der GBE hinsichtlich der Identitätssicherung dasselbe wie eine Patientenkarriere, ist sie dieser offensichtlich vorzuziehen. Das sieht auch die 80-jährige Klientin und veranlaßt sie zu der fast rührenden Äußerung:

K: Ja, verwenden Sie sich mal ruhig dafür, daß wir diese Kurse weiter behalten

I: ja

K: also, das möcht' ich gern, kann mich sonst ... ich kann. Ich mein', ich würd' sagen, wenn irgendwelche Kritik zu üben wäre, aber es ist ja weiter nichts. Wir sind froh und glücklich, daß wir das haben

I: hm

K: auch die Ändern, das weiß ich, hör' ich ja so im Gespräch raus

I: hm

K: ja

Die GBE stellt indes nicht nur eine Alternative zur ärztlichen Behandlung (bei leichten Symptomen und Befindlichkeitsstörungen) dar. Sie füllt mit bestimmten Angeboten auch Lücken der gesundheitlichen Versorgung, die aufgrund unzureichender Aufklärung und Beratung der Patienten entstehen, und substituiert damit zum Wohle der Patienten ärztliche Funktionen, die objektiv vernachlässigt werden. So berichtet eine 52-jährige Diabetikerin:

- I: Hm, also, die erste Frage wäre, wo haben Sie, äh, von der Gesundheitsberatungsstelle für Erwachsene gehört
- K: also
- I: oder wie haben Sie davon erfahren?
- K: Ich muß sagen, auf sehr viel' Umwegen und das find' ich sehr furchtbar. Ich bin aus'm Krankenhaus entlassen, also, ich bin mit einem Angina-Pectoris-Anfall und Atemnot eingeliefert worden und der Notarzt kam nicht, dadurch war ich natürlich sehr erregt, weil ich ja fast erstickt oder
- I: hm
- K: glaubte zu ersticken und dann äh bin ich ins Krankenhaus, selber ins Krankenhaus gefahr'n und hatte, weil ich sagte: ich bin Diabetikerin, 385 Zucker, den ich vorher überhaupt nicht hatte. Ich führ' es auf diese Erregung zurück, da ich zwei Stunden auf'n Arzt gewartet hab', ohne daß der kam
- I: hm hm
- K: dann bin ich ins Martin-Luther-Krankenhaus gekommen und habe 14 Tage im Krankenhaus gelegen, bin da uch äh mit Medikamenten versorgt worden, also, habe Tabletten genommen, Euglucon
- I: hm
- K: und drei Tage vor meiner Entlassung aus'm Krankenhaus ist die Oberärztin aus'm Urlaub zurückgekommen und hat mich sofort auf Insulin umgestellt und ich bin entlassen worden aus dem Krankenhaus, ohne daß man mir eine Beratung angedeihen ließ, Schluß, gar nichts. Dann bin ich nach Hause gekommen, dann hab' ich dann ein Büchel bekommen, hab' mir das durchgelesen und war so verzweifelt, daß ich überhaupt nicht wußte, was ich machen soll. Man kann mit einer Brochüre nichts anfangen. Dann hab' ich mich ans Telefon geklemmt, habe erst nochmal das Martin-Luther angerufen, hab' ich ein ganz kurzes Gespräch mit der Diätberaterin gehabt und habe dann zuhause angefangen, über die Gesundheitsämter. Bin erst über mein zuständiges, Wilmersdorf, Grunewald gegangen, die haben gar keine Beratung
- I: hm
- K: habe dann die anderen Gesundheitsämter angerufen und da konnte man mir auch nichts sagen. Dann hab' ich die Zillestraße angerufen, die Beratungsstelle der AOK ist und da ich in der Barmer versichert bin, konnte ich da auch nicht hingehen und na ja, und dann hab' ich nur noch einige Gespräche geführt und dann hab' ich erfahren, ich sollte mich doch mal an das Gesundheitsamt Wil-, äh Charlottenburg wenden
- I: hm
- K: das hab' ich getan und bin zu meinem großen Glück an die Frau ... geraten. Das ist mein Werdegang, daß ich hierher kam

...

K: Nein, also, ich habe gar keine Beratung gehabt, ich bin, äh, habe gespritzt, drei Tage vor dem ich also, bevor ich entlassen wurde, kam denn äh der Pfleger, gab mir die Spritze, sagte: So, nun üben Sie mal. Ich hatte die in der Hand und hatte nichts weiter. Ich hatte ja keine Flüssigkeit, ich wußte nicht mal, wo soll ich det denn nun hinspritzen, nech, also, gar nich'.

I: Hm.

K: Und dann bin ich rauskomm' ohne eine Beratung, und wenn Sie dann nur so'ne Broschüre, also dieses Diabetiker, zum Üben war was von irgendso einer Firma, die hab' ich gelesen, dann stand nur drin: so viel Broteinheiten, das, ich, ich hab' geheült damals

I: hm

K: das muß ich Ihnen ehrlich sagen. Also, wenn man da nicht auf-, man sollte die Krankenhäuser anweisen, daß sie wirklich äh Diabetiker, die dann umgestellt werden, das geschieht ja in einem Krankenhaus meistens

I: ja

K: daß man denen noch Aufklärung erteilt

I: hm hm. Oder, daß man sie zumindest vermittelt an Stellen, die solche Aufklärung geben können

K: ja, also, die haben mir gar nichts, nichts gesagt, also, ich bin so wirklich rausgekommen

I: hm

K: die Frau war mir eine so große Hilfe in ihrer ruhigen Art und daß sie einem das wirklich erklä-, ich konnte sie fragen und

I: hm

K: sie hat mir denn auch einen Plan direkt aufgestellt, einen persönlichen. Wir haben besprochen: was kann man essen? Was mag man essen? Was kann man verkehrt

I: das ist
direkt abgestimmt auf Ihre Bedürfnisse

K: auf, auf meine Bedürfnisse abgestimmt, und ich find, das ist sehr wichtig

...

K: Ich muß sagen, ich, nich', das sind ja nicht persönlich, daß man da nun irgendjemand nun hochnehmen will, es ist wirklich nicht so. Und ich bin ja wirklich, ich kann nicht sagen, hochgebildet, ein normaler Mensch

I: hm

K: Ich muß sagen, ich, nich', das sind ja nicht persönlich, daß man da nun irgendjemand nun hochnehmen will, es ist wirklich nicht so. Und ich bin ja wirklich, ich kann nicht sagen, hochgebildet, ein normaler Mensch

I: hm

K: nech, und aber, es hat mir viel gegeben. Und ich wünschte so sehr, und ich bin auch heute darauf her- darauf- in hergekommen, um äh, damit man das irgendwie überall machen kann, damit sich wirklich im Gesundheitswesen mal Gedanken gemacht wird, daß das jeder Bezirk braucht und nicht, daß die Leute von Hermsdorf und so hierher kommen müssen, denn die Zeit fehlt einem ja auch

I: hm

K: man ist ja als Diabetiker an die Zeit gebunden

I: hm

K: Sie müssen essen, sie müssen Ihre Zwischenmahlzeit einnehmen, das konnten wir hier. Ich hab' meinen Joghurt mitgenommen und hab' dann die Zwischenmahlzeit hier zu der Zeit gegessen

I: hm

K: brauchte nicht darauf verzichten

I: hm

K: nech, und das fand ich irgendwie alles sehr schön

I: ja

K: das war ein kleiner Kreis, aber sehr, sehr schön

I: hm

K: ... es sagen, es hat mir viel gegeben

Die Klienteninterviews zeigen, daß die GBE einen auch und vor allem gesundheitspräventiven wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung und Entwicklung der Identität ihrer Klienten leistet. Das gilt zum einen für die biographische Dimension lebensgeschichtlicher Entwicklung. Viele Klienten suchen die GBE in lebensgeschichtlichen Krisen und Umbruchsituationen ("Status-Passagen") auf. Ihre persönlichen Fähigkeiten mit den stattfindenden Veränderungen fertig zu werden, sind überfordert, Ehepartner und Freunde, sofern überhaupt noch vorhanden, sind es ebenfalls. In solchen Situationen ist oft zu beobachten, daß die überforderten Individuen erkranken und eine "Patientenkarriere" beginnen, die ihnen um den Preis oft gravierender Symptome einen scheinbaren Ausweg aus der ungelösten Krise bietet. Hier stellt die GBE eine Alternative dar. Ihre Angebote werden offenbar nicht schlechthin von Bürgern, die einen gesundheitlichen Leidensdruck haben, an "Risikofaktoren" laborieren oder sich weiterentwickeln wollen, in Anspruch genommen, sondern bevorzugt von solchen, die sich in Status-Passagen und persönlichen Krisensituationen befinden.

Das gilt zum anderen für die soziale Dimension der Integration in eine Gemeinschaft. Für viele, vor allem Alleinstehende und Ältere bietet die Teilnahme an den Gruppenangeboten der GBE eine erneute Vergemeinschaftung und einen Ausweg aus sozialer Isolation und Einsamkeit. Auch hierfür ist bekannt, daß vielfach Somatisierung die "Antwort" des Individuums auf die damit verbundenen seelischen Belastungen ist.¹⁾ Eine Reintegration in eine Gruppe, die Beziehungen zwischen ihren Mitgliedern stiftet, sie zu gemeinsamen Aktivitäten anregt und ihnen oft auch Gelegenheit zu einer Aussprache gibt, restabilisiert die soziale Identität durch die Gemeinschaft und wird vielfach Somatisierung überflüssig werden lassen. Systematisch gesehen stellen die Bewältigung von Status-Passagen und die Integration in Gruppen nicht beliebige Leistungen einer sozialen oder gesundheitsbezogenen Einrichtung dar, sondern repräsentieren die beiden wesentlichen "Achsen" von Identität:

"'Identität' nennen wir die symbolische Struktur, die es einem Persönlichkeitssystem erlaubt, im Wechsel der biographischen Zustände und über verschiedene Positionen im sozialen Raum hinweg Kontinuität und Konsistenz zu sichern." 2)

Die Interpretation der Klienteninterviews zeigt so, daß eine "Tiefenwirkung" der Teilnahme an den Angeboten der GBE gerade für Ältere in der zeitlichen und sozialen Identitätssicherung liegt, die selbst wieder gesundheitsfördernd bzw. gesundheitspräventiv ist - ganz abgesehen von den unmittelbar gesundheitsfördernden Wirkungen von Angeboten wie Abnahmegruppen, Autogenes Training, Gymnastik etc.

1) Vgl. exemplarisch ENGEL/SCHMALE 1978

2) DÖBERT et al. 1977, S. 9, Hervorhebungen durch uns

6. DIE ADRESSATEN DER GBE II: KOOPERATION UND MULTIPLIKATOREN

Wie bereits dargestellt, hat die GBE neben der Aufgabe, erwachsene Bürger vorbeugend sozialmedizinisch zu beraten, den Auftrag,

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

(Senatsvorlage Nr. 276)

Neben die sozialmedizinische Beratung erwachsener Bürger als einzelne Klienten (siehe oben Kapitel 3, Aktivitätenbereiche 1-5, siehe Kapitel 5) tritt die Beratung und Unterstützung anderer Institutionen in gesundheitserzieherischer Hinsicht (Multiplikatorentätigkeit) bzw. die Kooperation mit ihnen, um dort selbst gesundheitsberaterisch tätig zu werden. Aus den Erklärungen der Senatsvorlage geht hervor, daß an alle Organisationen gedacht ist, in denen eine größere Anzahl von Mitarbeitern tätig ist und/oder die ein zahlenmäßig relevantes Klientel haben.

Zum besseren Verständnis dieser Aufgabe der GBE wird folgende Unterscheidung getroffen:

Unter Kooperation wird die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen verstanden, die gleiche oder ähnliche Ziele verfolgen wie die GBE (z.B. ein Abnahme- oder Kochkurs in einer anderen Einrichtung des öGD oder eines freien Trägers). Multiplikatorenarbeit ist die Zusammenarbeit mit Adressaten der GBE, d.h. mit Personen und Einrichtungen, die primär andere Ziele verfolgen, in deren Rahmen aber auch die Ziele der GBE wirksam werden können (z.B. eine Veranstaltung mit Köchinnen von Seniorenheimen).

Die doppelte Zielrichtung gesundheitlicher Prävention auf einzelne Klienten und auf Institutionen entspricht einer gesundheitspolitischen Strategie, die am deutlichsten in der Entschließung der 50. Konferenz der für

das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder vom 10. Dezember 1982 zum Ausdruck kommt (50. GMK: EntschlieÙung "Gesundheitserziehung und Öffentlicher Gesundheitsdienst"). Dort werden zwei Wege der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung genannt: a) der personenbezogene Weg (in die Lebenswelt der Bevölkerung) und b) der organisations- und institutionenbezogene (über soziale Systeme, in die die Bürger inkorporiert sind). So sollen bestehende örtliche bzw. regionale Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitserziehung ausgebaut und neu eingerichtet werden, neue Schwerpunkte ins Beratungsangebot des Gesundheitsamtes aufgenommen und die Mitarbeiter des öGD und der regionalen Arbeitsgemeinschaften fortgebildet werden. Außerdem soll auch "Beratung der Mitglieder der örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften sowie anderer interessierter Gruppen in Fragen der gesundheitlichen Aufklärung, Bildung und Erziehung durch die fortgebildeten Mitarbeiter des öGD" stattfinden (EntschlieÙung der GMK, Punkt 5).

Mögliche Kooperationspartner und Multiplikatoren des öGD und der GBE sind folgende Organisationen, Einrichtungen oder Personen: Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und andere freie Initiativen, Schul- und Sozialämter, Jugend- und Sportämter, Gewerkschaften und Arbeitgeber, Politiker, Parlamentarier, örtliche Verbraucherverbände, Institutionen der Erwachsenenbildung, Sportvereine, Krankenhäuser, Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger, niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Apotheker, Elternvertreter, lokale Medien, Kirchen, kulturelle Organisationen etc. (vgl. GMK 1982).

6.1 Kooperation

Für die Kooperation stellt sich die Frage, mit wem, auf welche Weise und in welchen Veranstaltungen die GBE zusammenarbeiten will. Sie verbreitert damit die Basis ihrer Arbeit. Die Struktur ihres Angebots bleibt gleich. Für die Multiplikatorenarbeit stellt sich grundsätzlich die Frage, in welchen Institutionen welche Mitarbeiter als Multiplikatoren in Frage kommen, wie diese anzusprechen, zu gewinnen und zu schulen sind. Letzteres ist in Verbindung mit der Frage der Fortbildung der Mitarbeiter zu sehen. Die GBE muß sich fragen, wie sie den Multiplikator in den Stand setzt, seinerseits gesundheitspräventiv wirken zu können. Ist das integrierbar in seine beruflichen Funktionen, ist zeitlich und sachlich Raum dafür da? Beim Pächter einer Kantine (eines Betriebes oder eines Amtes) oder dem Sportwart eines Betriebes wird das noch relativ leicht sein, da deren Arbeit immer auch gesundheitliche Belange betrifft. Andere Multiplikatoren werden die Aufgabe neben ihren sonstigen Funktionen übernehmen müssen - z.B. der Abteilungsleiter in einem Kaufhaus oder einer Behörde, der an der Sache interessiert ist und sich für sie einsetzen will.

Die folgenden Ergebnisse zu Kooperation und Multiplikatorenarbeit der GBE wurden aus zwei Quellen gewonnen: Experteninterviews mit Mitarbeitern der Stellen und anderen im bezirklichen Gesundheitsamt mit Gesundheitsaufklärung befaßten Mitarbeitern (z.B. Stadtrat, Amtsarzt) sowie einer Umfrage unter den Stellen, die im Frühjahr mittels Fragebögen durchgeführt wurde.¹⁾

Im historischen Rückblick hat sich eine Kooperation der Stellen mit folgenden Gruppen entwickelt:

- a) niedergelassenen Ärzten
- b) anderen Abteilungen oder Stellen des bezirklichen Gesundheitsamtes
- c) Stellen des Bezirksamtes
- d) Ämtern, Institutionen und Betrieben
- e) Arbeitskreisen, Initiativen und freien Gruppen

1) Der Fragebogen ist im Materialband enthalten.

a) In fast allen Bezirken wurde nach Eröffnung der Stelle versucht, mit den niedergelassenen Ärzten im Bezirk Kontakte herzustellen. Das entsprach der ausdrücklichen Absicht der Senatsverwaltung für Gesundheit, deutlich zu machen, daß in der GBE keine konkurrierende Behandlung, sondern eine diese ergänzende Beratung angeboten würde. Die niedergelassenen Ärzte wurden angeschrieben, von Mitarbeitern der GBE in ihren Praxen aufgesucht oder zu Gesprächen eingeladen, um sie mit den Angeboten der GBE bekanntzumachen. Nach anfänglicher Zurückhaltung ist die Resonanz inzwischen recht gut: Niedergelassene Ärzte und GBE kooperieren in der Form wechselseitiger Hinweise (auf Behandlungsbedürftigkeit bzw. auf Beratungsangebote) und Überweisungen. Der GBE kommt zugute, daß den niedergelassenen Ärzten oft die Zeit oder die Bereitschaft für ausführliche Gespräche mit einzelnen Patienten der hier in Betracht kommenden Risikogruppen (Raucher, Übergewichtige, bewegungsarme Berufe etc.) fehlt und der Hinweis auf die entsprechenden Beratungsangebote der GBE die Ärzte hiervon entlastet.

Gleiches gilt für einige Gruppen von chronisch Kranken, besonders Diabetiker. Speziell für sie bietet die GBE eine Reihe von Angeboten, die sich sowohl auf den Umgang mit der Erkrankung wie auf eine adäquate Lebens- und Ernährungsweise richten. Sie hat hier einen Arbeitsbereich aufgebaut, der eine Lücke füllt, die durch die unzureichende Information und Anleitung der Diabetiker durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser entstanden ist.¹⁾

Umgekehrt weist die GBE solche Klienten, bei denen manifeste Erkrankungen festgestellt werden, auf die Notwendigkeit einer Behandlung durch den Arzt hin.

Durch diese wechselseitige Intensivierung der Kooperation hat sich das anfangs schwierige Verhältnis zwischen GBE und niedergelassenen Ärzten inzwischen entspannt.

1) Vgl. hierzu die Äußerungen einer Klientin im Interview, siehe oben Kapitel 5.2

b) Mit Stellen des bezirklichen Gesundheitsamtes haben sich folgende Kooperationsbeziehungen entwickelt:

- mit dem Jugendgesundheitsdienst/Schüler, da die Schule und Einrichtungen der Jugendpflege ein sozialer und biographischer Ort sind, an dem wichtige präventive Arbeit (im Sinne von Primärprävention) zu leisten ist;
- mit dem sozialpsychiatrischen Dienst, da es bei psychischen Erkrankungen auch Zusammenhänge mit dem körperlichen Befinden und der auf dieses verweisenden Lebensweise der Klienten gibt;
- mit der nachgehenden Krankenfürsorge (insbesondere bei chronisch Kranken bzw. Krebskranken); hier leistet die Gesundheitsberatung Beratung zu Rehabilitation, also eine Form sekundärer bzw. tertiärer Prävention;
- mit dem zahnärztlichen Dienst, da Fragen der gesunden Ernährung für die Zahnpflege der Kinder und Jugendlichen besonders wichtig sind;
- mit der (bezirklichen) Suchtberatung: Bereits in der Senatsvorlage sind ausdrücklich "Fragen des Alkohol- und Drogenmißbrauchs" zu Aufgaben der GBE erklärt worden. Die Suchtberatungsstellen, die in einigen Bezirken bestehen, sind auf diese Arbeit spezialisiert. Abgesehen von der Raucherentwöhnung, die ein eigener Tätigkeitsbereich ist, in dem es um Mißbrauch geht, überweist die GBE solche Klienten generell an die Suchtberatung. Lediglich vereinzelt bietet sie auch Beratung (wie z.B. für Angehörige von Alkoholikern) in diesem Bereich an.
- Kooperation besteht in Einzelfällen außerdem mit verschiedenen anderen Beratungsstellen (für Risikokinder, Sprachbehinderte, Kinder- und Jugendpsychiatrie), dem sozialmedizinischen Dienst, der Behindertenfürsorge sowie dem amts- und vertrauensärztlichen Dienst.

c) Kooperationsbeziehungen bestehen zu Einrichtungen und Abteilungen des öffentlichen Dienstes:

- Zur Abteilung Sozialwesen, insbesondere auf dem Gebiet der Seniorenarbeit. In diesem Bereich gibt es sachlich Überschneidungen zwischen den Ressorts Gesundheit und Soziales (die auf Senatsebene inzwischen in einer Hauptverwaltung zusammengefaßt sind), die eine Zusammenarbeit nötig machen. Dieser Bereich der Kooperation nimmt aber nur einen geringen Anteil ein.

- Zur Abteilung Volksbildung, deren Arbeit (die insbesondere Schulen und Volkshochschulen umfaßt) sich in bezug auf das Thema Gesundheit mit der GBE überschneidet.
- Zur Abteilung Jugend und Sport. Hier gibt es sachliche Gemeinsamkeiten, denn einige Risikogruppen, die die GBE mit ihren Kursangeboten anspricht, sind schon unter Jugendlichen zu finden. Insbesondere handelt es sich um Übergewicht, Bewegungsarmut, falsche Ernährung, Rauchen und Alkoholmißbrauch.
- Zu Tagesstätten für Behinderte, anderen Stellen inner- und außerhalb des Bezirksamtes, auch zum Bundesgesundheitsamt (BGA) etc.

d) Unter den anderen Einrichtungen, Institutionen oder Personen, mit denen Kooperation entwickelt wurde, nehmen die von Trägern der Wohlfahrt unterhaltenen Sozialstationen einen gewichtigen Anteil ein. Zu nennen sind außerdem: Apotheker, Krankenkassen, DRK, Verbände der freien Wohlfahrt, Diabetiker-Bund, Rheuma-Liga, die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), Industrie und Handel, Kirchengemeinden und Vereine.

Die Kooperationsbeziehungen zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und zur Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) haben dagegen einen anderen inhaltlichen Charakter. Die GBE holt sich bei diesen Einrichtungen Kenntnisse und Kompetenzen für ihre Arbeit und für die Fortbildung ihrer Mitarbeiter.

e) Schließlich haben sich vor allem in jüngerer Zeit Kontakte und Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen Arbeitskreisen, Initiativen und freien Gruppen entwickelt. Die GBE arbeitet mit der Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS) zusammen, die die Arbeit von Selbsthilfegruppen in Berlin koordiniert und unterstützt, ferner mit einzelnen Selbsthilfegruppen in den Bezirken. Kooperationspartner finden sich in Gremien, die die Interessen älterer Menschen vertreten (wie Seniorenrat, Seniorenvertretung). In einem Bezirk hat sich unter Mitwirkung verschiedenster Gruppen ein von der GBE institutionell unterstützter Arbeitskreis "Gesund bleiben" konstituiert.

Für die Kooperation der GBE mit anderen Institutionen gibt es spezifische Anknüpfungspunkte. In der "Arbeitsgemeinschaft Öffentlichkeitsarbeit" sind alle Referate des Gesundheitsamtes vertreten, um das Thema "Gesundheitserziehung" und "Gesundheitliche Aufklärung" öffentlichkeitswirksam zu machen. In der "Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung", einem gemäß der GMK-EntschlieÙung von 1982 gebildeten Gremium, sind Teilnehmer aus verschiedensten Bereichen zu finden: neben dem öGD, Erwachsenenbildungs- oder -freizeitstätten, Krankenkassen, Sportvereine, interessierte Ärzte etc. Sie verfolgen das gemeinsame Ziel, Gesundheitserziehung "in der Gemeinde" zu fördern.

In Zusammenarbeit mit dem Jugendgesundheitsdienst wirkt die GBE in die Schulen hinein. Anknüpfungspunkt ist das gemeinsame Interesse, Gesundheitserziehung und Prävention zu einem wichtigen Teil der schulischen Erziehung zu machen. Mit anderen Abteilungen und Stellen des Gesundheitsamtes bestreitet die GBE öffentliche Auftritte und Aktionen, insbesondere zu den "Tagen der Gesundheit" und zum "Weltgesundheits-tag".

Gegenstand, Form und Intensität der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern sind vielfältig. In den Arbeitsgemeinschaften (Gesundheitserziehung, Öffentlichkeitsarbeit, Drogenarbeit) stehen die Besprechung gemeinsam interessierender Probleme, die Planung von Aktionen und der Informations- und Erfahrungsaustausch im Vordergrund. Mit dem DRK und der nachgehenden Krankenfürsorge finden Informationsveranstaltungen zu Themen statt, die nicht nur unmittelbar gesundheitsbezogen sind (z.B. "Übersiedelung in ein Altersheim", "Angehörige pflegen Angehörige", "Ernährung und Krebs"). Gemeinsam mit dem Jugendgesundheitsdienst gestaltet die GBE Unterrichtsstunden mit Lehrern, insbesondere zum Thema "Nichtrauchen". Mitarbeiter beider Institutionen besuchen Elternabende, auf denen sie Belange der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung vertreten. Die GBE informiert und konsultiert Gremien wie Seniorenrat und Seniorenvertretung. Die Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS) schickt Klienten, z.B. Magersüchtige in die GBE. Insbesondere mit Einrichtungen des öffentlichen Dienstes besteht inzwischen Kooperation derart, daß diese Klienten an die GBE "überweisen": Die Krankenfürsorge schickt Krebspatienten, der so-

zialpsychiatrische Dienst psychisch Kranke zum Turnen. Der Jugendgesundheitsdienst schickt übergewichtige Kinder, die Behindertenfürsorge Eltern und Kinder zur Gymnastik.

Zeitlich sind diese Kooperationsbeziehungen schwer quantifizierbar.

Gleichwohl lassen sich zwei Trends erkennen. Die Gremien und Arbeitsgemeinschaften tagen in größeren Abständen monatlich bis halbjährlich.

Alle anderen Kooperationsaktivitäten finden fallweise, mehr oder minder regelmäßig, damit in der Intensität unterschiedlich statt.

Mit den genannten Kooperationspartner finden gemeinsame Aktivitäten statt. "Gemeinsamkeit" meint dreierlei:

- a) Die GBE macht ihre Angebote in den Räumen und im institutionellen Rahmen der Kooperationspartner (Beispiel: eine Informationsveranstaltung zu "Gesundheit im Alter" in einer Seniorentagesstätte oder Denk- und Gedächtnistraining in einer Senioreneinrichtung).
- b) Der Kooperationspartner schickt seine Klienten in die GBE, damit sie dort an deren Angeboten teilnehmen (Beispiel: SEKIS schickt "Patienten" mit Eßstörungen, der sozialpsychiatrische Dienst Patienten zur Gymnastik).
- c) Gemeinsame Veranstaltungen werden durchgeführt, die - auch im Sinne der GBE - gesundheitspräventiven Zwecken dienen (Beispiel: "Zahnputzbrunnen"-Aktion gemeinsam mit dem Jugendgesundheitsdienst, Veranstaltungsreihe "Gesundheitsforum" mit der Volkshochschule).

6.2 Multiplikatorenarbeit

Multiplikatoren sind Personen, die im Rahmen eines bestimmten institutionellen Kontextes tätig sind und auch dort aufgesucht und angesprochen werden. Die Arbeit mit Multiplikatoren besteht in der GBE im wesentlichen darin, diese als Angehörige verschiedener Berufsgruppen fortzubilden, so daß sie imstande sind, gesundheitspräventive Aspekte in ihre Arbeit einzubeziehen. Es handelt sich um Altenpfleger, die in Bewegungsfragen fortgebildet werden, Pflegepersonal von Sozialstationen, das eine Fortbildung zum Umgang mit bestimmten Patientengruppen (insbesondere Diabetikern) erfährt, Leiter von Kantinen und Küchenpersonal in Kindertagesstätten und Altenheimen, das in Ernährungsfragen geschult wird, Sozialarbeiter, mit denen regelmäßig auf Gesundheit fokussierte Arbeitsgespräche geführt werden und anderes mehr.

Die Vermittlung von Aktivitäten der GBE durch solche Multiplikatoren geschieht in zwei Formen: Durch Weitergabe eines Angebots an Klienten oder Mitarbeiter - die klassische Multiplikatorenarbeit (siehe oben) - oder durch die Weitergabe eines Angebotes an Verwandte oder Freunde. Hier zeigt sich ein "neuer" nichtinstitutioneller Multiplikator: der von der GBE fortgebildete bzw. geschulte Laie. So werden Angehörige von Kranken und Pflegebedürftigen in der GBE für den Umgang mit ihren Angehörigen geschult. Damit wird Laienpotential im Sinne der Idee "Hilfe zur Selbsthilfe" aktiviert.

Als Kooperationspartner für die "klassische", d.h. organisationsbezogene Multiplikatorenarbeit sehen die GBE-Stellen an:

- Krankenkassen: Sie wären, weil auch ihnen Aufgaben der Vorsorge obliegen, der "ideale Partner" in Fragen der Gesundheitserziehung und Prävention. Doch sie "geben lieber ihr Geld für Folgekosten aus, als sich ernsthaft mit Gesundheitsberatung auseinanderzusetzen" (so die Antwort aus der GBE eines Bezirkes).
- Angehörige pädagogischer Berufe: Insbesondere Erzieher in Kindergärten, Kindertagesstätten und Lehrer in Schulen werden als wichtige Multiplikatoren gesehen, gegenwärtig aber noch zu wenig (planmäßig) in die präventive Arbeit einbezogen.

- Berufsgruppen im sozialen Bereich wie Altenpfleger (in Sozialstationen) oder Heimleiter (in Senioreneinrichtungen).
- Angehörige medizinischer und paramedizinischer Berufe, vor allem Apotheker und Betriebsärzte, die mit den alltäglichen Gesundheitsproblemen und deren sozialem Kontext oft vertraut sind.
- Medien, insbesondere die Presse: Die gelegentliche Berichterstattung oder Veröffentlichung von Kursangeboten wird als nicht ausreichend angesehen. Die Stellen wünschen eine regelmäßige Mitarbeit der Presse. Diese soll stärker als "aktiver Partner" in die Arbeit der GBE eingebunden werden.
- Betriebe: Die Betriebe könnten mehr auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge tun. Die GBE müßte stärker auf sie und die Mitarbeiter zugehen. Das setzt aber voraus, sich mit den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern bzw. deren Repräsentanten auseinanderzusetzen - eine in der Praxis schwierige Aufgabe. Gleichwohl gibt es in einem Bezirk einen Ansatzpunkt in Form eines Arbeitskreises "Gesünder leben", in dem sich auch ein großer Betrieb des Berliner Nordens engagiert.

Als Hauptgrund dafür, daß Institutionen und Berufsgruppen wie die hier genannten nicht angesprochen und für eine Zusammenarbeit gewonnen werden, wird von den Stellen Zeitmangel genannt. Scheinbar hindern die anderen Aufgaben die GBE daran, diese Aufgabe zu erfüllen. Die Wahrnehmung der Multiplikatorenfunktion ist jedoch weniger ein Problem der Zeit als eines der Setzung von Prioritäten.

Die geringere Systematik und Ausdifferenziertheit der Multiplikatorenarbeit im Verhältnis zur klientenbezogenen Arbeit korrespondiert mit der Tendenz der Stellen, sich stärker ins Amt zurückzuziehen statt nach draußen zu gehen.

Wird im Kontext der Senatsvorlage wie in dieser selbst noch vorgeschlagen, die GBE "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 ... anbietet" (Senatsvorlage Nr. 276, Abschnitt 4), so findet derzeit der weit überwiegende Teil der Aktivitäten mit einzelnen Klienten (oder Gruppen) in der Stelle selbst statt.

Für die Multiplikatorenarbeit besteht im auffälligen Unterschied zur unmittelbar klientenbezogenen Arbeit - wo diverse Kursprogramme und elaborierte pädagogisch-psychologische "Techniken" Einsatz finden - bis auf Kenntnisse einiger Mitarbeiter/innen, die am "Planspiel Gesundheit" der BZgA teilgenommen haben, keinerlei Konzeption.

Wie eine systematische Arbeit mit Multiplikatoren aussehen könnte, zeigt das folgende Gedankenexperiment:

Wenn die GBE die Multiplikatorenarbeit zum Fokus ihrer Tätigkeit machen würde, könnte sie in einem ersten Schritt alle im Bezirk bestehenden Institutionen von einer bestimmten Größe an (bezogen auf die Zahl der Mitarbeiter) zusammenstellen. Sodann wäre der für die Mitarbeiter Verantwortliche (z.B. der Personalchef oder Amtsleiter) anzuschreiben und aufzusuchen, um ihm die Probleme gesundheitlicher Prävention in seinem Bereich und die Konzeption der GBE inhaltlich nahezubringen. Dieses könnte entweder informativen Charakter haben, es wäre aber auch denkbar, den Multiplikator mit den entsprechenden Angeboten der GBE selbst vertraut zu machen. Das weitere Vorgehen könnte darin bestehen, nun nacheinander Institution für Institution (nach dem Kriterium der Größe oder des größten Interesses) aufzusuchen und - entsprechend den räumlichen und zeitlichen Möglichkeiten der jeweiligen Institution - in einer Art Intensivphase mit allen interessierten Mitarbeitern, Klienten, Schülern etc. ein Kurzprogramm der GBE-Angebote durchzuführen. Die Mittel wären dabei im Prinzip die gleichen, wie sie bei der GBE in der Stelle selbst angewandt werden: Kurse, Vorträge, Tests, Plakatwände, Stände, Filme etc. - nur alles in komprimierter Form. Daneben könnten zusätzliche Veranstaltungen mit einflußreichen Mitarbeitern und einzelnen besonders Interessierten durchgeführt werden. Für ein solches Vorgehen sind im einzelnen unterschiedliche Formen der Ausgestaltung denkbar.

Was mit diesem Gedankenexperiment deutlich gemacht werden soll, ist, daß hier von vornherein ein anderer Zugang zur Frage der "Multiplizierung" von Gesundheitsberatung gewählt würde, der dem in der Senatsvorlage konzipierten Modell der Beratung von Institutionen besser entspräche und der Bedeutung und dem Gewicht dieses Schwerpunktes besser gerecht würde als die gegenwärtige Form, ohne Bedeutung und Umfang der klientenbezogenen Arbeit einzuschränken.

Ohne dies weiter auszumalen, wird deutlich, daß diese auf Institutionen hin orientierte Multiplikatorenarbeit in der Entwicklung und beim Ausbau der GBE bislang eher randständig geblieben ist und wie wichtig hierfür eine gezielte Fortbildung wäre (siehe unten Kapitel 7.4).¹⁾

Sinnvollerweise wäre es Aufgabe der Senatsverwaltung für Gesundheit, mit den GBE-Stellen eine ausformulierte Konzeption von Multiplikatorenarbeit zu erarbeiten oder in Auftrag zu geben. Bestandteile einer solchen Konzeption müßten sein:

- Erstellung einer Institutionsmatrix, d.h. einer institutionsspezifischen Analyse zur Gesundheit. Damit soll festgestellt werden, welchen Stellenwert die Gesundheitsförderung in Institutionen hat, was diesem Ziel in den Institutionen widerspricht und welche Ansätze zur Realisierung dieses Ziels es bereits gibt.
- Auffinden von "Schlüsselpersonen". Dies müssen Einflußträger, also innerinstitutionelle Repräsentanten der Interessen der Mitarbeiter (z.B. Betriebsrat, Personalrat, Gewerkschaft) und der Gesamtorganisation (z.B. Personalleiter) sein.
- Notwendig ist die Kombination von strukturellen und personenbezogenen Maßnahmen. Die Vernachlässigung der Multiplikatorenarbeit ist häufig eine Vernachlässigung von strukturellen Hindernissen gesundheitlicher Prävention. Die überwiegende Klientenorientierung kann zu einer einseitigen Individualisierung gesundheitlicher Probleme führen.
- Für Multiplikatoren sollten Kurzlehrgänge eingeführt werden. Auf diesen sollten nach einer im einzelnen noch zu entwickelnden didaktischen Konzeption entsprechende, vorher entwickelte Materialien durchgearbeitet und Fälle durchgespielt werden.

Die GBE ist mit der Aufgabe der Multiplikatorenfortbildung zur Zeit überfordert und wird die Multiplikatorenarbeit erst dann adäquat wahrnehmen können, wenn ihre Mitarbeiter durch gezielte Fortbildung dazu befähigt sind. Ein anderer Weg wäre, geeignete Fachkräfte mit Kompe-

1) Zu einzelnen derartigen Aktivitäten, bei denen sich insbesondere Charlottenburg und Wedding engagiert haben, vgl. oben Kapitel 3.

tenzen zur Erfüllung dieser Aufgabe als externe Berater hinzuzuziehen. Die GBE würde dann die Inhalte und Organisation stellen und gemeinsam mit diesen Fachleuten für Multiplikatorenschulung Kurse bzw. Angebote durchführen können.

7. MITARBEITER, KOOPERATION UND FORTBILDUNG

Im folgenden sollen nach einem Rekurs auf Abschnitt 4 der Senatsvorlage Nr. 276 (Mitarbeiter) der Komplex der Personalstruktur der GBE, d.h. Leitungsstruktur und Teaminteraktion, die Zugehörigkeit der Leiter und Mitarbeiter zu verschiedenen Berufsgruppen, die Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiter, die von ihnen wahrgenommenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Vorschläge zur Erweiterung ihrer Kompetenzen vorgestellt werden.

7.1 Personalstruktur gemäß der Senatsvorlage

Im Hinblick auf die künftigen Mitarbeiter wird in der Senatsvorlage zur Errichtung der GBE von einem "Team" aus mehreren hauptamtlichen bzw. teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern gesprochen. Sie sollen "Gesundheitsberufen" angehören und "typischerweise" sollen dazu Arzt, Krankenschwester, Diätassistentin und Krankengymnastin gehören. Auch Psychologen könnten einen "sinnvollen Beitrag leisten".

Prinzipiell werde folgendes Personal für jede Beratungsstelle benötigt: ein Arzt, ein Krankengymnast, ein Arzthelfer, eine Krankenschwester sowie ein Diätassistent, d.h. mindestens fünf Stellen.

Was bedeutet diese Personalstruktur für die Struktur der GBE?

Obwohl auch Psychologen zugestanden wird, in der GBE sinnvolle Beiträge leisten zu können, ist die prinzipiell formulierte Zuweisung der Personalstellen so, daß unter ärztlicher Leitung traditionell als Heilhilfsberufe bezeichnete Berufsgruppen tätig werden sollen. In einer "Gesundheitsberatung" auf den ersten Blick erstaunlich ist das bei Krankenschwestern und Arzthelferinnen, d.h. traditionell auf (Kranken-)behandlung und nicht auf (Gesunden-)beratung eingestellten Berufen. Ihre Integration in das Team der GBE hatte den Grund, daß zur Zeit des Entwurfs der Senatsvorlage im klinischen Bereich Betten und Stellen erheblich reduziert wurden. Das freigesetzte Personal mußte anderweitig ein-

gesetzt werden, und so lag der Gedanke nahe, neugeschaffene Stellen im öGD wie die GBE vergleichsweise kostengünstig aufzubauen, wenn dieses Personal in die neuerrichteten Stellen übernommen werden könnte.¹⁾ Mit dieser zweifellos ökonomischen Lösung mußte sich die GBE aber das Problem einhandeln, daß sich in den Stellen zunächst eine Interaktionsstruktur ähnlich derjenigen der Praxis des niedergelassenen Arztes reproduzieren würde. Der Stellenleiter ist ein Arzt, die Hilfsberufe Krankenschwester und Arzthelferin definieren sich traditionell in bezug auf ihn und die Berufe mit einer fachlich eigenständigeren Qualifikation (Krankengymnast, Diätassistent) sind von der Leitungsstruktur her in diese Interaktionsstruktur eingebunden.²⁾

Angesichts der Aufgabenstellung der Gesundheitsberatung - Beratung (oder Erziehung), aber nicht Behandlung - wird hier eine mögliche Konfliktlinie deutlich: Das Personal ist von seiner Berufsausbildung und seiner bisherigen Berufserfahrung her auf die Behandlung von Patienten hin sozialisiert, soll nun aber beraten und erziehen. Das läßt allein aus Kenntnis der Senatsvorlage vermuten, daß entweder die traditionell behandelnden Berufe in der GBE eine an Behandlung angelehnte Beratung praktizieren werden, oder daß die Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen, die das nicht tun, sich umorientieren müssen, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

Da die Rolle des Arztes sehr umfassend bestimmt ist und z.B. auch psychotherapeutische Anteile hat, wird den Ärzten zumindest subjektiv die Umstellung auf erzieherische oder beratende Tätigkeit weniger Schwierigkeiten bereiten. Die Arzthelferinnen und Krankenschwestern dagegen

-
- 1) Ein Hinweis auf diese geplante Umsetzung von medizinischem Personal im Zusammenhang mit der Umstrukturierung der stationären Versorgung findet sich in der bereits mehrfach erwähnten Senatsvorlage von 1978. Dort heißt es: "Diese Überlegung (zur langfristigen Bettenreduktion) wirft die Frage des zukünftigen Personaleinsatzes auf, soweit die Möglichkeit besteht, soll Personal, das durch Bettenreduzierungen im Krankenhausbereich dort nicht mehr benötigt wird, je nach Eignung eine Tätigkeit für Gesundheitsvor- und -fürsorge übernehmen." (a.a.O., S. 42, vgl. Krankenhausbedarfsplan 1978, S. 249).
 - 2) Siehe oben Kapitel 1.5, wo dieser Strukturkonflikt bei der Erörterung der rechtlichen Grundlagen der GBE bereits erwähnt ist. Zur tatsächlichen Entwicklung beim Aufbau der Stellen vgl. auch Kapitel 2.4.

werden sich stärker umstellen müssen und dabei größere Umstellungsprobleme haben als die Krankengymnastinnen und die Diätassistentinnen, deren Qualifikationen ohnehin nicht so stark auf ärztliche Anleitung und Behandlung als Handlungsziel ausgerichtet ist. Es ist allerdings auch denkbar, daß sie, ausgehend von ihrem beruflichen Selbstverständnis, neue Tätigkeitsfelder entwickeln, die besser in den Rahmen der Gesundheitsberatung passen.

7.2 Stellenleitung und Teaminteraktion

Die Bedeutung der Stellenleitung ist vor allem bei den Stellen deutlich geworden, die lange Zeit ohne Leiter waren, nur kommissarisch geleitet wurden oder in denen der Leiter öfters wechselte. Diese Stellen hatten lange Zeit nur ein rudimentäres Angebot, ein kaum ausgebildetes Konzept, übernahmen Angebote anderer Stellen, ohne sie wirklich begründen und darstellen zu können. Sie blieben auch im bezirklichen Gesundheitsamt in einer schwachen und Randposition. Diese Stellen gewannen erst unter einer kontinuierlichen, fachlich kompetenten und in der Sache engagierten Leitung allmählich eigenes Profil. So ist im nachhinein die Entscheidung, Stellen aufzubauen und zu eröffnen, bevor ein Leiter eingestellt war, hinsichtlich der Entwicklung der GBE als problematisch anzusehen. Allerdings wäre möglicherweise die eine oder andere Stelle den späteren Einstellungsstops zum Opfer gefallen, hätte man dort erst die Einstellung eines geeigneten Leiters abgewartet.

Die Relevanz der Stellenleitung und der Teaminteraktion für die Arbeit der Gesundheitsberatung liegt im wesentlichen darin, daß die Interaktionsstruktur der Mitarbeiter und vor allem der Leiter Modellfunktion haben. Die Berufszugehörigkeit des Leiters impliziert Interaktionsstile mit Mitarbeitern und Klienten, die die Beratungsstelle und ihre Arbeit beeinflussen. Sie werden im folgenden an den verschiedenen Berufsgruppen der Stellenleiter/innen der GBE erörtert.

Für die Stellenleitung und die von ihr wesentlich bestimmte Teaminteraktion¹⁾ sind grundsätzlich - neben den individuellen Eigenschaften und dem persönlichen Stil der Leiter - zwei Dimensionen von Bedeutung:

- a) die Berufszugehörigkeit des Leiters und
- b) sein vielfach durch diese bestimmter Leitungsstil als außerfachliche professionelle Kompetenz.

zu a) Berufszugehörigkeit

Der Leiter hat über seine Ausbildung und berufliche Sozialisation eine bestimmte Sichtweise gesundheitlicher Probleme und eine bestimmte Handlungspraxis erworben, was sich insbesondere darin ausdrückt, wen er als Adressat der Arbeit der GBE ansieht und wie er mit diesen Adressaten umgeht. Dies drückt sich schon in der Terminologie aus: Ärzte haben Patienten, Psychologen Klienten, Pädagogen Schüler und Erwachsenenpädagogen Erwachsene als Adressaten ihrer Arbeit, Typisierungen von Adressaten, die einen je spezifischen Umgang mit diesen und deren Problemen schon begrifflich nahelegen. Für die gegenwärtigen Stellenleiter stellt sich dies wie folgt dar.²⁾

Für die ärztlichen Leiter ist ihr berufliches Selbstverständnis im großen und ganzen unproblematisch. Alle sehen ihre Tätigkeit als Teil der Aufgabe des Arztes an, wobei vor allem die psychologischen und kommunikativen Aspekte der ärztlichen Rolle betont werden, wie sie sich im Berufsbild des ärztlichen Psychotherapeuten zusammenfassen lassen. Daneben wird die gesundheitliche Prävention als spezifische "neue" (oder wieder zu aktualisierende) ärztliche Aufgabe angesehen, die gerade an-

-
- 1) Neben seiner formellen dienstrechtlichen Stellung hat der Leiter einer Stelle Einfluß auf die Auswahl neuer Mitarbeiter, die in Abstimmung von Stadtrat, Amtsarzt und Büroleiter mit ihm oder zumindest nach seiner Anhörung eingestellt werden.
 - 2) Die Darstellung basiert auf Interviews mit Stellenleitern und Protokollen von Dienstbesprechungen.

gesichts der "Zivilisationskrankheiten" gegenüber den kurativen Funktionen des Arztes mehr Gewicht bekommen müssen und die eigene Arbeit bestimmen.

Die Psychologen stehen stärker als die Ärzte unter der Selbstverpflichtung, ihre berufliche Rolle im Gesundheitsamt, speziell in der GBE zu begründen. Der Kern dieser Begründung sind die über die Berufsausbildung erworbenen psychologischen, vor allem gruppodynamischen und psychotherapeutischen Fachkompetenzen sowie ihre Fähigkeit, bei verschiedenen Inhalten insbesondere die Vermittlung derselben zu beherrschen. Sie betonen den Beratungsaspekt der GBE im Sinne eines prätherapeutischen Umgangs mit Problemen der Klienten. Inhaltlich rekurren sie ebenso wie die interviewten Ärzte auf ein psychosomatisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit in einem sozialen Kontext. Hier liegt auch das Schwergewicht ihrer fachlichen Arbeit.

Dem Erwachsenenpädagogen ist seine Berufsrolle in der GBE vergleichsweise unproblematisch und selbstverständlich. Er kann auch - wie die Interpretation der Senatsvorlage gezeigt hat - sehr unproblematisch auf die dort im Vordergrund stehende Konzeption der GBE zurückgreifen und seine Qualifikation, pädagogisch mit Erwachsenen umzugehen, ohne weiteres in den Dienst einer Gesundheitserziehung für Erwachsene stellen. Wie für die Psychologen sind auch für ihn in erster Linie nicht die spezifischen Inhalte der Arbeit Anlaß, sich als für die GBE beruflich qualifiziert anzusehen, sondern seine Kompetenzen für die Vermittlung von unterschiedlichen Inhalten insbesondere in der Gruppenarbeit. Daneben verfügt er aber auch über spezifische gesundheitspräventive Fachkenntnisse, die er in die Arbeit einbringt.

Der Biologe vertritt ein forciert naturwissenschaftliches Selbstverständnis der Inhalte der Arbeit der GBE. In seinem Selbstverständnis ist die Biologie ein Teil des "harten Kerns" der Medizin als (Natur-) Wissenschaft, die Informationen und objektive Befunde stellt, die die Adressaten der GBE zur Kenntnis nehmen sollen, um dann selbst Konsequenzen aus diesem Wissen für ihr Handeln zu ziehen. Wie sie vermittelt werden, interessiert ihn nur am Rande, wiewohl er sich durch seine zusätzlichen pädagogischen Qualifikationen auch hierfür qualifiziert sieht.

Die Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen legt außerdem vermittelt über die berufliche Sozialisation nicht nur ein Wissenschaftsverständnis, einen adressatenbezogenen Handlungstypus und ein Konzept des Adressaten nahe, sie impliziert i.d.R. auch bestimmte Präferenzen für die Art und Weise der Kooperation mit anderen Berufsgruppen.

So ist die Rolle des Arztes traditionell sowohl in der Praxis wie in der Klinik darauf ausgerichtet, mit Mitarbeitern zu kooperieren, die Untergebene sind und dem Arzt als Verantwortlichem zuarbeiten (Arzthelferin, Krankenschwester u.a.). Ärztliche Leiter von Stellen im Gesundheitsamt sind so durch ihre berufliche Rolle und Sozialisation grundsätzlich darauf eingestellt, Mitarbeiter verantwortlich zu leiten. In der Senatsvorlage zur Errichtung der GBE ist diese Funktion deutlich enthalten, da die anderen Mitarbeiter entweder dem Arzt unmittelbar zuarbeiten (Arzthelferin, Krankenschwester) oder den sog. Heilhilfsberufen angehören (Krankengymnastin, Diätassistentin). Diese Personalstruktur stützt die beruflichen Leitungskompetenzen der dort tätigen Ärzte auch von den komplementären Rollenerwartungen der Mitarbeiter her. Empirisch hat sich dies am eindrucksvollsten dort bestätigt, wo Stellen aufgrund diskontinuierlicher oder (durch anderweitige Verpflichtungen bedingt) nur rudimentärer ärztlicher Leitung stets darauf orientiert blieben, daß jemand (der Arzt) ihre Beratungstätigkeit anleite und sie dadurch verhindert waren, selbst die Initiative zu ergreifen.

Bei den anderen drei genannten Berufsgruppen gehört die Qualifikation zur Leitung anderer Mitarbeiter nicht so zur Berufsrolle wie beim Arzt. Leitungskompetenzen stellen hier zusätzliche Kompetenzen dar, die vielleicht vorhanden sind, vielleicht aber auch erst in der konkreten Tätigkeit der Leitung einer Stelle erworben werden müssen. Daneben gilt, daß die anderen Mitarbeiter (das medizinische Hilfspersonal und die Heilhilfsberufe) auf die professionellen Handlungsmuster von Psychologen, Erwachsenenpädagogen und Biologen nicht derart komplementär eingestellt sind wie bei Ärzten.

Empirisch haben sich diese strukturellen Bedingungen der Leitung und Teamkooperation so ausgewirkt, daß im allgemeinen die ärztlichen Leiter am wenigsten Probleme mit der Wahrnehmung ihrer Leitungsfunktion hatten, eben weil diese durch die Personalstruktur implizit mitgesetzt

war. Leiter aus anderen Berufsgruppen haben entweder aus beruflicher Vorerfahrung Leitungskompetenzen mitgebracht, oder sie mußten in z.T. langwierigen Lernprozessen erst ein ihnen persönlich und zu ihrem Selbstverständnis und ihrer beruflichen Funktion sowie den Erwartungen der anderen Mitarbeiter entsprechendes Handeln und Selbstverständnis entwickeln.

zu b) Leistungsstil

Auf der Grundlage ihrer beruflichen Sozialisation entwickeln Stellenleiter einen habitualisierten Leistungsstil, eine spezifische Art des Umgangs mit Mitarbeitern und Aufgaben, die ihnen zunehmend selbstverständlich und weniger bewußt wird. Dieser Leistungsstil ist in der GBE nicht überall zufriedenstellend.

Insbesondere zwei problematische Leistungsstile sind festzustellen:

- a) eine unterstrukturierte Leitung, in der die Verantwortlichen der Teammitarbeiter für die einzelnen Arbeitsgebiete nicht ausreichend festgelegt sind und Sach- und Beziehungsthemen oft miteinander verquickt werden ("laissez-faire"-Stil).
- b) eine überstrukturierte Leitung, in der der Sachbezug dermaßen dominiert, daß Interaktionsthemen zu kurz kommen ("autoritärer" Stil).

Beide defizienten Leistungsstile - die hier stark typisiert sind - sind für das Austragen von Meinungsverschiedenheiten und Konflikten hinderlich. Durch die eher diffuse wie die eher überkonkrete Art der Kommunikation wird verhindert, daß für Interaktionskonflikte ein angemessener Fokus entstehen kann. Inhaltliche wie Kooperationskonflikte können nicht unmittelbar besprochen werden, weil zunächst erforderlich wäre zu besprechen, wie man angemessen über sie spricht. Das aber verhindert die jeweilige Kommunikationsform.

Ein defizienter Stil der Stellenleitung, vor allem wenn er eher unterstrukturiert ist, geht i.d.R. einher mit einer insuffizienten Rolle der GBE im Gesundheitsamt. Die unzureichende sachliche und personelle

Binnendifferenzierung erschwert ein eindeutiges Auftreten der Stelle im Gesundheitsamt. Das hat einen Verhaltensstil zur Folge, der in Analogie zu individuellen Anpassungsstrategien als "autoplastische Anpassung" beschrieben werden kann. Diese Defizienzen in manchen Stellen fallen besonders im Vergleich zu anderen Stellen ins Auge, die eher "alloplastisch" handeln, d.h. von sich aus mit Initiativen und Aktivitäten auf das Gesundheitsamt (Leitung, andere Stellen) zugehen und sich qualitativ wie quantitativ (deutlich an zusätzlichen Stellen für neue Mitarbeiter) ausweiten.

Insgesamt könnte der Leitungsstil eindeutiger, offener und konfliktbereiter sein. Das würde inhaltliche Lernprozesse und Weiterentwicklungen erleichtern, gäbe den Mitarbeitern eine deutlichere und stabilere Orientierung für ihr Verhalten den Klienten gegenüber, vor allem in den Gruppen bzw. Kursen, würde der im allgemeinen akzeptierten inhaltlichen Tatsache, daß Gesundheitsprobleme auch mit seelischen und sozialen Konflikten in Zusammenhang stehen, besser Rechnung tragen.

Die Teaminteraktion ist durch die Zusammensetzung der Berufsgruppen gemäß der Senatsvorlage vorstrukturiert. Es ist vielfach zu beobachten, daß sich die aus den Personalvorgaben der Senatsvorlage abzuleitende Struktur der ärztlichen Praxis in den Stellen realisiert hat. Im einzelnen hat diese Strukturreproduktion unterschiedliche Ausprägungen gefunden. Das Spektrum reicht von Stellen mit einer deutlichen Hierarchie unter ärztlicher Leitung bis zu Stellen mit einem formell leiterbezogenen, zugleich inhaltlich weitgehend egalitären Arbeitsstil. Dort, wo der Arbeitsstil inhaltlich weitgehend egalitär ist, gelingt es den Stellen auch, über die Funktion ihrer Arbeit als Beitrag zur gesundheitlichen Prävention zu reflektieren und zu diskutieren. Wo dies nicht der Fall ist (überstrukturierte oder unterstrukturierte Leitung), ist die Stelle damit ausgelastet, das Notwendige zu besprechen, um ein angemessenes Angebot darstellen zu können.

Neben dem Leitungsstil sind hier auch die Kompetenzen der Mitarbeiter bedeutsam. Fachlich souveräne Mitarbeiter mit zusätzlichen Kenntnissen (über Fortbildung oder übergreifende Interessen) sind für eine tatsächlich egalitäre Zusammenarbeit natürlich befähigter als Berufsanfänger

oder Mitarbeiter, die sich spezifische Qualifikationen für die Arbeit in der GBE erst zusätzlich erwerben müssen.

Eine Veränderung der anfangs weit verbreiteten Interaktionsstruktur analog der ärztlichen Praxis wird inzwischen auch dadurch bewirkt, daß mehr und mehr Mitarbeiter eingestellt werden, die auf diese Kooperationsformen in ihrer bisherigen Berufspraxis nicht eingestellt sind wie Psychologen, Sozialarbeiter oder Soziologen (geplant).

Ein wesentliches Instrument zur Verbesserung einer inhaltlich egalitären Arbeitsstruktur wird bislang nur am Rande aus speziellem Anlaß eingesetzt: die gemeinsame Besprechung von Fällen. Das meint gleichermaßen einzelne Klienten wie übergreifende Projekte als Fälle, zu deren Erörterung und Klärung alle Mitarbeiter aus ihrer beruflichen Perspektive etwas beitragen können. Eine solche fallbezogene Fortbildung innerhalb des Teams ist jedenfalls für die Teaminteraktion produktiver, weil egalitärer zu bearbeiten, als eine, in der vom Leiter zu Sachfragen referiert und Wissen vermittelt wird.

7.3 Mitarbeiter

Neben Ärzten, Psychologen, Biologen und Erwachsenenpädagogen sind in der GBE Diätassistentinnen, Krankengymnastinnen, Gymnastiklehrerinnen bzw. Sportgruppenleiterinnen, Krankenschwestern, Arzthelferinnen, Sozialarbeiter sowie eine Altenpflegerin und Verwaltungskräfte tätig.

a) Diätassistentin

Die Diätassistentinnen kommen, sofern es sich nicht um Berufsanfängerinnen handelt, i.d.R. aus dem klinischen Bereich, wo sie in einer Diätküche tätig waren. Von daher haben sie zunächst wenig Erfahrung mit Beratung bzw. Erziehung in diätetischen und Ernährungsfragen.

Die neue Situation, in der Diätassistentinnen in der GBE fanden, hat vielfältige Fortbildungsinteressen stimuliert. Diese richteten sich entweder darauf, fachlich (z.B. zur Ernährungsberaterin) weitergebildet zu werden oder zielten auf zusätzliche Qualifikationen im Bereich psychosozialer Beratung (zur Fortbildung im einzelnen s.u.).

Die Arbeit der Diätassistentinnen repräsentiert einen zentralen Inhalt der GBE, den Bereich Ernährung/Diät - eine physiologische Grundfunktion und qualitativ wie quantitativ ein wesentlicher Bestandteil der gesundheitspräventiven Arbeit der GBE. Als Heilhilfsberuf ist ihre Tätigkeit auch von der Rollenstruktur her gut darauf abgestimmt, mit einem (i.d.R. ärztlichen) Leiter fachlich kompetent zu kooperieren. Schließlich bringt die rege Nachfrage nach den Angeboten in diesem Bereich den Diätassistentinnen Erfolgserlebnisse, ebenso wie vielfach die Arbeit selbst. Das stabilisiert sie beruflich wie persönlich und ermöglicht ihnen, insgesamt ein sehr ausdifferenziertes Angebot vorzulegen und zu realisieren. Es ist kein Zufall, daß die Diätassistentinnen die einzige Berufsgruppe der GBE sind, die sich regelmäßig stellenübergreifend trifft, um gemeinsame Probleme zu besprechen. Auch dies fördert ihre Arbeit und ihre berufliche Identität.

b) Krankengymnastin/Gymnastiklehrerin/Sportgruppenleiterin

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß anders als in der Senatsvorlage, in der nur von einem Krankengymnasten die Rede war, inzwischen in diesem Bereich drei Berufsgruppen tätig sind, deren Arbeit sich überschneidet. Diesen Berufsgruppen entsprechen im einzelnen aber doch unterschiedliche Tätigkeitsprofile und Adressaten. Während die Krankengymnastinnen auf Probleme im Zusammenhang mit bereits bestehenden oder in Entstehung begriffenen Krankheiten rekurrieren und ihre fachlichen Qualifikationen i.d.R. präventiv einsetzen, geht es für Gymnastiklehrerinnen und Sportgruppenleiterinnen in erster Linie darum, Gymnastik und Sport für Gesunde anzubieten und auf diese Weise die Adressaten der GBE, die (noch gesunden) Erwachsenen "fit" zu halten. Dabei lassen

sich zwei grundlegende Orientierungen unterscheiden. Einmal werden Gymnastik und Sport verstanden und angeboten als Fitness-Training, dessen einzelne Übungen auf Erhaltung oder Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit abzielen. Das sieht für verschiedene Altersgruppen sehr unterschiedlich aus, bleibt aber stets unterhalb der Schwelle aktiven Sports. Es geht eben nicht um Leistung, sondern um Leistungsfähigkeit. Zum anderen wird ein Bereich angeboten und praktiziert, der körperliche Betätigungen umfaßt, die weniger leistungsbezogen als auf eine sinnliche Körpererfahrung gerichtet sind. Diese Aktivitäten (z.B. Tanz, Bewegungstherapie, Atemtherapie) rekurrieren weniger auf die traditionelle Gymnastik und auf Sport als auf Praktiken, wie sie aus körperbezogenen Therapierichtungen bekannt sind.

Während die ursprüngliche Fassung dieser GBE-Tätigkeit deutlich ein an medizinische Behandlung angelehntes Beratungskonzept impliziert ("Krankengymnast"), wird durch die abweichenden Stellenbesetzungen mit Sportgruppenleiterinnen bzw. Gymnastiklehrerinnen die eigentliche Intention der Senatsvorlage, die Beratung für Gesunde im Grunde besser repräsentiert. Durch diese Angebote distanziert sich die GBE deutlicher von medizinischer Behandlung. Andererseits ist eine Krankengymnastin von ihrer beruflichen Vorerfahrung her darauf eingestellt, auf Probleme des Einzelfalls bzw. bestimmter Typen von Fällen einzugehen. Eine krankengymnastische Kursleitung erleichtert so die Spezifität der Übungen (z.B. für Übergewichtige, besondere Bewegungseinschränkungen etc.).

Die gymnastischen Berufsgruppen haben ähnlich wie die Diätassistentinnen ein von ihrer Fachkompetenz getragenes klares Tätigkeitsprofil innerhalb der GBE. Sie können gleichermaßen ihre fachlichen Kompetenzen wie ihre sozialisatorischen Voraussetzungen für diese Arbeit nutzen. Da der von ihnen repräsentierte Aspekt der GBE-Arbeit ebenfalls eine physiologische Grundfunktion und ein "essential" gesundheitlicher Prävention durch die GBE darstellt und für viele Adressaten attraktiv ist, was sich auch in einer regen Nachfrage ausdrückt, ist ihre berufliche Identität im allgemeinen gefestigt und ihre persönliche Arbeitszufriedenheit hoch.

c) Krankenschwester

Daß in einer Beratungsstelle für gesunde Erwachsene, die eben nicht krank, sondern gesundheitsgefährdet sind, eine Krankenschwester zur obligatorischen Stellenausstattung gehört, ist erstaunlich. Der Grund hierfür ist (Information aus der Senatsverwaltung für Gesundheit) kein inhaltlicher, sondern die Tatsache, daß im Zuge der Personaleinsparung im Klinikbereich durch Bettenreduktionen Ende der 70er Jahre auch zahlreiche Krankenschwestern freigesetzt und innerhalb des öGD neue Tätigkeitsbereiche für sie gesucht wurden. Generell sollte diese Reduktion im Klinikbereich mit einem Ausbau komplementärer Einrichtungen verbunden sein. Das Einbringen von Krankenschwestern in den Stellen-schlüssel der GBE ohne eine Neudefinition ihres Tätigkeitsprofils mußte in den Augen der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit den Eindruck verstärken, hier solle auch behandelt werden. Grundsätzlich ist eine Krankenschwester ja dazu ausgebildet, unter Anleitung eines Arztes als Teil der Behandlung Kranke zu pflegen. Durch die tatsächlich rein beratende Arbeit der GBE wurden diese Mitarbeiterinnen oft sehr verunsichert, weil sie (siehe unten) keine Möglichkeiten hatten, ihre beruflichen Qualifikationen in ihre neue Tätigkeit einzubringen. In einigen Bezirken hat man dies rechtzeitig gesehen und von vornherein auf die Besetzung der Krankenschwesterposition verzichtet. Die meisten Krankenschwestern in der GBE zogen sich angesichts der Tatsache, daß sie für die eigentliche gesundheitsberaterische Tätigkeit (Durchführung thematisch einschlägiger Kurse, Einzelberatungen, Öffentlichkeitsarbeit, Multiplikatorentätigkeit etc.) nicht zureichend qualifiziert waren, auf extrafachliche Aspekte ihrer Berufsrolle zurück, i.d.R. Organisationsarbeiten verschiedenster Art. Diese wurden von ihnen auch gut bewältigt, faktisch hatte aber ein Berufswechsel stattgefunden, der zumeist so nicht geplant war. Lediglich in zwei Bezirken werden die beruflichen Kompetenzen der Krankenschwester selbst für die GBE genutzt. Hier bietet sie für Interessenten, die pflegebedürftige Verwandte oder Bekannte haben, eine Anleitung zur häuslichen Krankenpflege an.¹⁾

1) Das erinnert an Überlegungen, die seitens der Senatsverwaltung für Gesundheit bei der Integration der Stelle einer Krankenschwester in

d) Arzthelferin

Mit der Arzthelferin ist neben der Krankenschwester eine weitere Berufsgruppe im Stellenplan der GBE enthalten, die einerseits eindeutig "Hilfspersonal" der medizinischen Behandlung darstellt und andererseits von ihrer Berufsausbildung her für eine Tätigkeit in der GBE nur unspezifisch qualifiziert ist. Im Unterschied zu den Krankenschwestern war bei den Arzthelferinnen auch nie von einer Neuinterpretation des beruflichen Selbstverständnisses und der beruflichen Praxis die Rede. Die Absichten, die mit der Aufnahme der Arzthelferin in den Stellenschlüssel verfolgt wurden, sind unklar geblieben.

Auch der pragmatische Grund, daß durch Stellenreduktionen in anderen Bereichen des öGD Personal freigesetzt worden war, das nun anderweitig eingesetzt werden sollte, gilt hier nicht. Gleichwohl lassen sich latente Bedeutungen der Arzthelferin in der Personalstruktur der GBE herausarbeiten. Die Arzthelferin ist eine Komplementärrolle zum behandelnden Arzt. Ist durch die Komplementärrolle der Krankenschwester eine Affinität zur medizinischen Behandlung im medizinischen Bereich gegeben, so impliziert die Rolle der Arzthelferin eine Orientierung an der Praxis des niedergelassenen Arztes. Die Arzthelferinnen selbst richteten zumindest anfangs unwillkürlich die Erwartung an den Leiter, medizinisch behandelnd tätig zu sein, um darüber ihre eigene Berufsrolle realisieren

die GBE anfangs eine Rolle gespielt haben. Bei der damals noch stärker diskutierten "Altenberatung" war an einen fließenden Übergang zwischen Altenberatung und Altenpflege gedacht. Für diese Tätigkeit wären Krankenschwestern mit entsprechenden Weiterqualifikationen geeignet gewesen. Dabei war an ein erweitertes Konzept von Pflege gedacht. So ist im Deutschen die Tätigkeit der Krankenschwester primär auf Kranke bezogen, der englische Begriff der "nurse" dagegen umfaßt neben pflegerischen auch gesundheitsberaterische und erzieherische Aktivitäten, also einen viel weiteren Tätigkeitsbereich. Eine solche Konzeption der Tätigkeit der Krankenschwester in der GBE hätte den Transfer von Beratungsinhalten in die Lebenspraxis zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens gefördert. Professionelle Fachkompetenzen, die sich historisch aus der Alltagspraxis herausdifferenziert haben, würden so wieder in sie zurückgegeben und die Autonomie der Lebenspraxis der Bürger in Gesundheitsfragen bestärken. Die genannten Überlegungen zur Arbeit von Krankenschwestern in der GBE sind aber, von Ausnahmen abgesehen, nicht konkretisiert worden.

zu können. Diese Erwartungen mußten enttäuscht werden. Die Folgen der dadurch bedingten Unklarheit ihrer Rolle in der GBE waren ähnlich wie bei den Krankenschwestern: Die Arzthelferinnen gerieten in eine Krise ihres beruflichen Selbstverständnisses, was zu Problemen bei der Teamkooperation und vor allem in der Anfangsphase zu einem starken Bedarf nach Weiterqualifikation in "psychologischer" bzw. "psychosozialer" Hinsicht führte. Diese Bedürfnisse wurden jedoch weder von der Stelle noch vom Gesundheitsamt durch gezielte Weiterbildung oder Supervision wirklich befriedigt. So versuchten die Arzthelferinnen wie die Krankenschwestern ihre beruflichen Nebenqualifikationen organisatorischer und verwaltungsmäßiger Art für die GBE-Arbeit fruchtbar zu machen. Sie substituierten dann eine Verwaltungs- und Schreibkraft, fungierten als Anlaufstelle, an der Informationen gesammelt und an andere Mitarbeiter weitergegeben wurden und nahmen so eine wichtige Aufgabe in der GBE wahr. Weite Teile ihrer beruflichen Qualifikationen blieben aber ungenutzt. Manche Bezirke haben dies bereits antizipiert und die Position der Arzthelferin gar nicht besetzt.

e) Sozialarbeiter

Die Berufsausbildung von Sozialarbeitern hat sich inzwischen - was durchaus nicht unproblematisch ist - um eine Ausbildung in Beratung bis hin zu (psycho- oder gruppen-) therapeutischer Tätigkeit erweitert. Sozialarbeiter sind damit, sofern sie sich inhaltlich im Gesundheitsbereich qualifizieren, grundsätzlich für eine Tätigkeit in der GBE ebenso fachlich kompetent wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, wo (wie beispielsweise im sozialpsychiatrischen Dienst, in der Tbc-Fürsorge, in der Suchtkrankenberatung, in der Krebsnachsorge, d.h. im klassischen Bereich der früher sog. "Fürsorge") Sozialarbeiter schon lange fachlich anerkannte Mitarbeiter sind. Obwohl es also sachlich und gesundheitspolitisch naheliegend war, sind Sozialarbeiter in der Senatsvorlage zur Errichtung der GBE nicht erwähnt. Dies erstaunt umso mehr, als das Konzept der Senatsvorlage von Krankheit und Erkrankung bzw. risikohaftem

Gesundheitsverhalten ein "soziales" i.S. eines auf Verhalten und Lebensweisen erweiterten Risikofaktorenmodells ist.

Zwar war bereits in Besprechungen zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und den Gesundheitsstadträten der Bezirke vor Beginn der Errichtung der GBE von einer Mitarbeit von Sozialarbeitern die Rede. Tatsächlich haben dann aber nur zwei GBE-Stellen Sozialarbeiter auf ABM-Stellen eingestellt.

Die bislang in der GBE beschäftigten Sozialarbeiter haben sich neben der klassischen Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit stark mit der sog. Multiplikatorenarbeit (Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen an in anderen Institutionen Tätige) befaßt. In bezug auf ihre Berufsqualifikation und ihre Fachkenntnisse ist dies aber ein Tätigkeitsbereich, der auch von anderen in der GBE vertretenen Berufsgruppen wahrgenommen werden kann. Interventionen in der Gemeinde, im "Kiez", für die Sozialarbeiter spezifisch qualifiziert sind, hat es nur unsystematisch gegeben. Die GBE hat kaum Aktivitäten i.S. von "health street work" oder "health visitors" entwickelt. Eine stärkere Repräsentanz von Sozialarbeitern in den Stellen hätte dies möglicherweise gefördert.

f) Altenpflegerin

Die Berufsrolle der Altenpflegerin ist im Stellenschlüssel der GBE nicht enthalten. Sie ist, historisch gesehen, ein Erbe der ursprünglichen Konzeption der GBE als Altenberatung. Von daher ist diese Funktion vergleichsweise schlüssig, weil bei älteren Menschen erfahrungsgemäß neben einem Bedarf an Information und Beratung oft auch ein Bedürfnis nach Pflege oder nach Anleitung zu derselben besteht. Die in der Berufsrolle deutlich enthaltenen helferischen bzw. fürsorgerischen Anteile sind deshalb hier durchaus am Platze.

Tatsächlich wird "Altenpflege" in der GBE in einem weniger fürsorgerischen als geistige Anregungen und Kreativität fördernden Sinne praktiziert. Diese weniger Defizite kompensierende als Potentiale aktivierende Form der Tätigkeit erscheint einer GBE sehr adäquat. Daneben ist ein

breites Spektrum anderer Aktivitäten vertreten, die sich auf ältere Klienten richten.

g) Verwaltungskräfte

Auch die Stelle der Verwaltungskraft ist in der Senatsvorlage nicht vorgesehen. De facto werden ihre Funktionen in aller Regel von den Krankenschwestern und Arzthelferinnen wahrgenommen, die ihre eigenen Berufsqualifikationen in der GBE nicht zureichend einbringen konnten. Dabei ist es nicht unplausibel, für die anfallende Arbeit der GBE (sowohl in bezug auf einzelne Klienten wie hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit und in bezug auf allgemeine Verwaltungsvorgänge und Schriftverkehr mit dem Amt) eine Verwaltungskraft einzustellen. Schon bei der Erörterung der Tätigkeiten der Arzthelferin wurde darauf hingewiesen, daß große Teile dessen, was tatsächlich von dieser an Tätigkeiten wahrgenommen wurde, vielfach von einer Verwaltungs- oder Schreibkraft ebenso gut, bei geeigneter Berufserfahrung eventuell sogar besser hätte wahrgenommen werden können.

7.4 Fortbildung

Schon im Bericht über die Voruntersuchung zur GBE 1981 ist festgestellt worden, daß 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 sozialwissenschaftliche Basiskenntnisse (Herkunft, Lebensweise, Arbeitssituation der Klienten und deren typische Problemkonstellationen) u.a.m." bestünde (a.a.O., S. 27). Das Überwiegen prozeßbezogener Fortbildungswünsche in diesem Katalog liegt zweifellos an den besonderen Umstellungsproblemen bei Neueintritt in eine Stelle, die selbst gerade erst aufgebaut wird.

Inzwischen haben die Mitarbeiter der GBE an zahlreichen fachlichen, fachübergreifend gesundheitsbezogenen und prozeßbezogenen (z.B. Gruppentechniken) Fortbildungen teilgenommen. Zu ihrer Erfassung wurde im Sommer 1984 ein "Mitarbeiter-Fragebogen" an alle GBE-Mitarbeiter verteilt, in dem auch nach Fort- und Weiterbildung gefragt wurde. Zusätzlich wurde (Herbst 1984) eine Runde von Gruppendiskussionen in fast allen Stellen durchgeführt, in denen über Fortbildung vor allem unter den Fragen Gründe für Fortbildung, Wahrnehmung von Angeboten der Senatsverwaltung, anderweitige (berufsgruppenspezifische oder -übergreifende) Fortbildung und Bedarf an Fortbildung diskutiert wurde. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung und der Gruppendiskussionen werden im folgenden zusammengefaßt:¹⁾

a) Fortbildung durch die Senatsverwaltung

Das neue Tätigkeitsfeld 'Gesundheitsberatung' und die dargestellten Kompetenz- und Qualifikationsprobleme der Mitarbeiter haben es der Senatsverwaltung für Gesundheit zweckmäßig erscheinen lassen, eine ge-

1) Der Fragebogen ist im Materialband enthalten.

zielte Fortbildung für die Mitarbeiter der GBE anzubieten. Schon die Senatsvorlage verweist durch die offenkundige Diskrepanz zwischen dem latenten gesundheitspädagogischen Konzept von GBE und dem vorgeschlagenen Stellenschlüssel (siehe oben) auf die Notwendigkeit einer Fortbildung. Es ist offensichtlich, daß das in diesem Schlüssel enthaltene Personal für die hier geforderte Arbeit durch seine berufliche Sozialisation und Vorerfahrung nicht zureichend qualifiziert ist. Dasselbe gilt für die Präzisierungen der Senatsvorlage, die in einem Papier des zuständigen Fachreferenten (Ergänzung zur Senatsvorlage Nr. 2206/78) enthalten sind. Hier wird insbesondere in einem Abschnitt unter dem Titel "Didaktische Anmerkungen" ein Konzept pädagogisch-psychologischer Gruppenarbeit skizziert, das bestenfalls Angehörigen dieser beiden Berufsgruppen professionell vertraut ist, den anderen Mitarbeitern und Leitern aber fremd sein muß und von daher zwangsläufig einen Fortbildungsbedarf impliziert.

Bei einem Treffen der Mitarbeiter der GBE unter Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit im Herbst 1980 wurde im Ergebnisprotokoll festgehalten, daß "die Mitarbeiter insbesondere im Hinblick auf die schwierige, aber sehr erfolgreiche Gruppenarbeit auf die Notwendigkeit psychologischer und pädagogischer Kenntnisse hin(weisen). Sie halten die Mitarbeit von Psychologen bzw. von Sozialarbeitern oder Erwachsenenpädagogen in der Erwachsenenberatung für unbedingt erforderlich." (Ergebnisprotokoll, S. 3).

Am 22.5.1981 fand daraufhin eine erste Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiter der GBE statt. Sie war nach erwachsenenpädagogischen Prinzipien strukturiert. In Form eines didaktisch geregelten Erfahrungsaustausches wurde zunächst versucht, die inzwischen eingestellten Mitarbeiter der GBE zur Identifizierung präziserer Problemstellungen quer durch die bestehenden Stellen hindurch zu veranlassen. Dabei wurde festgestellt,

"daß die Mitarbeiter der Gesundheitsberatungsstellen außerordentlich motiviert und ihre Erwartungen an die Arbeit entsprechend hoch sind. Folgende Hauptschwierigkeiten beeinträchtigen nach Auffassung der Teilnehmer eine effektivere Arbeit in der Gesundheitsberatung: Zu geringe Unterstützung der Beratungsstellen durch die Leitungsinstanzen der Gesundheitsämter, mangelnde Kooperation mit anderen Einrichtungen im Gesundheitsamt, Schwierigkeiten in Verwaltungsab-

läufen, unzureichende pädagogische, psychologische und soziologische Kenntnisse, Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Funktion in der Gesundheitsberatung, Unklarheit bezüglich der Ziele und Inhalte der Arbeit." (Protokoll der Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiter der GBE am 22.5.1981, S. 1)

In einem zweiten Abschnitt wurden die Ziele der Mitarbeiter der GBE diskutiert. Dabei wurde betont, "gesundheitliche Bildung" (so der umfassende Begriff) müsse auch soziale Ursachen gesundheitswidrigen Verhaltens aufzeigen, den einzelnen aber persönlich auf seine Erfahrungen und Motivationen ansprechen und Veränderungsmöglichkeiten aufzeigen, die wesentlich in Gruppenarbeit realisiert werden sollen. Es sei notwendig, weitere Aktivitäten zu entwickeln,

"das Ansprechen von Multiplikatoren (Lehrer, Erzieher, Sozialpädagogen, Mitarbeiter von Kirchengemeinden, von Senioreneinrichtungen, von Volkshochschulen, von Kantinen und Großküchen) sowie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Institutionen im öffentlichen Gesundheitswesen, mit niedergelassenen Ärzten (z.B. gemeinsame Durchführung von Trainingsprogrammen für übergewichtige Patienten), mit Betrieben und Verwaltungen (gesundheitliche Aufklärung am Arbeitsplatz)" (a.a.O., S. 2) seien besonders wichtig.

Schließlich wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit folgenden

"Schwerpunkten befaßten: Probleme bei der Vorbereitung (Auswahl der Teilnehmer, Aufstellung der Ziele), der Durchführung und der Erfolgskontrolle von Kursen; Startschwierigkeiten einiger Beratungsstellen; Unklarheit hinsichtlich der Aufgaben der Krankenschwestern und Arzthelferinnen, personelle Ausstattung der Gesundheitsberatung; Beschränkung der bisherigen Aktivitäten auf bestimmte Arbeitsbereiche (insbesondere Nichtraucher- und Abnahmeprogramme)." (a.a.O., S. 3)

Quer zu den inhaltlichen Schwerpunkten spielte die didaktische Problematik vor allem der Gruppenarbeit eine Hauptrolle. Exemplarisch:

"Eine Arbeitsgruppe hob die wesentliche Bedeutung der Gruppenarbeit für den Erfolg der Gesundheitsberatung und die Gesundheitliche Bildung hervor. Erfolgreiche Gruppenarbeit setzt jedoch entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten voraus, über die die jeweiligen Kursleiter jedoch nicht im erforderlichen Umfang verfügen. Die Teilnehmer dieser Arbeitsgruppe halten daher Fortbildungsveranstaltungen zur Gruppenpädagogik für unerlässlich." (a.a.O., S. 3)

Insgesamt zeigten die Teilnehmer einen sehr reflektierten Stand ihrer - auch selbstkritischen - Einschätzung der Situation der GBE:

"Kritisiert wurde die berufliche Struktur der Gesundheitsberatung. Die Gesundheitsberatungsstellen sind zu stark an medizinischen Fachberufen ausgerichtet, psychologisch-pädagogische Berufsgruppen sind zu wenig einbezogen. Besonders die Arzthelferinnen und Krankenschwestern fühlen sich aufgrund der Ausbildung auf die Tätigkeit in der Gesundheitsberatung kaum vorbereitet.

In einer Arbeitsgruppe wurde auch das in einigen Fällen vorgekommene Verbot der Hospitation in anderen Gesundheitsberatungsstellen diskutiert. Besonders in der Aufbauphase neuer Gesundheitsberatungsstellen wurde die Möglichkeit der Hospitationen in bereits bestehenden Beratungsstellen gefordert." (a.a.O., S. 3)

Zur weiteren Fortbildung wurden folgende Interessen artikuliert:

"Die Teilnehmer legen im Interesse einer erfolgreichen Arbeit in den Gesundheitsberatungsstellen großen Wert auf pädagogisch-psychologisch ausgerichtete Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere auf den Gebieten Gruppenpädagogik, Gruppendynamik, Methodik und Didaktik der Erwachsenenbildung. Gewünscht werden u.a. die gemeinsame Erarbeitung von Fallbeispielen und Planspielen (z.B. Gesundheitliche Aufklärung am Arbeitsplatz, Kooperationsformen innerhalb der Gesundheitsämter) sowie Fortbildungsmaßnahmen über die Bedeutung von Balint-Gruppen in der Gesundheitsberatung. Erforderlich sind nach Auffassung der Teilnehmer außerdem Fortbildungen für einzelne Berufsgruppen in der Gesundheitsberatung. Sie unterstreichen ferner den Wunsch nach informellen Treffen zum Erfahrungsaustausch über die Arbeit der jeweiligen Berufsgruppen besonders in der Aufbauphase der Gesundheitsberatungsstellen." (a.a.O., S. 4)

Im Jahr 1982 wurde für Mitarbeiter der GBE eine weitere Fortbildungsveranstaltung durchgeführt, ein "Beratungstraining", das sich formal in drei Abschnitte gliederte:

- ein Planungstreffen von leitenden Mitarbeitern der Beratungsstellen (4/82)
- ein zweitägiges Beratungstraining (8/82) und
- ein eintägiges Nachbereitungstreffen (11/82).

Die Veranstaltungen wurden von zwei Trainern mit langjähriger Erfahrung in Erwachsenenbildung, Kommunikations- und Beratungstraining und strategischer Planung geleitet.

Dem Abschlußbericht (LÜBKE/SCHÖNHEIT 1982a) ist zu entnehmen, daß

"für die jungen Einrichtungen der Gesundheitsberatung neben den zu erwartenden Fragestellungen und Problemen im 'Mikrobereich' (zentriert um den Umgang mit dem/den Klienten in der Beratungssituation) vor allem auch offene Fragen und Probleme im 'Makrobereich'

(Fragen der generellen Zielsetzung der Institution, Probleme der Beratungsplanung, die Frage der - auch öffentlichen - Identität der Beratungsstellen in Abgrenzung zu anderen beratenden Einrichtungen und einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit) bestehen." (a.a.O., S. 1)

Konzeptionelle Transparenz ist aber nach Auffassung und Erfahrung der Trainer

"vor allem dort wichtig, wo die eigentliche Dienstleistung der Institution im kommunikativen Bereich liegt und jeder Mitarbeiter sein Kommunikationskonzept auf dem Hintergrund der Institutionsziele zu realisieren hat, womit er gleichzeitig die Identität der Institution gegenüber den Zielpersonen herstellt." (a.a.O., S. 2)

Als gemeinsame Fragestellungen und Problembereiche der GBE wurden herausgearbeitet:

- 1) die Ziele der GBE, ihre Operationalisierbarkeit für Erfolgskontrollen und die Ausbildung einer Identität gegenüber anderen Stellen
- 2) die Umstellung einer "nachfrageorientierten" auf eine "angebotsorientierte" Konzeption und Planung der Arbeit
- 3) der Stellenwert der Multiplikatoren-schulung
- 4) die Kooperation der Stellen untereinander
- 5) die Beratungsmethoden bezüglich einzelner Klienten vor allem mit Blick auf das Ziel Hilfe zur Selbsthilfe
- 6) Vermittlung und Verbesserung der unterschiedlichen Qualifikationen der Mitarbeiter.

Die Trainer stellten sich die Aufgabe, konzeptionelle und methodische Fragen in einem integrierten Trainingskonzept zu erarbeiten. Hierüber liegt eine ausführliche Dokumentation vor (LÜBKE/SCHÖNHEIT 1982b). Aus den Ergebnissen des Beratungstrainings ziehen sie folgende Schlußfolgerungen:

"Nach den vorliegenden Erfahrungen des Beratungstrainings sollte für alle Mitarbeiter(innen) der Gesundheitsberatungsstellen, die in Form von Vorträgen, Einzel-, Gruppenberatungen und Kursen unmittelbar 'personenbezogene Dienstleistungen' erbringen, eine intensive und kontinuierliche berufliche Fortbildung im Qualifikationsfeld 'kommunikative und soziale Kompetenz' durchgeführt werden. Bezogen auf die kommunikativen und methodischen Probleme der Beratungsarbeit verfügten die Teilnehmer im Beratungstraining über äußerst unterschiedliche Vorkenntnisse und Erfahrungen. Gleichwohl insgesamt vorhandene Fähigkeiten, einzel- und gruppenmethodische Problemstellungen schnell zu analysieren und in veränderten Hand-

lungskonzepten selbst zu erproben, verweisen ausdrücklich auf die Chancen eines kontinuierlichen Beratungstrainings, das, orientiert an der täglichen Beratungspraxis, schnell zu einer objektiven Verbesserung der Beratungsleistungen und zu einer größeren subjektiven Berufszufriedenheit führen würde. Insbesondere der von den Beraterinnen vertretene Anspruch, im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe tätig zu werden und vorrangig die Initiierung von Selbsthilfegruppen anzustreben, setzt eine ständige konzeptionelle und praktische Auseinandersetzung mit der eigenen 'Beraterrolle und -praxis' voraus, ohne die sehr schnell zu verallgemeinernden Patentrezepten des 'pädagogischen Alltags' Zuflucht genommen wird." (a.a.O., S. 3/4)

Für die Fortbildung der GBE-Mitarbeiter folgt daraus:

"Ein Systematisches Beratungstraining durch externe Trainer müßte mindestens einmal jährlich für ca. drei Tage vorgesehen werden, wobei Vor- und Nachbereitungstreffen, auf denen Lerntransferprobleme in Realsituationen bearbeitet werden, hinzukommen müßten. Ziele, Methoden dieses Beratungstrainings müßten teilnehmerorientiert und praxisorientiert festgelegt werden, wobei der hier erprobte Rahmen für solche Trainings ein methodisches Gerüst darstellen kann." (a.a.O., S. 4)

Zur weiteren Klärung der Konzeption der GBE, ihrer Angebote und ihrer Identität

"sollten sich die Gesundheitsberatungsstellen an kooperativen Planungskonzepten orientieren, die aus dem Umfeld des Planungsinstrumentariums des 'social-marketing' und der 'strategischen Planung' entstammen und die ein zielorientiertes Planen, Durchführen und Kontrollieren der eigenen Arbeiten ermöglichen. Das Beratungstraining zeigte deutlich, daß die Bearbeitung solcher konzeptionellen Fragestellungen nicht nur den Leitern der Beratungsstellen vorbehalten bleiben muß. Gerade die Einbeziehung der Mitarbeiter der Beratungsstellen und die dadurch mögliche Verzahnung von 'mikrodidaktischen Beratungstrainings' mit grundsätzlichen 'strategischen Planungsfragen' ermöglichen einen optimalen Lernprozeß für alle Beteiligten und für die Institutionen." (a.a.O., S. 5)

Dazu schlagen die Trainer vor,

"alle zwei Jahre einen Planungsworkshop mit allen Leitern der GBE-Stellen und ausgewählten Mitarbeitern durchzuführen (2 1/2 Tage), auf dem die strategischen Entscheidungsfragen der Gesundheitsberatungsstellen, die in den nächsten drei Jahren zu erwarten sind, entwickelt, alternative Lösungskonzepte erarbeitet und ihre Umsetzung vorbereitet werden." (a.a.O., S. 5/6)

Diese Vorschläge, denen grundsätzlich aus den Ergebnissen der hier berichteten Forschung nur beipflichtet werden kann, wurden nicht rea-

lisiert. Seit 1982 fand keine Fortbildung für die Mitarbeiter der GBE mehr statt.¹⁾

-
- 1) Kurz vor Ende der Berichtszeit, im April 1985 wurde ein 1-tägiges Seminar über "Alltagssüchte" veranstaltet, an dem auf Initiative der Senatsverwaltung für Gesundheit zahlreiche Mitarbeiter der GBE teilnahmen. Im Verhältnis zu den bei den ersten beiden Fortbildungsveranstaltungen angesprochenen und weiter projektierten Inhalten einer angemessenen Fortbildung für die GBE ist dieses Thema aber nur von partikularer Bedeutung.

Als Fortbildungshilfe hat die Senatsverwaltung für Gesundheit den Stellen schon 1979 eine Literaturübersicht für die Mitarbeiter der GBE zugeschickt. Sie umfaßt

- a) Literaturhinweise für die Mitarbeiter sowie
- b) Hinweise auf Broschüren etc. für die Teilnehmer an Angeboten der GBE

und stellt (vgl. Anschreiben an die Bezirksämter - Abt. Gesundheitswesen -) "ein erstes Ergebnis der Sichtung einiger Literaturverzeichnisse und der Überprüfung der in unserem Haus vorhandenen Bücher, Broschüren und Merkblätter" dar. Offenbar war beabsichtigt, diese Literaturübersicht fortzuschreiben. Das ist bisher nicht geschehen. Die Literaturübersicht ist folgendermaßen gegliedert:

1. Bewegung, Spiel, Sport
2. Bluthochdruck, Herz-Kreislauf
3. Ernährung
4. Erwachsenenbildung
5. Frauen
6. Freizeit, Urlaub
7. Gesundheit und Arbeit
8. Gesundheitliche Aufklärung und Bildung
9. Lehrgangseinheiten, Lernprogramme
10. Seminare
11. Streß
12. Umgang mit Arzneimitteln
13. Adressen

Die Gliederung folgt offenbar einerseits den der GBE vorgegebenen Aufgabenschwerpunkten (1,2,3,7,8,10,11), andererseits orientiert sie sich an thematisch relevanten Schwerpunkten in Ergänzung der Vorgabe (5,6,12). Daneben ist sie speziell als Fortbildung der Berater gedacht, wie aus 4,13 und den besonders gekennzeichneten Hinweisen auf Literatur speziell für die Mitarbeiter hervorgeht. Die Zusammenstellung der inhaltlichen Schwerpunkte verdeutlicht erneut, daß die in der Senatsvorlage zur Errichtung der GBE benannten Aufgaben nicht exklusiv, sondern exemplarisch gemeint waren - so jedenfalls ihre Interpretation durch die Senatsvorlage. In didaktischer Hinsicht liegt das Schwergewicht auf erwachsenenpädagogischen Konzepten gruppendynamischer und lernpsychologischer Art.

b) Fortbildung auf Initiative der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter haben individuell an zahlreichen Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen. Diese waren z.T. fachlicher, z.T. (sofern das nicht, wie vor allem bei Psychologen und Pädagogen zusammenfällt) "prozeßbezogener" Art (z.B. Beratungstraining, Gruppenleitung). Diese Fortbildungsmaßnahmen werden im folgenden nach Berufsgruppen zusammengefaßt:

1. Ärzte

Balintgruppe, psychoanalytische Gruppentherapie, Psychotherapiewochen, Fortbildung in Gruppenleitung, Supervision, autogenes Training einschließlich Oberstufe, Fortbildung in Gruppen, psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung, katathymes Bilderleben, theoretische psychologische Fortbildung, Psychohygienekurs, Antistresskurs; fachliche Fortbildung zu: Psychoonkologie, Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Stoffwechselerkrankung, Psychosomatik, Neurologie, Fortbildung in Gesundheitserziehung (Akademie für Sozialmedizin in Düsseldorf), Kongreßbesuche

2. Psychologen

Gestalttherapieausbildung, Gesprächstherapieausbildung mit Supervisionen, diverse workshops zu Selbsterfahrung und Körpererleben, Gruppentherapie, Transaktionsanalyse, Autogenes Training einschl. Oberstufe, Planspiel "gemeindenaher Gesundheitserziehung am Gesundheitsamt" (BZGA), Mitarbeit in der Selbsthilfebewegung (SEKIS), Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, Kongreßbesuche (z.B. für Psychotherapie der DGVT, Gesundheitstage)

3. Pädagoge

Methoden in der Gesundheitserziehung, Gruppenleitung und Gruppendynamik

4. Biologe

fachbezogene Weiterbildung (wissenschaftliche Fachliteratur u.a. Medien)

5. Sozialarbeiter

Gruppenleitung, Selbsterfahrung und Gesprächsführung (mit Methoden aus Gestalttherapie, Verhaltens- und Gesprächstherapie), gemeindenaher Gesundheitserziehung (BZGA), Human Function (Institut für Psychotherapie/Koserstraße), Erhebungs- und Einordnungsverfahren zur Selbst- und Fremdbeurteilung

6. Krankengymnastin/Gymnastiklehrerin/Sportgruppenleiterin

Gruppendynamik und Spiel; Bewegung, Gestaltung und Gesundheitserziehung; Schwangerengymnastik, Atmung und Entspannung (VHS), Selbsthilfetagungen, Wassergymnastik, Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen (ca. 2-monatlich)

7. Diätassistentinnen

Diabetikerschulung, Kursleiterschulung für Abnahmeprogramme (BZGA), Planspiel gemeindenaher Gesundheitserziehung (BZGA), Diätetik, Gesprächsführung, allgemeine Pädagogik, Psychologie, Didaktik; Ernährungspsychologie, -soziologie und -beratung; Gruppenleiter (Senat Berlin) (1), Gruppenarbeit, Beratung, Gesprächsführung (Senat Berlin), Eßsucht, Diätberatung (Einzel- und Gruppen-), Diätetik, regelmäßige Treffen mit Kolleginnen in anderen GBE-Stellen (2-monatlich) sowie allgemein Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der Diätschule im Klinikum Westend der FU Berlin. (2)

- 1) Der Senator für Gesundheit, Soziales und Familie offeriert unter dem Titel "Fortbilden - Weiterbilden" für Mitarbeiter der sozialmedizinischen Bereiche im Gesundheitswesen jedes Jahr ein breites Fort- und Weiterbildungsangebot. Es beinhaltet Fortbildung in Problemen bestimmter Klientengruppen (z.B. ausländische Jugendliche), verschiedenen sozialmedizinischen Inhalten (z.B. psychopathologische Erscheinungen im Berufsalltag), zu spezifischen Erkrankungen (z.B. Rheuma), prozeßbezogene Fortbildung (z.B. Balint-Gruppen), sozialrechtliche Fragen u.v.a.m. Mehrere Mitarbeiter der GBE haben an diesen Fortbildungen teilgenommen.
- 2) In Berlin wurde in den 70er Jahren das "Organisationskomitee Diätassistentinnen Fortbildung Berlin" (ODFB) gegründet. Dieses Komitee - ein lockerer Zusammenschluß von interessierten Diätassistentinnen, kein Verein - organisiert seitdem regional und überregional die Fortbildung der Berufsgruppe. In Zusammenarbeit mit der FU Berlin (Referat Aus- und Weiterbildung), dem Senator für Gesundheit, Soziales und Familie und mit Unterstützung des Senators für Wirtschaft und Verkehr werden Fortbildungsveranstaltungen insbesondere für Berliner Diätassistentinnen durchgeführt. Das ODFB hat es außerdem übernommen, alle zwei Jahre eine "fachspezifische Fortbildungstagung" für den deutschsprachigen Raum anzubieten. Geschäftsstelle des ODFB ist die Diätschule im Klinikum Westend der FU Berlin. Bisher fanden insgesamt fünf große, d.h. Fortbildungsveranstaltungen für den deutschsprachigen Raum statt. Diese waren in der Regel krankheitsbezogen (beispielsweise 1978: Adipositas, 1980: Diättherapie, 1982: Diätetik in der Gastroenterologie). Dabei wurden jedoch Themen erörtert, die nicht ausschließlich mit dem krankheitsbezogenen Handeln der Berufsgruppe zusammenhängen: Fortbildung 1978 - Pro und Contra aktueller Therapien bei Adipositas. Hier wurden auch die psychologischen Hintergründe der Adipositas erörtert, ferner neben medikamentösen auch verhaltenstherapeu-

8. Krankenschwestern

Gesprächsführung, Seniorentanz, Psychoonkologie, Pantomime, Gesundheitspädagogik, Gesundheitserziehung, Öffentlichkeitsarbeit, Gruppenleitung, Kursleiterkurs, Nichtrauchertraining (BZGA), Gedächtnistraining (VHS), Planspiel Gesundheitserziehung (Hessische AG Gesundheitserziehung); Kurs Wege zur Gesunderhaltung und Gesundung von Leib und Seele (FHSS), Technik der Filmvorführung (Landesbildstelle), Modellversuch für psychosoziale Studiengänge (FHSS/FU), klientenzentrierte Gesprächsführung, Fallsupervision bei leitender Sozialarbeiterin.

9. Arzthelferin

Verwaltungskurs, Umgang mit Medien, Sammlung von Informationen über angrenzende Angebote im öGD und von privaten Trägern.

10. Verwaltungsangestellte/Stenokontoristin

Sammlung von Informationen über angrenzende Angebote (im öGD und von freien Trägern).

tische Maßnahmen sowie Selbsthilfegruppenarbeit. - 1980 beim Thema "Diättherapie heute" wurde über die Bedeutung von Ballaststoffen nicht nur in der Diätetik referiert und damit zugleich ein Thema behandelt, daß auch außerhalb des Krankenhauses und in der allgemeinen Ernährungsberatung eine Rolle spielt. Kleinere, d.h. Berliner Fortbildungsveranstaltungen sind in Zusammenarbeit mit dem Referat Aus- und Weiterbildung der FU veranstaltet worden. Dabei sind sowohl berufsspezifische Fortbildungen (Diabetes-Schulung für DA, Klinik und Therapie bei bestimmten Erkrankungen) als auch übergreifende angeboten worden: Gesprächsführung, Beratungsinteraktion, Anwendung eines Kleincomputers in der Ernährungsmedizin. Die Fortbildung des ODFB ist gedacht für Diätassistentinnen, die krankheitsbezogen arbeiten. Man ist dort der Auffassung, die Fortbildung für Diätassistentinnen in der GBE solle die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) durchführen. Offenbar hat sich hier eine Arbeitsteilung eingestellt. Sie ist insofern folgerichtig, als die ODFB-Fortbildung an die Diätschule angekoppelt ist (also an den Krankenhausbereich) und die DGE weitergehende Ausbildungen (so zur Ernährungsberaterin) anbietet.

c) Weitere Fortbildung: Nachfrage und Bedarf

Bei der Untersuchung der Arbeit der GBE wurde aus der Struktur des Angebots den konkreten Beratungsinteraktionen, den Kooperationsformen der Stellen und der Stellen mit dem Gesundheitsamt und anderen Kooperationspartnern und den Gruppendiskussionen mit den Mitarbeitern zu Fragen der Fortbildung ein breiter ausdrücklich geäußelter und objektiv feststellbarer Bedarf an Fortbildung deutlich. Die Gründe sind bei den einzelnen Untersuchungskomplexen und bei der Darstellung der Situation und Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der GBE benannt. Nachfrage und tatsächlicher Bedarf an weiteren Fortbildungsmaßnahmen werden im folgenden zusammengefaßt und zu Fortbildungsangeboten konkretisiert.

1.

Es ist notwendig und allseits erwünscht, daß eine Fortbildung für alle Mitarbeiter der GBE in der ganzen Breite der Themen, wie sie 1981/82 begonnen wurde, wieder eingerichtet wird.

2.

Die Fortbildung sollte kontinuierlich berufsbegleitend sein. Nur so ist eine Reflexion der Arbeit in der Fortbildung und eine Überprüfung der neuerworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der laufenden Beratungspraxis gewährleistet (eine Mitarbeiterin bezeichnete Fortbildung als "Arbeit an Einstellungen", deren Veränderung Zeit brauche).

3.

Ein wesentlicher Bestandteil der Fortbildung sollte die Besprechung einzelner Fälle (Klienten, Institutionen, in denen Multiplikatorenarbeit geleistet wird, Aktionen u.a.) sein. Diese Besprechung kann im Team oder unter Supervision erfolgen. Es hat sich hierfür als zweckmäßig erwiesen, einen bestimmten Termin (z.B. eine Dienstbesprechung pro Monat) hierfür fest zu vereinbaren und alle Mitarbeiter aufzufordern, aus ihrer fachlichen Sicht etwas zur Klärung des Falls und des weiteren Vorgehens beizutragen. Das erhöht die fallbezogenen Kompetenzen durch wechsel-

seitiges Lernen und verbessert den Kommunikationsfluß im Team durch einen eindeutigen thematischen Fokus.

4.

Ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Fortbildung sollte die gemeinsame Weiterentwicklung der Konzeption der GBE sein. Sowohl die z.T. nur auf zufälligen Anlässen beruhende Heterogenität der Profile von GBE bei verschiedenen Stellen wie auch Entwicklungen, die wesentliche Strukturen des Konzepts der Senatsvorlage modifizieren (Testung als Beratung) oder vernachlässigen (Multiplikatorenarbeit) zeigen, daß eine solche gemeinsame Reflexion und Weiterentwicklung der Konzeption erforderlich ist. Dieser Teil der Fortbildung sollte unter Moderation des zuständigen Referenten der Senatsverwaltung bzw. von ihm beauftragter Fortbilder in allen Stellen gesondert und in mehreren gemeinsamen Veranstaltungen aller GBE-Mitarbeiter in größeren Abständen zu einzelnen Themenkomplexen (z.B. Multiplikatorenarbeit, Motivierungsstrategien etc.) durchgeführt werden. Ergebnis dieser konzeptionellen Weiterarbeit könnte neben einem klareren Selbstverständnis ein profilierteres und spezifischeres Angebot der GBE sein.

5.

Spezielle Angebote zu Gruppenprozessen, Gruppendynamik und Leiterverhalten in Gruppen sind nach wie vor notwendig, obwohl zahlreiche Mitarbeiter sich hierin schon individuell fortgebildet haben. Die Untersuchung hat vielfach Unsicherheiten der Mitarbeiter in Gruppen deutlich werden lassen, vor allem hinsichtlich einer angemessenen sachbetonten und zugleich flexiblen Weise des Durcharbeitens eines Arbeitsprogramms, hinsichtlich des angemessenen Umgangs mit Spannungen und (i.d.R. latenten) Konflikten in den Gruppen, die von kompetenteren Gruppenleitern nicht ignoriert werden müssen, sondern - z.B. durch gut plazierte Konfrontationen - für den Gruppenprozeß fruchtbar gemacht werden können sowie schließlich hinsichtlich der Übertragung von Verhaltensweisen aus der alltäglichen Lebenspraxis in die Gruppe ("Strukturreproduktion" bzw. "Spiegelung" in der Gruppe).

6.

Mehrfach wurde Interesse an Supervision geäußert. Angesichts der vielfach psychologisierenden Supervisions-Verfahren, die zu Unrecht in Organisationen mit psychologischen Begriffen arbeiten und deren Interventionen dann Gefahr laufen, zu "Psychotechniken" verkürzt zu werden und den Teilnehmern ein falsches Verständnis vom Verhältnis individueller und institutioneller Probleme zu vermitteln, empfiehlt sich keine Teamsupervision. Vielmehr sollte in den Teams (unter sich oder unter Anleitung durch einen Supervisor) zum einen eine regelmäßige Fallsupervision (siehe oben 3.) stattfinden. Zum anderen sollten die Stellen turnusmäßig in ca. zweijährigem Abstand eine Organisationsberatung in Anspruch nehmen, die in mehreren Sitzungen die bestehenden Fragen, Wünsche, Defizite, Probleme und Interessen der Stelle durchspricht und, gestützt auf das immer vorhandene, oft aber blockierte eigene Problemlösungspotential der Stelle bearbeitet. Bei einer solchen Organisationsberatung stehen Fragen der Arbeit, ihrer Organisation und ihrer Strukturierung durch die Teaminteraktion der Stelle im Vordergrund. Die persönlichen Beziehungen und eventuellen Schwierigkeiten der Mitarbeiter werden, im Unterschied zu vielen "Psychotechniken" nicht zum Thema, sie gehen lediglich implizit in das Durcharbeiten der Probleme der Stelle mit ein. Ein solches Vorgehen entlastet die Mitarbeiter und ist sachlich angemessen: Die Mitarbeiter sind ja als Angehörige von Berufsgruppen, nicht als individuelle Personen in der GBE tätig.¹⁾

7.

Ebenso wie von Teamsupervision wird von Balintgruppen abgeraten. So sehr sich Balintgruppen in der Fortbildung von Mitarbeitern helfender Berufe bewährt haben, sind sie als alleiniges Mittel zur Fortbildung für eine Institution insgesamt nicht geeignet, weil sie durch ihre Fokussierung auf den Einzelfall (Klient) die strukturellen Aspekte der Arbeit zwangsläufig vernachlässigen. Es spricht nichts dagegen, für eine Fall-

1) Ein Modell von Organisationsberatung für Stellen in sozialen Institutionen liegt vor (vgl. BEHRENS/SIMM/WOLF 1984), das in Kenntnis der Leistungen und Strukturprobleme der einzelnen Stellen auf die GBE unproblematisch übertragen werden kann.

supervision wie unter 6. benannt einen Supervisor heranzuziehen, der die Qualifikationen und Erfahrungen eines Leiters von Balintgruppen hat.

8.

Es erscheint trotz vielfacher individueller Fortbildung zweckmäßig, die Beratungskompetenzen für den Umgang mit einzelnen Klienten zu verbessern. Das gilt nicht nur für die Mitarbeiter, die ausführliche Einzelberatungen (z.B. in Ernährungsfragen oder bei psychosomatischen Beschwerden) durchführen. Gerade diejenigen, die als erste und oft nur ganz kurz (i.d.R. die Arzthelferin oder Krankenschwester) mit den Klienten in Kontakt kommen, sollten gezielt im "Erstkontakt" und in den Techniken einer Kurzberatung ("5 Minuten pro Patient") geschult werden.

9.

Für alle Mitarbeiter, die nicht (wie in erster Linie Psychologen) bereits im Studium damit vertraut gemacht wurden, sind vertiefte psychologische und soziologische Kenntnisse der Kontexte von "Risikofaktoren", Verhaltensrisiken, "gesundheitsgefährdender" Fehlernährung oder Bewegungsmängeln unverzichtbar. Das oft spontan genannte "psychosomatische" oder "psychosoziale" Verständnis der Anlässe für die Teilnahme an Angeboten der GBE und diese Angebote selbst ist meist wenig fundiert. Es ist nicht zu bezweifeln, daß - worauf in der Voruntersuchung von 1981 ausdrücklich hingewiesen wird (vgl. Materialband 3.) - vielen der Symptome oder Risiken psychodynamische Fixierungen zugrunde liegen, die oft lebenspraktisch (z.B. über familiäre Beziehungsmuster oder subkulturelle Lebensstile) fest verwurzelt sind. Eine wirksame GBE muß in Kenntnis solcher Fixierungen beraten, auch wenn sie ihre Auflösungen gar nicht zum Ziel haben kann, sondern realistischerweise nur einen besseren Umgang mit ihnen.

10.

Zugleich gilt auch, daß Angehörige der "helfenden Berufe" über die anatomisch-physiologischen Voraussetzungen der Aufgabengebiete der GBE (Ernährung, Bewegung etc.) Grundkenntnisse besitzen bzw. erwer-

ben müssen, um nicht an falscher Stelle zu psychologisieren und die Grenzen naturwissenschaftlichen Wissens zur Einschätzung von Persönlichkeitsstrukturen und sozialem Handeln richtig sehen zu können.

11.

Eine in der Senatsvorlage noch nicht vorformulierte Entwicklung der GBE geht dahin, die Teilnehmer über die Attraktivität eines verbesserten und erweiterten Selbstgefühls und Körperbewußtseins und neuen Erfahrungen mit kreativen Methoden und Medien zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise zu motivieren. Diese bislang nur vereinzelt in Erscheinung getretene Tendenz wäre dadurch zu unterstützen, daß auch hier gezielt Fortbildung für Arbeit an kreativen Prozessen und kreativi- täts- und entwicklungsfördernden Medien erfolgt. Von der sozialen Herkunft der Klienten ist dabei in erster Linie an gestalterische Tätigkeiten (Malen, Basteln, Töpfern, Musik etc.) zu denken.¹⁾

12.

Für neue Mitarbeiter sollte jährlich ein Grundkurs eingerichtet werden, in dem umfassend über die historische Entwicklung, den gesundheitspoli- tischen Kontext, die Ziele der Arbeit, die Konzeption und Struktur und die Palette der Angebote der GBE informiert wird. Dieser Grundkurs sollte von einem erfahrenen Mitarbeiter und einem Externen geleitet werden, ca. einen Tag dauern und mit Materialien angereichert sein, die zur Vor- und Nachbereitung durchgearbeitet werden können.²⁾

13.

Zwischen einzelnen Stellen und den Mitgliedern der einzelnen Berufsgrup- pen sollte ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch stattfinden. Derzeit gibt

-
- 1) Hier käme allerdings auch in Betracht, für diese Arbeit gezielt Ho- norarkräfte einzustellen, die aber ihre Arbeit mit dem Team im einzelnen absprechen sollten, um nicht lediglich ein kreatives Rand- potential darzustellen, das der GBE äußerlich bleibt.
 - 2) Als Modell wird auf den Entwurf eines Grundkurses für eine sozia- le Institution verwiesen, der ähnliche Ziele verfolgt, allerdings we- gen der Größe der Institution umfangreicher angelegt ist als für die GBE zweckmäßig wäre (vgl. GÄRTNER/WOLF 1985).

es solche Treffen nur bei den Diätassistentinnen, die anderen Berufsgruppen würden davon aber ebenso profitieren können. Bei Koordination durch die Senatsverwaltung könnten solche Treffen gezielte Themenschwerpunkte behandeln, die für die berufsspezifische Arbeit in der GBE wichtig sind.

14.

Die verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen sollten Instrumente einsetzen, die der besseren und objektiveren Strukturierung und Durcharbeitung ihres Problemfeldes dienen. Dafür kommen in Betracht: Arbeitsfeldanalysen zur Selbstevaluation der eigenen Arbeitssituation (die gemeinsam besprochen werden); Institutionsraster oder -matrizes, die den Mitarbeitern helfen, institutionelle Zusammenhänge ihrer Arbeit (Gesundheitsamt, Gesundheitswesen) wie die von Kooperationspartnern oder Multiplikatoren besser zu begreifen; Planspiele vor allem zur Multiplikatorenarbeit, um dieses bislang eher vernachlässigte Arbeitsfeld besser systematisieren zu können; Kooperationsraster zur Klärung der Kooperationsbeziehungen; Angebotsstrukturanalysen vor allem in Form von Vergleichen unter den Stellen und mit den Zielen der GBE u.a.m.

Diese Überlegungen und Vorschläge zur Fortbildung gehen davon aus, daß die Kooperation eines multidisziplinären Teams für die Aufgabe der Gesundheitsberatung Erwachsener zweckmäßiger weil fachlich breiter angelegt ist als die Arbeit einzelner umfassend qualifizierter Gesundheitsberater. In den Gruppendiskussionen mit den Stellen wurde diese Einschätzung bestätigt. Ein einzelner Gesundheitsberater sei ein "Popanz", müßte ein "Halbgott" sein, und könne den Anforderungen, die an ihn herangetragen würden, niemals gerecht werden. Im Vergleich zum Arzt, der ähnlich umfassend qualifiziert sei bzw. dies beanspruche, müsse der Gesundheitsberater ja nicht nur auf körperliche Beschwerden etc. eingehen und sie behandeln können, sondern weitergehend psychische und soziale Kontexte des Gesundheitsverhaltens bzw. von Gesundheit überhaupt kennen, sie in die Beratung einbeziehung und zu ihrer Veränderung beitragen können. Die inzwischen bestehenden Fort- und Weiterbildungsgänge zum "Gesundheitserzieherischen Berater" in einem Fernlehrgang des Kneipp-Vereins, zum "Gesundheitserzieherischen Assistenten (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung)", zum "Sozialmedizinischen Assistenten (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf)", die Fortbildung durch den Verein unabhängiger Gesundheitsberater (UGB) und anderen Formen der Fortbildung, von denen die Mitarbeiter gehört haben, wurden deshalb eher skeptisch beurteilt. (1)

1) Zu neueren Entwicklungen in dieser Hinsicht vgl. NANNEN-GETHMANN 1985

8. LEISTUNGEN UND WIRKUNGEN DER GBE ZUR GESUNDHEITLICHEN PRÄVENTION, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND HILFE ZUR SELBSTHILFE

Im folgenden Kapitel wird zunächst (8.1) der Umfang der Aktivitäten der GBE dargestellt, um neben den qualitativen Ergebnissen der Fallstudie auch die quantitative Bedeutung der GBE in Berlin und ihrer Wirkungen in der Bevölkerung zu verdeutlichen. Dazu wird auch auf Umfang und Art ihres Klientenkreises eingegangen und diskutiert, inwieweit er den ursprünglich inaugurierten Zielgruppen entspricht.

Anschließend werden die Wirkungspotentiale des Beratungshandelns der GBE im Hinblick auf wirkungshemmende und wirkungsfördernde Interaktionsstile und Kompetenzen der Berater/innen bzw. der Stellen dargestellt (8.2).

Es folgt eine Darstellung des durch die Strukturbildung der GBE insgesamt und die Ausdifferenzierung typischer Strukturen von Beratungshandeln bestimmten Wirkungsprofils der GBE (8.3), bei der abschließend die substantielle Bedeutung der Funktion der Beratung Erwachsener zur Gesundheitsförderung verdeutlicht wird.

Schließlich wird (8.4) unter der Frage nach der Wirkung der GBE bei den Klienten zusammengefaßt, welche Teilergebnisse die Klientenbefragung, die explorativen Klienteninterviews und die objektiv-hermeneutische Strukturanalyse der Beratungsinteraktionen in dieser Hinsicht erbracht haben. Diese Zusammenfassung ist eine Integration "qualitativer" und "quantitativer" Forschungsergebnisse, die trotz der Heterogenität der Datenquellen eine schlüssige Einschätzung der Wirkungen der GBE ergibt.

Abschließend wird auf der Basis von Gruppendiskussionen der mögliche Beitrag der GBE zur Initiierung von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen dargestellt und auf die Grenzen der GBE in dieser Hinsicht hingewiesen (8.5).

8.1 Umfang der Aktivitäten der GBE und des Kreises ihrer Klienten, Veränderungen der Zielgruppen

In Kapitel 3.2 sind die Aktivitäten der GBE zusammengestellt worden.

Es handelt sich insgesamt um 113 inhaltlich unterschiedliche Aktivitäten¹⁾: im Bereich "Kooperation und Multiplikatoren" 25, im Bereich "Bewegung" 20, "Erkrankung" 17, "Allgemeine Gesundheitsfragen und Öffentlichkeitsarbeit" 15, "Kommunikation" 13, "Ernährung" 12, "Besondere Probleme älterer Menschen" 7 und "Mißbrauch" 4.

Diese Reihenfolge entspricht allerdings weder qualitativ (vgl. Kapitel 6) noch quantitativ der tatsächlichen Bedeutung der Bereiche für die gegenwärtige Arbeit der GBE. So sind unter den multiplikatorenbezogenen Aktivitäten gehäuft solche, die gegenwärtig nicht (mehr) stattfinden bzw. die nur indirekt auf Adressaten gerichtet sind und deren Relevanz für die Bürger daher nur schwer einschätzbar ist.

Das zeigt ein Blick darauf, wieviele Klienten ungefähr von welchen Angeboten erreicht worden sind.

In Kapitel 3.3 sind auf der Basis einer Fragebogenerhebung Form, Umfang und Häufigkeit der Aktivitäten zusammengefaßt. Unterschieden nach der Form der Aktivität hat die GBE im ersten Halbjahr 1984

- 243 Kurs- bzw. Gruppenaktivitäten durchgeführt, im wesentlichen Gymnastik, Autogenes Training, Abnahmegruppen, Denktraining, Weiterbetreuung von Abnahmegruppen, Bewegung im Alter sowie Nichtrauchertraining. Diese Aktivitäten haben eine Dauer je Termin von ca. 1 1/2 Stunden, eine Laufzeit von durchschnittlich 10 Wochen. Bei durchschnittlich 10 Teilnehmern wurden durch die Kurse bzw. Gruppen ca. 2.400 Klienten erreicht.²⁾
- 1.130 Diätberatungen durchgeführt (durchschnittliche Dauer 50 Min.)

1) Einschließlich derjenigen Aktivitäten, die seit längerer Zeit nicht mehr durchgeführt werden, aber prinzipiell im Angebot der GBE enthalten sind.

2) Genauere Zahlenangaben sind nicht sinnvoll, da manche Klienten an 2 oder 3 Kursen teilnehmen, allerdings nicht zur gleichen Zeit, sondern i.d.R. hintereinander.

- 350 psychologische bzw. ärztliche Beratungen durchgeführt (durchschnittliche Dauer 1 Stunde)
- 3.500 Gesundheitstests bei 2.370 Klienten durchgeführt
- 44 Vorträge von ca. 2 Stunden Dauer gehalten, durchschnittliche Teilnehmerzahl 30
- ca. 100 Hausbesuche durchgeführt
- je Stelle an 2-3 Arbeitsgruppen zu Themen wie Öffentlichkeitsarbeit, Vorbereitung der Gesundheitstage, Gemeindenahe Gesundheitserziehung u.a.m. teilgenommen sowie
- je Stelle an ca. 2 Öffentlichkeitsaktionen (Gesundheitstage, Bezirksfeste o.ä.) teilgenommen.

Abgesehen von den Arbeitsgruppen, die nur indirekt klientenbezogen sind, und den Öffentlichkeitsaktionen, bei denen sich nicht abschätzen läßt, wieviele Bürger in welchem Sinne von der GBE angesprochen werden, sowie abgesehen von der Multiplikatorenarbeit und Aktivitäten in Koordination mit anderen Einrichtungen, bei denen nicht zu erheben oder abzuschätzen war, wieviele Adressaten sie ansprechen, hat die GBE im ersten Halbjahr 1984 so ca. 7.700 Klienten erreicht. Diese Zahl wird allerdings relativiert durch die Mehrfachteilnahmen und ist inhaltlich nur schwach aussagekräftig, insofern "erreichen" ein Intensitätsspektrum zwischen dem einmaligen Durchführen eines Blutdrucktests einerseits und der Teilnahme an einem 23-wöchigen Abnahmekurs andererseits beinhaltet. Die Zahl von ca. 7.700 Klienten kann aber eine Vorstellung von der Größenordnung vermitteln, in der die Arbeit und der Wirkungskreis der GBE gegenwärtig liegen.

Die GBE hat einen Klientenkreis gefunden, der in zwei Hinsichten nicht den ursprünglich ins Auge gefaßten Zielgruppen entspricht.

a) Die Altersstruktur (vgl. Kapitel 5.1) zeigt, daß auch ohne besondere Schwerpunkte für ältere Bürger im Angebot überwiegend Ältere an den Aktivitäten der GBE teilnehmen. Damit folgt sie der entsprechenden Aufgabenbestimmung der Senatsvorlage Nr. 276 und steht in der Tradition ihrer Entwicklung aus der einstmaligen "Altenberatung" im Bezirk Charlottenburg (siehe oben Kapitel 1). Demgegenüber ist die Zielgruppe

"Aktivbürgerschaft", die nicht näher bestimmten "Erwachsenen" in mittlerem Lebensalter, die berufstätig sind und von ihrem Alter her in der Perspektive mehr Ansätze für eine gesundheitliche Prävention bieten, nicht in dem ursprünglich vor allem von der Senatsverwaltung für Gesundheit (vgl. ebenfalls Kapitel 1) geplanten Umfang vertreten. Das hat neben den Inhalten der Angebote, die nur selten (Beispiel: Gymnastik für Berufstätige) ausdrücklich auf diese Zielgruppe Bezug nehmen, und der Tatsache, daß die in Vorentwürfen und in der Senatsvorlage konzipierte "Geh-Struktur" gegenüber der klassischen "Komm-Struktur" einer Stelle im (Gesundheits-) Amt mit Ausnahme von Hausbesuchen, öffentlichen Auftritten und der (nicht klar ausgeprägten, vgl. Kapitel 6.2) Multiplikatorenarbeit weitgehend zurückgetreten ist, nach Auskunft von Klienten oft einen ganz trivialen Grund: Es gibt nicht genügend Angebote nach der Arbeitszeit, d.h. nach 17 oder 18 Uhr. Hier sollte trotz der zusätzlichen Belastungen für die Mitarbeiter, soll das Ziel einer Erwachsenenberatung im Sinne der sog. Aktivbürgerschaft beibehalten werden, geprüft werden, ob nicht mehr Aktivitäten als bisher nach Feierabend stattfinden können. Im Hinblick auf die sog. Geh-Struktur wie auf die genannten Probleme der Wahrnehmung der Angebote der GBE durch Berufstätige ist auf die Senatsvorlage zu verweisen. Diese bestimmt ausdrücklich, "daß sie (die GBE) mit ihren Aktivitäten zum Bürger geht" und: "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".

In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß bei Gruppendiskussionen mit Klienten (über Selbsthilfegruppen) wie mit Mitarbeitern (über Fortbildung) das Thema "jung oder alt" bzw. "berufstätig oder berentet" oft sehr schnell eine zentrale Rolle gespielt hat, obwohl es gar nicht offiziell Thema war. Das zeigt, wie stark unerschwellig die Teilnehmer der Gruppendiskussionen damit beschäftigt sind. Offenbar hat sich hier der alte Gegensatz "Altenberatung" vs. "Erwachsenenberatung" reproduziert, der in der Konzeption der GBE gemäß der Senatsvorlage (nur) in Form eines Kompromisses aufgelöst worden ist.

b) Die Teilnehmer sind weit überwiegend (ca. 85 %) Frauen. Zwar hat Berlin ohnehin prozentual mehr weibliche (ca. 55 %) als männliche (ca. 45 %) Einwohner, die Differenz unter den Teilnehmern der GBE ist dennoch hoch signifikant. Es ist anzunehmen, daß a) der große Anteil von Frauen mit der Altersstruktur der GBE korrespondiert (unter den älteren Einwohnern gibt es in Berlin relativ mehr Frauen); b) sich hierin die zeitliche Positionierung der Angebote (vor allem tagsüber) auswirkt, so daß Hausfrauen objektiv mehr Gelegenheit zur Teilnahme haben als (überwiegend männliche) Berufstätige und c) daß die Thematik "Gesundheit" Frauen generell eher zugänglich ist als Männern.¹⁾

Bemerkenswert ist, daß der überproportional hohe Anteil von Älteren und von Frauen unter den Klienten der GBE von Anfang an bestanden hat.²⁾

Jenseits von sozialstatistischen Merkmalen lassen sich (unter anderem) zwei Typen von Klienten feststellen, für die die GBE mehr ist als eine Beratungsstelle zu einem bestimmten Problembereich: der "Dauerklient" und der "Multiklient".

"Dauerklienten" frequentieren Stellen über Jahre, z.T. schon seit Beginn (in Charlottenburg z.B. heißt das: seit sechs Jahren). Für sie ist die Teilnahme an Angeboten der GBE ein fester Bestandteil ihrer Lebenspraxis geworden, sie nehmen im Laufe der Zeit - oft mehrmals - an praktisch allen Angeboten teil, die nicht ausdrücklich nur für bestimmte Probleme (exemplarisch Diabetes, Rheuma, spezielle Gymnastik) geeignet sind. In der Regel handelt es sich bei den Dauerklienten um Rentner, denen vor allem die Kursangebote Abwechslung und Anregung bieten, aber auch vielfach um Hausfrauen, deren Kinder erwachsen sind.

"Multiklienten" nehmen nacheinander an allen für sie inhaltlich geeigneten Angeboten teil (z.B. ein Diabetiker, der neben der Wahrnehmung von spezifischen Diabetikerangeboten wie Einzelberatung, Kochkurs, Gruppenschulung etc. an Gymnastik, Autogenem Training und Denk- und Gedächtnistraining teilgenommen hat). Von seiten der GBE wird das durch

1) Vgl. HORN/BEIER/WOLF 1983, S. 176 f.

2) Das ist schon im Bericht über die Voruntersuchung festgestellt worden (GRÜNEWALD/WOLF 1981 a, S. 36)

Hinweise auf ihre anderen Angebote unterstützt. Die Klienten sollen so umfassend gesundheitlich beraten werden. Es gibt auch Pläne, für spezielle Teilnehmergruppen (z.B. "Risikoträger" für Herz-Kreislauf-Erkrankungen) gezielt ein Ensemble von Beratungen anzubieten, die nacheinander durchlaufen werden können (z.B. Einzelberatung bei der Ärztin - Ernährungsberatung - ggf. Abnahmegruppe - Gymnastik - Abschlußgespräch). Im Ergebnis wird dadurch im Einzelfall eine umfassende Beratung geleistet, es stellen sich allerdings Kapazitätsprobleme.

8.2 Wirkungspotentiale der Gesundheitsberatung

Durch die Strukturanalyse einer Beratungsinteraktion läßt sich erschließen, welches qualitative und quantitative Wirkungspotential diese für die an ihr teilnehmenden Klienten hat. Das liegt daran, daß jede beratende (wie auch z.B. jede pädagogische) Interaktion dem Klienten einerseits Erfahrungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt, die er grundsätzlich - sofern seine Persönlichkeit und Handlungsfähigkeit es zulassen - nutzen kann, andererseits Grenzen der Erfahrung und Entwicklung der Klienten beinhaltet, die in der Person und den Fähigkeiten des Beraters liegen.

Am Beispiel "guter" oder "schlechter" Lehrer oder Erzieher kann man sich das verdeutlichen: Gute Pädagogen ermöglichen den Schülern weite, zugleich strukturierte und dadurch differenzierte Lernmöglichkeiten, weniger gute verengen diesen Horizont durch Überstrukturierung und zwanghaftes Festhalten an Konzepten oder diffundieren ihn durch Strukturlosigkeit. Entsprechend verschieden sind die Lernmöglichkeiten der Schüler. D.h., im Beispiel gibt es verschiedene Wirkungspotentiale der pädagogischen Interaktion. Deshalb ist es ja, ganz lebenspraktisch gesehen, für Eltern oft eine schwierige Entscheidung, in welchen Kindergarten oder in welche Schule sie ihre Kinder geben.

In diesem Sinne ist hier der Begriff des Wirkungspotentials der Beratungsinteraktion zu verstehen, wobei der Inhalt durch die Funktion der GBE bestimmt ist: mögliche Wirkungen betreffen grundsätzlich die Ver-

änderung der Lebensweise im Hinblick auf eine Förderung der Gesundheit, ein besseres gesundheitspräventives oder -erhaltendes Handeln. Jede Beratung und jede Beratungseinrichtung bietet ihren Klienten durch Person und Fähigkeiten der Berater und gebunden an die jeweiligen Inhalte und institutionell begründeten Strukturen des Beratungshandelns ein Spektrum von Erfahrungsmöglichkeiten, das aber auch Grenzen hat. Insofern ist die Analyse der Wirkungspotentiale des Beratungshandelns ein guter Maßstab zur Beurteilung der möglichen Leistungen von beratenden, pädagogischen, therapeutischen o.ä. Einrichtungen, die, im weitesten Sinne, eine Förderung und Entwicklung der Handlungsmöglichkeiten und Persönlichkeit der Klienten, Schüler, Patienten o.ä. anstreben. Die Formulierung von Annahmen über Wirkungspotentiale hat, wissenschaftslogisch gesehen, den Status von objektiv begründeten Hypothesen über die tatsächliche Wirkung im Einzelfall, bei einem speziellen Klienten. Real ist diese tatsächliche Wirkung von zahlreichen anderen Faktoren abhängig, die in der Regel gar nicht zureichend kontrollierbar sind, um hinsichtlich eines "Faktors" bündige Einschätzungen über seine Wirkung zu erschließen. Abgesehen davon kann über die tatsächliche Wirkung insgesamt nur eine umfassende Analyse der lebenspraktischen Folgen der Teilnahme an der Beratung im Längsschnitt Auskunft geben. Hierzu wäre eine follow-up-study nach ein bis zwei Jahren ein geeignetes Instrument, das aber von Anlage und zeitlichem Umfang dieser Untersuchung her nicht eingesetzt werden konnte. Die Analyse der Wirkungspotentiale bezieht sich deshalb auch nicht auf bestimmte, sondern auf beliebige Klienten, die ganz allgemein ein Motiv zur Teilnahme an der jeweiligen Beratungsinteraktion haben. Sie sagt im wesentlichen etwas über die Einrichtung, ihre Aktivitäten und die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter.

In der folgenden Zusammenstellung verschiedener Typen von Beratungshandeln¹⁾ wird deshalb nicht auf die tatsächliche Wirkung, sondern auf

1) Die im folgenden Überblick zusammengestellten Typen von Beratungshandlungen sind eine Vorstufe der stärker abstrahierten Typenbildung in Kapitel 4.3, auf die im folgenden Abschnitt Bezug genommen wird. Um die wirkungsfördernden und wirkungshemmenden Interaktionsstile und Kompetenzen der Berater/innen besser nachvollziehen zu können, vor allem im Hinblick auf eventuelle Fortbildungen, erschien hier eine konkretere Darstellung geeigneter.

das objektive Ziel im Sinne der möglichen Wirkung der Teilnahme an Aktivitäten der Gesundheitsberatung abgestellt. Dieses Ziel deckt sich vielfach mit den Vorstellungen der GBE. Die Differenz ist etwa dieselbe wie die zwischen den latenten Strukturen und den Konzepten der GBE (siehe oben Kapitel 4).

Die Ergebnisse der empirischen Analyse finden sich in den Spalten 2 und 3 ("Wirkungshemmend" - "Wirkungsfördernd"). Sie benennen Interaktionsstile und Kompetenzen, die in der Beratungsinteraktion zum Ausdruck kommen. Diese Ergebnisse wirken auf den ersten Blick wenig aufregend, man sollte sich aber klarmachen, daß sie empirisch belegte Kritiken wie Würdigungen der Beratungsinteraktionen der GBE beinhalten, aus denen für die Weiterentwicklung der GBE Konsequenzen zu ziehen wären.¹⁾

1) Den hier berichteten Ergebnissen liegt eine Auswertung von Beratungsinteraktionen der GBE nach Wirkungspotentialen und für sie förderlichen wie hinderlichen Beratungshandlungen der Mitarbeiter zugrunde. Auf eine detaillierte Darstellung anhand einzelner Beratungsinteraktionen, evtl. sogar an Textpassagen verdeutlicht, wurde hier verzichtet. Das soll die Anonymität der Mitarbeiter sichern, denen diesbezüglich Diskretion zugesichert wurde, und damit das Vertrauen rechtfertigen, das sie in die Forschung gesetzt haben, indem sie den Forschern in einem ganz ungewöhnlichen Umfang Zugang zu allen Datenquellen gestattet haben. Im übrigen ist das konkrete Beratungshandeln einzelner Mitarbeiter auch nur für sie, evtl. noch für ihre Stellen interessant. In einem Bericht über GBE insgesamt an ein gesundheitspräventiv interessiertes Fachpublikum auch außerhalb von West-Berlin sind nur typische Wirkungsbenefits und Wirkungshindernisse von Interesse. Zur Auswertung der erwähnten Beratungsinteraktionen vgl. Materialband Abschnitt 4.

Mittel (Beratungshandeln)	Wirkungshemmend	Wirkungsfördernd	Ziel (mögliche Wirkung der GBE für Klienten)
1. Information in Einzelgespräch, Gruppe, Vortrag oder Publikation	nur bei hoher Motivation wirksam; oft mangelnde Kontextuierung (sozial, psychisch) i.e. ungenügendes Eingehen auf lebenspraktische Widerstände (z.B. Familie)	Fachkenntnisse in Sachgebiet und Kontext	mehr Wissen über Gesundheit
2. Psychotherapeutische Linderung von Leidensdruck	fragmentierte oder unabgeschlossene Psychotherapie-Ausbildung, problematische (nicht anerkannte) Verfahren, dementsprechend unprofessionelles Verhalten, Unterschätzung des Wirkpotentials der Gruppe	psychotherapeutische Kompetenzen, deutlich an der Fähigkeit, auch "schwierige" Themen zuzulassen und zu bearbeiten; kompetente Leitung von Gruppen	Besserung psychosomatischer Beschwerden
3. Unterstützung von Selbststeuerung durch mentale Techniken	unklares Kommunikationskonzept bei AT-Oberstufe	fachliche Kompetenz und Erfahrung (z.B. in AT, ET), Vermittlung der Relevanz des settings für die individuelle Weiterarbeit	gesteigerte Autonomie in der Lebenspraxis
4. Kurse zur Verhaltensbeeinflussung	mangelnde Erfahrung und Souveränität in Beratung und im Umgang mit Gruppen, schlechte oder gar keine Kontextuierung, "Abspulen" von Programmen	gute, d.h. flexible, auf einzelne Teilnehmer eingehende Kontextuierung, Einbezug langfristiger Perspektiven (Zeit nach dem Kursende); erforderlichenfalls Hinweis auf Psychotherapiebedürfnis; Förderung des Transfers in die Lebenspraxis	kontrollierteres Gesundheitsverhalten (vor allem hinsichtlich Gewicht und Rauchen)

Mittel (Beratungshandeln)	Wirkungshemmend	Wirkungsfördernd	Ziel (mögliche Wirkung der GBE für Klienten)
5. Tests und Kontrollen, ggf. Verweis auf ärztliche Behandlung	ungenügende Übersetzung der problematischen Werte in lebenspraktisches Handeln der Klienten, weil nur Information über Befund - insgesamt problematische Motivierungsstrategie: GBE z.T. als "Zulieferer" für Ärzteschaft	fachliche korrekte Durchführung und Einschätzung eventueller ärztlicher Behandlungsbedürftigkeit	"normalere" physiologische Werte und "angemesseneres" Gesundheitsverhalten
6. Förderung der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung	statt Anregungen zu geben nur quasi-therapeutisches "Spiegeln", zu wenig modellhaft wirksame Initiative und Anregung, "Abgehobenheit" von Lebenspraxis	Fachkenntnisse in kreativitätsfördernden Praktiken und im Umgang mit entsprechenden Medien, kulturelle Aufgeschlossenheit und Einbringen entsprechender Kenntnisse, initiatives Leiterhandeln, Kontextuierung für Transfer in Lebenspraxis	körperliche, geistige und seelische Persönlichkeitsentwicklung
7. Betreuung	nicht erhoben	nicht erhoben	Unterstützung der Rekonvaleszenz
8. Kontakt- und Informationsvermittlung	"autoplastischer" Stil der Stelle, defensiv-ängstliches Auftreten im Gesundheitsamt und Gesundheitsbereich	Initiative, breite Kontakte der Stelle im Gesundheitsbereich, Offenheit	Hilfe zur pragmatischen Selbsthilfe

Mittel (Beratungshandeln)	Wirkungshemmend	Wirkungsfördernd	Ziel (mögliche Wirkung der GBE für Klienten)
9. Gesundheitspolitische Öffentlichkeitsaktionen	unklare und/oder im Team umstrittene Konzeption, Delegation an Träger oder Medien für der Sache äußerliche Werbung	inhaltlich fundierte gesundheitspräventive Konzeption und deren Konkretisierung in exemplarischen Aktionen	öffentliche Aufmerksamkeit für Gesundheitsfragen
10. Diverse Anregungen in kultureller und freizeitleicher Hinsicht	unzureichende inhaltliche und persönliche Vorgaben, geringe Originalität, Versuche, den Teilnehmern zu entlocken, was selbst nicht vorgegeben wird	breite Kenntnisse in diversen anregenden Sachbereichen (Kultur, Spiele, Material etc.), Fähigkeit zur Animation und Identifikationsstiftung	mehr Lebensfreude
11. Vergemeinschaftung	zu starke Inhalts- und Programmorientierung, unangemessene Leiterdominanz	Aktivierung von Kontakt- und Kommunikationsbereitschaft, Anregung von gemeinsamen Aktivitäten der Teilnehmer neben und vor allem nach dem Kurs	Identitätsstabilisierung in Gemeinschaft
12. Mitmenschliche Hilfe	professionelle Orientierung / professionelle Beratung (statt "Hilfe")	mitmenschliches Interesse und Anteilnahme (z.T. auch mangels anderer Realisationsmöglichkeiten beruflicher Qualifikation)	Linderung von Leid
13. Weiterbildung	unklarer und widersprüchlicher Kursleitungsstil, mangelnde Identifikationsangebote	hohe fachliche Kompetenz	mehr Kompetenz

8.3 Strukturbildung und Wirkungsprofil

Auf der Basis ihrer rechtlichen und konzeptionellen Grundlagen hat die GBE eine spezifische Struktur ihres Beratungsangebots entwickelt. Diese Strukturbildung beinhaltet positiv ein bestimmtes Profil der angebotenen Leistungen und Wirkungen in gesundheitspräventiver Hinsicht und schließt andere aus.

Das gilt zum einen für den Kreis der Adressaten oder Klienten. Offenbar erfolgt durch Art und Inhalt der Angebote sowie ihre Placierung eine Selektion der Klienten, die Zugang zu den Angeboten finden (vgl. Kapitel 8.1). Hinsichtlich der Frage nach dem Wirkungsprofil liegt in dieser Selektion eine Präferenz für Ältere zuungunsten der im Prinzip auch angesprochenen jüngeren "Aktivbürgerschaft", die noch während der Zeit ihrer Berufstätigkeit für eine verbesserte gesundheitliche Prävention gewonnen werden soll.

Das gilt zum zweiten für die Organisationsform, in der die Aktivitäten der GBE stattfinden.

Die GBE hat sich überwiegend gegen die Organisationsform einer "Geh-Struktur" im Sinne einer expansiv nach außen auf die Gemeinde, Betriebe etc. gerichteten, gewissermaßen expressiven Gesundheitsberatung und für die Organisationsform einer "Komm-Struktur", einer Stelle im Gesundheitsamt entschieden, die zwar wirbt und motiviert, grundsätzlich aber darauf eingestellt ist, daß die Klienten zu ihr hinkommen.

Das gilt drittens für die konzeptionelle Grundentscheidung, ob überwiegend direkt personenbezogene oder (indirekt personenbezogene) multiplikatorenorientierte Gesundheitsberatung angeboten wird (vgl. Kapitel 6.2).

Die Multiplikatorentätigkeit, die nach der Senatsvorlage die gleiche Relevanz wie die Arbeit mit einzelnen Klienten haben sollte, ist quantitativ unterrepräsentiert und ohne klares Konzept (im Vergleich zu den komplexen Konzepten der Klientenberatung wie sie z.B. in Form des AT, der Gesprächspsychotherapie oder der diversen Kursprogramme vorliegen). Offenbar besteht hier auch ein personelles Defizit, weil keine Berufsgruppe in der GBE von Ausbildung oder Vorerfahrung her für eine solche auch strukturelle (und nicht primär unmittelbar personenbezogene) Tätigkeit qualifiziert ist (Ausnahme evtl.: Pädagoge).

Die GBE hat hier weit überwiegend eine Entscheidung zugunsten der unmittelbar klientenbezogenen Arbeit getroffen. Das entspricht einem Verständnis von Gesundheitsberatung als gesundheitspräventivem Handeln unmittelbar zwischen Personen. Von den - nicht alternativ, sondern als wechselseitige Ergänzung gedachten - beiden Methoden der Gesundheitsberatung, der Beratung einzelner Klienten und der Beratung von Organisationen, die selbst Klienten oder Mitarbeiter haben, hat die GBE die erste weit ausdifferenziert, die zweite nur residual entwickelt.¹⁾ Dies ist nicht zu kritisieren, sondern lediglich festzuhalten. Die Senatsvorlage wie die Senatsverwaltung haben den Stellen Raum für unterschiedliche Inhalte und Methoden gelassen, mit denen Gesundheitsberatung realisiert werden kann.

Die Ausdifferenzierung der unmittelbar klientenbezogenen Gesundheitsberatung ist in Kapitel 4 dargestellt und im Hinblick auf ihre Funktion zur Lösung des zentralen Handlungsproblems der GBE, der Motivierung zu einer gesunden Lebensweise, diskutiert worden (vgl. Kapitel 4.3, 4.4). Davon ausgehend wurden die typischen Motive der Klienten, die Motivierungen der GBE und die entsprechenden Beratungsstrukturen zueinander in Beziehung gesetzt (vgl. Kapitel 4.5).

1) Möglicherweise fehlt in der GBE überhaupt ein klares Verständnis der strukturellen Differenz von klientenbezogener und Multiplikatorarbeit. Klientenberatung ist im Prinzip immer am Einzelfall orientiert und müßte den einzelnen in seiner psychisch und sozial kontextuierten Gesundheitsproblematik möglichst eingehend und umfassend (d.h. mit allen in der GBE vorhandenen Kompetenzen) beraten. Multiplikatorarbeit ist in erster Linie grundsätzlich strukturell (Organisation/Institution) angelegt und müßte deshalb systematisch auf den ganzen Bezirk bezogen und auf wesentliche exemplarische Elemente von Gesundheitsförderung konzentriert werden. Wer hierdurch zu intensiverer Beschäftigung mit Gesundheit angeregt wird, kann die GBE als einzelner Klient aufsuchen. Es wird deutlich, daß Klientenberatung und Multiplikatorarbeit ein unterschiedliches Adressatenkonzept haben: der einzelne Klient in seiner Ganzheit und das Mitglied (in der Regel der Mitarbeiter) von Organisationen, das hier nur in seiner Mitgliedsrolle repräsentiert und ansprechbar ist (z.B. zu gesundheitsschädlichen Arbeitsbelastungen). Diese unterschiedlichen Funktionsweisen von Beratung differenzieren eine widersprüchliche Einheit aus, die in der GBE besteht: vom Inhalt her (Gesundheit/Krankheit) ist ein Bezug auf den einzelnen Fall vorgezeichnet, analog der ärztlichen Behandlung, von der Organisationsform öGD (bürokratische Organisation) her dagegen strukturelle Problemlösungen, analog administrativem Handeln im allgemeinen.

Dabei haben sich im Verhältnis zur ursprünglichen Konzeption der GBE Veränderungen ergeben (vgl. Kapitel 4.3). Die Strukturen des Beratungshandelns werden deshalb hier im Hinblick auf das Wirkungsprofil der GBE noch einmal resümiert:

1.

Die GBE bietet in ihren Aktivitäten eine Gesundheitserziehung. Das Spektrum dieser pädagogischen Aktivitäten reicht von Informationsvermittlung über gesundheitsrelevante Sachverhalte bis zur gesundheitsmoralischen Verhaltensbeeinflussung. Sie steht damit in der Tradition gesundheitlicher Aufklärung und gesundheitlicher Volksbelehrung als traditionelle Aufgaben des öGD.

2.

Die GBE bietet in ihren Aktivitäten psychotherapeutische Beratung oder (Kurz-) Psychotherapie bei diversen leib-seelischen Störungen mit verschiedenen (übenden oder aufdeckenden) Methoden. Sie folgt damit der zunehmend verbreiteten Einsicht, daß zahlreiche körperliche Beschwerden oder Erkrankungen psychogen oder psychisch vermittelt und nur zu beheben sind, wenn auf diese Gründe eingegangen wird. Die hier mit einzelnen Klienten (oder in der Gruppe) praktizierte Verbalisierung der den Symptomen zugrunde liegenden Konflikte ist im Kontext gesundheitlicher Prävention neu, aber plausibel und charakterisiert auch die Gesundheitsberatung als Ganze (siehe unten).

3.

Die GBE bietet in ihren Aktivitäten eine Sozialtherapie im Sinne einer sekundären Vergemeinschaftung für Klienten, deren Gemeinschaftsbindungen (Verwandschaft, Freundschaft, Bekanntschaft) nicht (mehr) befriedigend und für ihre psychophysische Stabilität ausreichend sind. Auch dies reflektiert die zunehmend verbreitete Einsicht in die psychosoziale Bedingtheit gesundheitlicher Probleme und bezeichnet eine einleuchtende Erweiterung des Wirkungsbereichs der GBE. Die sozialtherapeutische Aktivität bewirkt eine Stabilisierung der Identität der Klienten und arbeitet einer regressiven Somatisierung von Problemen durch das Anbieten sozialer (Gemeinschaft) und mentaler (Initiativen) Objekte entgegen.

4.

Die GBE bietet in ihren Aktivitäten eine Gesundheitskontrolle der Klienten. Sie handelt dabei als soziale, auf Gesundheit spezialisierte Kontrollinstanz. Eine Überprüfung des Gesundheitszustands ihrer Klienten bzw. einzelner Parameter desselben ist zwar von ihrer Institutionalisierung im öGD her verständlich, gehört aber im Grunde nicht zu ihren Aufgaben. Wenn sie damit weitere diagnostische oder kurative Maßnahmen, d.h. eine "Patientenkarriere", einleitet, widerspricht sie ihrer Aufgabe als gesundheitspräventiver Einrichtung.

5.

Die GBE repräsentiert eine spezielle Art und Richtung von Gesundheitspolitik vor allem durch öffentliche Auftritte auf Gemeindeebene. Sie demonstriert damit ihre aktive, Gesundheit gestaltende Funktion im Unterschied zur überwiegend reaktiven Arbeit des öGD. Dieser Teil des Spektrums ihrer Aktivitäten ist ein Residuum einer ursprünglich pointierter konzipierten Gemeindebezogenheit und in ihrem Wirkungsprofil eher randständig.

6.

Die GBE bietet vielfach eine Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch die Aktivierung kreativer leib-seelischer Potentiale und die Animation zu geistigen, sportlichen und kulturellen Aktivitäten in der Gemeinschaft. Dieser Teil ihres Angebots- und Wirkspektrums entspricht der schon mehrfach erwähnten Tendenz zu einer aktiveren Gesundheitsförderung als einem wesentlichen Charakteristikum präventiver Gesundheitsberatung. Die GBE löst sich damit von der traditionellen Bindung gesunden Lebens an "negative" Motive im Sinne eines bestehenden Leidensdrucks oder der Vermeidung von Erkrankungen. Sie stellt vielmehr ab auf "positive" Motive bzw. Interessen an einer lustvolleren und/oder leistungsfähigeren Lebensweise. Diese Aktivitäten entsprechen neuen Entwicklungen im Freizeit- und Therapiebereich überhaupt, Interessen an einem befriedigenderen Lebensstil aufzugreifen, die in der Regel marktvermittelt und erst ganz vereinzelt durch öffentliche Stellen angeboten werden.

Schließlich ist das Wirkungsprofil der GBE noch dadurch charakterisiert, daß sie einerseits konkrete Betreuungs- und Hilfsaktivitäten für entsprechend bedürftige Klienten wahrnimmt und andererseits zu verschiedenen Themen bzw. Problemen Gespräche und Besprechungen ohne pädagogischen oder therapeutischen Zweck anbietet.

Diese beiden in ihrem Aktivitätsspektrum eher randständigen Bereiche repräsentieren aber zugleich zwei wesentliche Tiefenstrukturen, die für die Bestimmung ihres Wirkungsprofils in gesundheitspräventiver Hinsicht zentral sind: die Grundfunktionen Betreuung und Beratung.

Beruhet die Betreuung im wesentlichen auf der auch für die GBE wirksamen ganz allgemein gesundheitsfürsorglichen Aufgabe des öGD (Gesundheitskontrolle und Gesundheitsförderung), so ist die Beratung Ausdruck eines Verständnisses gesundheitlicher Fragen, das über die ärztliche Behandlung und die öffentliche Fürsorge hinausweist auf Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention auf Verbalisierung der gesundheitlichen Probleme in der Lebenspraxis zugrunde liegenden Konflikte.

Korrespondiert die Abhängigkeit der Betreuten von der Betreuungsinstanz (vgl. die Interpretation dieses Begriffs in Kapitel 1.3 und 1.5 hinsichtlich der dabei unterstellten Betreuungsbedürftigkeit) mit ihrer Abhängigkeit von ihren Problemen, Beschwerden und Symptomen, so korrespondiert zugleich die prinzipiell autonome Stellung des "Erwachsenen" als Klient mit der Autonomie desjenigen, der im Laufe eines erfolgreichen Beratungsprozesses zu einer aus eigener Kraft gestalteten befriedigenderen und so gesundheitsgerechteren Lebensweise findet.

In bezug auf das Wirkungsprofil der GBE stellt sich von daher die widersprüchliche Einheit von Betreuung und Beratung in der GBE so dar, daß im Prinzip die Gesundheits-Beratung für Erwachsene für die Perspektive einer Verbalisierung gesundheitsrelevanter Probleme und Konflikte in Hinblick auf eine autonomere und gesundheitsgerechtere Problembewältigung steht.

8.4 Die Wirkung der GBE bei den Klienten

Hinsichtlich der Wirkung der GBE bei ihren Klienten ist zunächst festzustellen, daß sie auf breites Interesse gestoßen ist. Die Teilnehmerzahl insgesamt (vgl. Kapitel 8.1) und die Tatsache, daß für viele Angebote Wartelisten bestehen (vgl. Kapitel 3.3) zeigen, daß eine rege Nachfrage besteht und die GBE einen objektivierbaren Bedarf an Gesundheitsberatung abdeckt.

Die Auswertung der Klientenbefragung (vgl. Kapitel 5.1) hat darüber hinaus aufschlußreiche Ergebnisse hinsichtlich der Wirkung der Teilnahme an den Angeboten der GBE erbracht. Diese Ergebnisse sollen im folgenden in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Strukturanalysen der Beratungsinteraktionen (Kapitel 4) und des darin zum Ausdruck gekommenen Wirkungsprofils der GBE interpretiert und diskutiert werden. Bezugspunkt der Interpretation ist das bei der Strukturanalyse herausgearbeitete Problem der Motivierung der Klienten zu einer gesünderen Lebensweise.

Die Auswertung der entsprechenden Fragen des Klientenfragebogens hat erbracht, daß einerseits die Klienten an zahlreichen vor allem körperlichen Erkrankungen und Beschwerden leiden (vgl. Kapitel 5.1, Tabelle 10), sie aber andererseits ihr gesundheitliches Befinden überwiegend als durchschnittlich oder gut einschätzen. Obwohl hieraus kein sehr drängender Leidensdruck spricht, waren doch die körperlichen und seelischen Störungen, Beschwerden oder Erkrankungen und vor allem das gesundheitliche "Risikoverhalten" (insbesondere Übergewicht) bei dem weitaus größten Teil der Klienten (fast 80 %) Anlaß zur Teilnahme.

Insgesamt ist deshalb davon auszugehen, daß der überwiegende Teil der Klienten aus einem Leidensdruck heraus zur Teilnahme motiviert wurde, wobei aber das Ziel nicht eine Besserung durch Behandlung war - die fand in breitem Umfang außerdem statt (vgl. wieder Tabelle 10 in Kapitel 5.1) -, sondern eine Besserung der Gesundheit eben durch die Aktivitäten der GBE. In Verbindung mit der Tatsache, daß viele Klienten ohnehin gesundheitsfördernd aktiv sind (vgl. Kapitel 5.1, Tabelle 11) ist hieraus abzulesen, daß offenbar bei einem Großteil der Klienten die Bereitschaft und das Engagement besteht, etwas für ihre Gesundheit zu tun und sich nicht nur (ärztlich) behandeln oder (durch die GBE) beraten zu lassen.

Die GBE muß mithin nicht Personen motivieren, die ihrer Funktion fremd und verständnislos gegenüberstehen, sondern kann sich auf eine Motivationsbasis beziehen, die sich aus Leidensdruck und aus Interesse an einer befriedigenderen und leistungsfähigeren Lebensweise zugleich speist und dafür auch eine gewisse Handlungsbereitschaft geschaffen hat.

Dies zeigen auch die in der Analyse der Beratungsinteraktionen herausgearbeiteten Motive der Klienten. Dabei wurde in Ergänzung und Präzisierung der aus den Antworten auf die Frage nach dem Anlaß zur Teilnahme erschlossenen Motive deutlich, daß nicht nur im engeren Sinne unmittelbar gesundheitsbezogene Motive bestimmend sind. Vor allem die "positiven" Motive an besserem Wohlbefinden und Körpergefühl, geistig-kultureller Anregung und Aktivität und gemeinschaftlichen Unternehmungen vor allem bei Älteren zeigen, daß vielfach den Klienten selbst ein Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen einerseits und einer unbefriedigenden, weil eingeschränkten Lebensweise bewußt ist.

Dieser Beitrag der GBE zur Stabilisierung und Entwicklung der Identität ihrer Klienten in der biografischen Dimension lebensgeschichtlicher Entwicklung - vor allem bei sog. Status-Passagen - wie in der sozialen Dimension der Integration in die Gemeinschaft - vor allem bei zeitweiliger Desintegration durch Verlust von Partnern, Freunden und Bekannten oder bei der Berentung - ist den ausführlichen Interviews mit typischen Klienten besonders deutlich zu entnehmen (vgl. Kapitel 5.2).

Dieses Teilergebnis verweist direkt auf den systematischen Zusammenhang zwischen psychophysischen und psychosozialen Identitätsproblemen, der Gefahr, diese regressiv mit Somatisierungen zu "bewältigen" und der Alternative einer besseren Problembewältigung mittels Inanspruchnahme der Angebote der GBE und der dadurch ermöglichten Stabilisierung durch die Gruppe sowie die Bearbeitung der Probleme mit Anderen in der Gruppe (vgl. ebenfalls die Klienteninterviews in Kapitel 5.2). Die gesundheitsfördernde und längerfristig gesundheitspräventive Wirkung ist hier offensichtlich.

Die Auswertung der Klientenbefragung hat weiter aufschlußreiche Unterschiede zwischen den Anlässen zur Teilnahme an Angeboten der GBE und ihren Ergebnissen erbracht (vgl. Kapitel 5.1, Tabelle 13).

Bei den Ergebnissen als Wirkung der Teilnahme beziehen sich deutlich weniger Antworten auf körperliche Erkrankungen, Symptome, Beschwerden etc. als bei den Anlässen. Umgekehrt interpretiert ein deutlich größerer Teil der Befragten die Wirkung der Teilnahme als Beitrag zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise, konkret auf Verbesserungen der Körperlichkeit und Entwicklungen der Persönlichkeit und sozialen Beziehungen. Offenbar wird die GBE von ihren Klienten zur Verbesserung ihres körperlichen, psychischen und sozialen Befindens und Verhaltens und der Entwicklung einer entsprechenden Lebensweise genutzt. Diese Wirkung ist in dem genannten Zusammenhang als Tendenz zu einer Entwicklung von einer auf somatische Probleme konzentrierten "autoplastischen" zu einer mehr an psychischer Befindlichkeit und sozialen Beziehungen orientierten "alloplastischen" Problembewältigung interpretiert worden (vgl. Kapitel 5.1, Schema 2).

Ähnliche Unterschiede wurden zwischen den Motiven der Klienten und den Motivierungen durch die (Mitarbeiter und Angebote der) GBE deutlich. Während die Motive stärker leib-seelische Ängste und Befürchtungen, Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden und Symptome beinhalten, orientieren sich die Motivierungen stärker an einer Stabilisierung des leib-seelischen Befindens und gesundheitsfördernden Handelns im psychosozialen Kontext, also an einem gesundheitlich besseren, autonomen und dadurch symptomfreieren Lebensstil (vgl. Kapitel 4.4).

Diese Unterschiede sind von der Funktion der GBE her gerechtfertigt und nicht etwa Ausdruck einer Diskrepanz zwischen Nachfrage (Motive) und Angebot (Motivierungen), die durch eine Veränderung der Angebotsstruktur und Motivierungsstrategie der GBE ausgeglichen werden müßte. Die Aufarbeitung des Unterschieds ist Aufgabe und, wie die dargestellten Ergebnisse der Klientenbefragung zeigen, auch tatsächlich Wirkung der Teilnahme an den Aktivitäten selbst.

Die Ergebnisse der Klientenbefragung und die der Strukturanalyse der Beratungsinteraktionen ergeben hinsichtlich der Wirkung der GBE bei den Klienten zusammengenommen ein schlüssiges Bild:

Die in den Motivierungen im einzelnen deutlich gewordene objektive Funktion und Intention der GBE, die Förderung einer gesünderen, befriedigenderen und gesundheitspräventiveren Lebensweise durch größere

psychische und soziale Stabilität, körperliche und geistige Aktivierung und Verbalisierung von gesundheitlichen Problemen in ihrem Kontext wird von einem signifikant großen Teil der Klienten in ihrer Einschätzung der Wirkungen der GBE realisiert. Es gelingt der GBE, über ihre Angebote Selbstdeutungen und gesundheitsbezogene Handlungen ihrer Klienten in Richtung auf ein erhöhtes und qualitativ erweitertes Gesundheitsbewußtsein zu beeinflussen und die Klienten in ihren ansatzweise vorhandenen Motiven zu einer verbesserten gesundheitlichen Prävention zu bestärken. Sie erfüllt damit ihre Aufgabe als autonomiefördernde gesundheitspräventive Einrichtung der Beratung Erwachsener in gesundheitlicher Hinsicht.

Inwieweit die Klienten ihr tatsächliches gesundheitsbezogenes Handeln langfristig wirksam verändern, war im Rahmen dieser Untersuchung nicht zu klären. Allerdings lassen die im Schutz der Anonymität, zum Teil auch zu Hause gegebenen Antworten auf die Frage nach den Ergebnissen der Teilnahme und insbesondere die Klienteninterviews den Schluß zu, daß tatsächlich eine Änderung des gesundheitsbezogenen Handelns zumindest für längere Zeit nach der Teilnahme an (längeren) Angeboten der GBE ebenfalls in breitem Umfang erfolgt.

Inwieweit diese Wirkung wirklich dauerhaft ist, könnte nur eine follow-up-study klären.

8.5 Gesundheitsberatung und Hilfe zur Selbsthilfe

In der Senatsvorlage Nr. 276 ist von "Selbsthilfe" noch keine Rede. Dagegen enthält der von der Senatsverwaltung für Gesundheit 1982 formulierte Aufgabenkatalog "Gesundheitshilfe" (siehe oben Kapitel 2) unter 2. die Aufgabenbestimmung "Hilfe zur Selbsthilfe" und unter 3. "Unterstützung von Selbsthilfegruppen". Offensichtlich hat hier die Entwicklung der Selbsthilfebewegung vor allem im Gesundheitswesen und ihre Rezeption durch die Gesundheitsverwaltung und Gesundheitspolitik Eingang in die Aufgabenbestimmung der GBE gefunden.¹⁾

Die Mitarbeiter der GBE stehen der Selbsthilfebewegung insgesamt aufgeschlossen und positiv gegenüber. Einige sind selbst in ihr engagiert. Die GBE versucht vielfach, die Teilnehmer ihrer Kursangebote (vor allem der Abnahmegruppen, des Nichtrauchertrainings bzw. der Raucherentwöhnungskurse, des Denk- und Gedächtnistrainings) dazu zu bewegen, die Gruppe nach Kursende ohne Leiter fortzuführen, um die Ergebnisse

1) Vgl. die Anlage 1 zu TOP 13 der Ergebnisniederschrift der 50. GMK am 10.12.1982 in Berlin

50. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 10.12.1982 in Berlin

Entschließung

Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) nimmt den Bericht der Arbeitsgruppe "Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen" zur Kenntnis. Sie ist der Auffassung, daß eine wirksame Gesundheitssicherung in Zukunft verstärkt ein kontinuierliches Zusammenwirken aller Träger der gesundheitlichen Versorgung mit Selbsthilfegruppen notwendig macht. Dabei kommt dem ehrenamtlichen Engagement besondere Bedeutung zu.

Die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder appellieren an alle im Gesundheitswesen Verantwortlichen, die Bereitschaft einer immer größer werdenden Zahl engagierter Bürger zu eigenverantwortlichem Handeln im Interesse ihrer Gesundheit zu fördern und den Gedanken der Selbsthilfe, der Selbsthilfeinitiativen und -gruppen zu unterstützen. Sie fordert alle Mitarbeiter der Einrichtungen und Beratungsdienste, die Ärzte, die Landesorganisationen und die Versicherungsträger auf, in ihrem Zuständigkeitsbereich die Hilfe zur Selbsthilfe zu verwirklichen und die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um die Arbeit bzw. die Initiierung gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen zu erleichtern und auch bei ihren Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, Bildung und Erziehung zur gesundheitlichen Selbsthilfe anzuregen.

der Teilnahme zu stabilisieren. Dabei haben sich verschiedene Typen von Nachfolge- oder freien Gruppen herausgebildet, die zumindest längere Zeit (Wochen bis Monate) weiterbestehen:

- a) Freie Gruppen ohne Weiterbetreuung:
Gruppen für Übergewichtige, Diätgruppen, Schwimmgruppen, Nachbarschaftshilfe, Nichtrauchergruppe
- b) Freie Gruppen mit informellen Leitern (Laien, die selbst früher Teilnehmer der entsprechenden Angebote der GBE waren):
Wandergruppe, Sprach- und Rezitationsgruppe, Denktrainingsgruppe
- c) Gruppen, die nach Kursende in größeren zeitlichen Abständen von den früheren Kursleitern weiter betreut werden:
Abnahmegruppen

Bei den meisten dieser Gruppen handelt es sich allerdings offenbar nicht um eigentliche Selbsthilfegruppen, sondern um Nachfolgegruppen der GBE-Kursangebote. Das wird empirisch daran deutlich, daß es sehr schwer ist, die Teilnehmer dazu zu bewegen, sich längerfristig in eigener Regie weiterzutreffen. Gruppen ohne Weiterbetreuung- oder zumindest informelle Leitung durch einen ehemaligen Klienten bestehen in der Regel nicht lange. Nach übereinstimmender Auffassung von Mitarbeitern und Klienten liegt das an der Erwartungsstruktur der Teilnehmer, die auf fachlich kompetente Leitung durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes gerichtet ist und damit von vornherein eine Differenz zwischen einer wirklichen Selbsthilfegruppe und einer freien Gruppe ehemaliger Teilnehmer der GBE setzt.

Als Beispiel ein Ausschnitt aus einer Gruppendiskussion in einer Stelle (M1 - M3 = Mitarbeiterinnen, I = Interviewer):

M1: Das ist natürlich das Allerbeste, deswegen funktionieren ja die Selbsthilfegruppen auch ganz gut

M2: die echten?

M3: ja, die echten, genau (lacht)

I: aber Sie haben doch auch die Chance, Sie haben doch auch die Chance, Gruppen dann übergehen zu lassen in freie Gruppen

M2: das funktioniert nicht

I: funktioniert nicht?

M2: ach wo

M1: weil die Gruppen nicht homogen genug sind

M2: das funktioniert also so, das ist halt so, die Leute kommen her, um sich beraten zu lassen, und das ist eben auch so, äh, in der Anfangsphase, man wird eben angeguckt, es ist 'ne Erwartungshaltung da und äh untereinander passiert zunächst mal gar nichts

I: hm

M2: also, das muß erstmal wachsen. Und wenn man dann sagt: Liebe Leute, auf Wiedersehen, ich werde mich so langsam mal zurückziehen und komm' denn nur noch alle 4 Wochen, dann wird das keine Selbsthilfegruppe.

I: hm

M2: Dann wird also der Termin abgewartet, wann sind die 4 Wochen endlich um, wann kommt se mal wieder, und sonst ist es häufig also 'ne Kaffeekränzchengruppe, ne, also, das kenn' ich auch von den Kollegen aus den anderen Bezirken, da ist das auch so gelaufen bzw. da hab' ich jetzt Leute in 'ner Gruppe, die in andern Bezirken in 'ner Selbsthilfegruppe waren. Ich halte also nur was davon, wenn ... diese Selbsthilfe heißt eben Selbsthilfe. Denn sollen die sich auch von vornherein nicht auf eine Institution Gesundheitsamt stützen und sagen: Könnt Ihr mir mal 'ne Selbsthilfegruppe vermitteln, sondern selber auch eine gründen und aktiv damit beteiligt sein und sonst geht das meiner Meinung nach wirklich in die Hose. Also, ich kenn' da keine Gruppe, die da von Bestand ist.

M1: Wär' auch 'n schlechter Stand für so'ne Selbsthilfegruppe, weil wir ja richtig Schulungs- machen mit Wiederholung und so wie in der Schule, zu Hause aufschreiben und kontrollieren, ich glaub' nicht, daß da 'ne Selbsthilfegruppe bei rauskommen kann.

M2: Nee, dann müßte man von vornherein sagen, äh, Sie können sich bei uns zu einer Selbsthilfegruppe zusammenschließen, aber das ist schon ulkig. Also, ich denk' einfach, wenn ich jetzt Interesse hätte, 'ne Selbsthilfegruppe ... einer Selbsthilfegruppe beizutreten oder eine zu gründen oder was, würde ich nie auf die Idee kommen, äh, zu sagen, jetzt geh' ich mal zum Gesundheitsamt und frag' mal, ob es da sowas gibt, sondern da würd' ich höchstens sagen, ich such' mir die entsprechenden Leute und denn ist natürlich 'n Raumproblem da.

I: hm

M2: Und dann würd' ich mich bemühen, irgendwo 'n Raum zu bekommen, aber nich' so ... hier.

I: hm

M2: Nee, man sucht sich doch auch die Leute aus, mit denen man zusammen 'ne Gruppe machen möchte.

M1: Das ist genau, die Gruppen sind nich' bestehende Selbsthilfegruppen, wo man halt dazu beitrifft, also, wenn einem die zusagt, ja.

Die Differenz zwischen Nachfolgegruppen der GBE und Selbsthilfegruppen wird in einem Ausschnitt aus einer Gruppendiskussion mit Teilnehmern von Nachfolgegruppen von Kursen der GBE noch deutlicher (K1 und K2 = Klienten der GBE, I = Interviewer):

I: Ich möcht' gern nochmal auf was Anderes raus: äh, es gibt äh, bei der Gesundheitsberatung eine Vorstellung, äh, wie man die, sagen wir, die, die, äh, wie man das verbreitern könnte oder wie mehr Leute erreicht werden könnten, und das sieht so aus, daß äh, wenn, wenn, äh, Teilnehmer, die mal 'ne Zeitlang was mitgemacht haben, dann alleine weitermachen.

K1: ach

I: Dann würden, ich darf's hier nur mal grad erzählen, dann würden da gewissermaßen die Plätze in der Stelle frei, und es könnten neue ...

K1: wieder nachrücken, ja

I: ja? Also, die ganzen langen Wartelisten könnten abgebaut werden, und so könnten auf die Dauer viel mehr Menschen an den Sachen teilnehmen.

K1: Ja, so ist das ja auch äh aufgezozen

I: ja

K1: von den Leuten in diesem

I: ja, das setzt aber voraus, daß es möglich ist, äh, tatsächlich allein weiterzumachen, und ich hab' jetzt schon so den Eindruck, das klappt irgendwie nicht.

K1: Nee, det klappt och nicht

I: also

K1: kann auch gar nicht klappen

K2: klappt nicht, na, ich weiß nicht, ob et im Kochkurs vielleicht geht, wenn sich jemand berufen ... später so 'ne Gruppe weiterzumachen, es geht beim Autogenen Training nicht ganz so gut, weil die Bezugsperson fehlt, wenn Sie also irgendwelche

K1: ja

K2: selbst sich also zurückziehen und Autogenes Training machen, dann woll'n sie darüber sprechen, wie 'ne, wie es ihnen er-

geht, und keiner von uns ist also in der Lage, diese Sache dann äh zu führen und äh diese Jespräche irgendwie zu leiten, weil wir ja die gleichen Probleme auch haben und insofern fehlt, oder für mich war die Voraussetzung, daß ich ooch gerne etwas mache, wo 'n Arzt eben oder 'n Doktor mit bei ist, so daß man dann mit jemand sprechen kann darüber, nech, det nutzt mehr, ich seh' es jetzt in der Praxis bei uns, wir treffen uns zwar, wir sprechen zwar die Sorgen durch, wie es in den vier Wochen so ging, aber es zieht sich zuviel Privates dazwischen, und wir kommen ooch zum Autogenen Training, aber ebent wird nicht mehr so intensiv da nachher über die eine, die Sorgen der Einzelnen gesprochen, weil es eben gar nicht geht, weil, weil, man hört sich zwar an, aber, na ja, der Andere kann einem ja doch nich' so helfen, nech.

I: hm

K2: Und insofern muß ich ganz ehrlich sagen, müßte det Anjebot dieser Gruppe, det müßte 'ne Bezug- sein, det muß vielleicht nicht unbedingt 'n A-, 'n Arzt sein, wenn jemand dazu berufen ist, kann ja auch äh 'n anderer machen, aber zumindest sollte er Fachkenntnisse haben, um so etwas zu leiten. Wir, det ist nur 'ne Frage der Zeit, also, unsere Gruppe, äh, na ja, der geb ick vielleicht noch zwei, drei Monate; denn sind die weg vom Fenster. Wenn dann nich' bis dahin nich' der nächste Kurs läuft. Wir haben zwar hier, aber man merkt schon, bei einem wird et Schwimmen, der jeht dann, also muß unbedingt an dem Tag denn schwimmen gehen, der andere spielt Schach, dat is' denn wichtig. So kommen so kleine Ausreden dazwischen, nech, und die

I: hm

K2: det zieht sich denn ein-, bleiben se einmal weg, dann bleiben se das zweite Mal weg und dann sind se ganz weg vom Fenster und die Gruppe, na ja, und dann wird's natürlich nachher schon kaffeeklatschig, könnte man denn schon in irgendwo im Lokal machen, nech, denn brauchte man ja nich' noch den Spezialraum da, ja, und so is-, zerfällt es denn automatisch.

I: hm

K2: Is' ooch nich' det Gleiche, als wenn Se mit 'ner Karte rausfahren und durch 'n Wald laufen

I: hm

K1: ja

K2: es is' irgend jemand, Sie brauchen also irgend 'ne Führungsperson oder

K1: ja, ja, ja genau

K2: jemand, der so stark ist, ick meine, diese ganzen Gruppen, die wir jetzt auch bei uns, es wird sich immer irgend jemand finden, der so stark ist, und det also in die Hand nimmt. Denn Sie müssen ja automatisch etwas in die Hand nehmen, det fäng-, fängt ja an bei Terminvereinbarungen.

I: hm, hm

K2: Und nech', Sie müssen ja irgend jemand muß die Sache ja in die Hand nehmen. Aber ebent, wie jesagt, nutzt ja nischt, wenn derjenige zwar da ist und alles 'n bißchen lenkt. Er ist ja selbst abhängig, nich', sonst wär' er ja

I: hm

K2: hätt' er 'n andern Beruf.

Den ehemaligen Klienten fehlt die "Bezugsperson" oder die "Führungsperson", die fachlich kompetente und amtlich legitimierte Leitung. Eine Überleitung einer GBE-Gruppe in eine freie Gruppe gelingt längerfristig in der Regel nur dort, wo diese Rolle von einem besonders kompetenten ehemaligen Teilnehmer ausgefüllt wird, der persönlich anerkannt ist und dann informell die Gruppe leitet. Das zeigt ein Bedürfnis nach Anleitung zu gesundheitsfördernden Aktivitäten, das von der GBE erfüllt wird, mit einer Selbsthilfegruppe im Wortsinne und in der Tradition des Begriffs ohne weiteres aber nicht vereinbar ist. Mitglieder wirklicher Selbsthilfegruppen haben andere motivationale Voraussetzungen als die Teilnehmer an den Aktivitäten der GBE.¹⁾

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß der Beitrag der Gesundheitsberatung für Erwachsene zur Hilfe zur Selbsthilfe sicherlich einen breiten Umfang hat, der sich in Veränderungen der Einstellungen und der Lebenspraxis der einzelnen Teilnehmer niederschlägt, daß aber eine Überleitung der Aktivitäten der GBE in Selbsthilfegruppen in der Regel an der Motivationsbasis der Teilnehmer der GBE scheitert.

1) Ein Blick auf die Altersstruktur der GBE-Klienten kann das plausibilisieren. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer ist knapp unter 50 Jahren. D.h., der durchschnittliche Teilnehmer ist etwa 1935 geboren und hat seine ersten Sozialisationserfahrungen in Gruppen noch in der Zeit der Nationalsozialistischen Herrschaft und des Krieges gemacht. Gruppen für Kinder und Jugendliche in Schule und Freizeit waren zu dieser Zeit autoritär strukturiert (exemplarisch HJ, BDM). Wie sehr diese Gruppenerfahrungen inzwischen auch immer lebensgeschichtlich überlagert, modifiziert oder verändert worden sind, so ist doch klar, daß die Klienten der GBE im Durchschnitt ganz andere motivbestimmende Erfahrungen in der Sozialisation zur Gemeinschaft haben als die Träger der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung, die der Nachkriegsgeneration entstammen.

9. ZUR ÜBERTRAGBARKEIT DES MODELLS "GESUNDHEITSBERATUNG FÜR ERWACHSENE" AUF ANDERE LÄNDER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Im folgenden wird geprüft, ob Gesundheitsberatung im öGD als Mittel gesundheitlicher Prävention auch in anderen Bundesländern angeboten wird und ob und ggf. welche rechtlichen Voraussetzungen und gesundheitspolitischen Initiativen dazu derzeit bestehen. In die Untersuchung werden auch andere Organisationsformen von Gesundheitsberatung als die in Berlin und angrenzende z.B. gesundheitserzieherische Aktivitäten einbezogen. Abschließend wird ein Modellvorschlag für eine im öGD institutionalisierte Gesundheitsberatung für Erwachsene formuliert.

9.1 Gesetzliche Grundlagen für Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung im öGD

Organisation und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens werden mit Ausnahme von Berlin und Schleswig-Holstein in den Bundesländern noch durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (1934) und die drei Durchführungsverordnungen zu diesem Gesetz (1935) geregelt. Dem jetzt verstaatlichten Gesundheitsamt werden mit dem Vereinheitlichungsgesetz vom 3. Juli 1934 präventive Aufgaben zugewiesen, nämlich gesundheitliche Aufklärung bzw. Gesundheitserziehung. § 3 des Gesetzes legt fest, den Gesundheitsämtern obliege:

- I. Die Durchführung der ärztlichen Aufgaben:
 - a) der Gesundheitspolizei,
 - b) der Erb- ... pflege einschließlich Eheberatung,
 - c) der gesundheitlichen Volksbelehrung,
 - d) der Schulgesundheitspflege,
 - e) der Mütter- und Kinderberatung,
 - f) der Fürsorge für Tuberkulöse, für Geschlechtskranke, körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige;
- II. die ärztliche Mitwirkung bei Maßnahmen zur Förderung der Körperpflege und Leibesübungen;"

In den drei Durchführungsverordnungen (DVO) werden diese Aufgaben präzisiert. Die 1. DVO (vom 6.2.1935) legt fest, das Gesundheitsamt habe Gesundheitsaufklärung durchzuführen, durch die "allgemein anerkannte Grundsätze auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Gemeingut der Bevölkerung werden sollen" (§ 4, Abs. 5). In der 2. DVO (vom 22.3.1935) wird das Gesundheitsamt zu einer umfangreichen Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitswesen verpflichtet. Der Bürger soll zu einem gesundheits- und umweltbewußten Partner im Rahmen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge herangebildet werden (§ 2). In der 3. DVO (vom 30.3.1935) ist festgelegt: "Das Gesundheitsamt hat die Tätigkeit aller an der gesundheitlichen Aufklärung des Volkes beteiligten Stellen ... einheitlich zusammenzufassen. Auf eine enge Zusammenarbeit mit den Stellen, die für die Durchführung gesundheitlicher Schulung in Frage kommen, ist Bedacht zu nehmen" (§ 54 (1)).¹⁾

Das Vereinheitlichungsgesetz ist zwar nach dem Krieg für die Bundesrepublik als geltendes Recht übernommen worden, es stellt aber kein Bundesrecht dar. Gesundheitspflege und Gesundheitswesen sind in die Hoheit der Bundesländer gestellt. Gesundheitsamt und öffentlicher Gesundheitsdienst sind Angelegenheit der Länder, weshalb diese - wenn überhaupt - eigene Ländergesetze erlassen müssen. Nach 1945 wurden die Gesundheitsämter entweder als staatliche beibehalten oder kommunalisiert, d.h. in die Verwaltung der Kreise und kreisfreien Städte integriert.

1) Neben der ausdrücklichen Festlegung der Zuständigkeiten für die Entfaltung gesundheitserzieherischer Aktivitäten wird das Gesundheitsamt verpflichtet, die gesundheitlichen Verhältnisse zu beobachten, die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung zu überwachen, sich in Angelegenheiten des Gesundheitswesens gutachtlich zu äußern und anderen Behörden Vorschläge zur Abstellung von Mängeln und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu unterbreiten (2. DVO, § 1). Das Vereinheitlichungsgesetz und die Durchführungsverordnungen legen darüber hinaus bestimmte Schwerpunkte der gesundheitserzieherischen Arbeit des Gesundheitsamtes fest. Genannt werden als (besonders erziehungsbedürftige bzw. betreuungsbedürftige) Gruppen: Mütter, Kinder, Schüler. Schulgesundheitspflege meint dabei nicht nur Reihenuntersuchungen, Sprechstunden für die Schüler, sondern auch die Beratung und Belehrung von Lehrern in Fragen der Gesundheitspflege. Als mögliche Form der Arbeit wird die Einzelberatung genannt.

1970 beschloß die Konferenz der Gesundheitsminister und -senatoren der Bundesländer (GMK), Grundlagen für eine gesetzliche Neuregelung der Aufgaben des öGD erarbeiten zu lassen. Als Prämissen für künftige Regelungen wurden festgelegt:

1. Der öGD solle in den Bundesländern weiterhin einheitlich durchgeführt werden.
2. Die Zentralstelle des öGD auf der unteren Verwaltungsebene solle weiterhin das Gesundheitsamt bleiben.
3. Der Leiter des Gesundheitsamtes müsse auch zukünftig ein Arzt, nämlich der Amtsarzt sein.

Die Arbeitsgruppe "Neuordnung des Rechts des öffentlichen Gesundheitsdienstes" der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalfachbeamten der Bundesländer (AGLMB) erarbeitete 1972 auf der Grundlage eines Auftrages der GMK den "Entwurf eines Gesetzes über das Gesundheitswesen" als Richtlinie für Ländergesetze zur Wahrung der Einheitlichkeit des öGD in den Bundesländern. Diese Richtlinie hat drei Funktionen. Sie regelt einmal die Aufgaben der Gesundheitsfachverwaltung auf allen Ebenen der Verwaltung (nach geltendem Recht sind nur die Aufgaben des Gesundheitsamtes geregelt). Zum zweiten hat sie das Ziel, alle Bereiche (Abteilungen), die zur Gesundheitsfachverwaltung gehören, zusammenzufassen. Schließlich enthält sie Mindestnormen, die notwendig sind, um die Einheitlichkeit des öGD im föderativen System der Bundesrepublik zu wahren (vgl. HOPF 1978, 421).

Im allgemeinen Teil der Richtlinie sind zwei zentrale Aufgaben des Gesundheitsamtes festgelegt. "Die Gesundheitsfachverwaltung unterrichtet sich ständig über die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung und beobachtet Anwendung und Auswirkung von Rechtsvorschriften, die die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung berühren. Sie sammelt in ihrem Bereich über die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung die notwendigen statistischen Daten für Dokumentation und veranlaßt die epidemiologische Auswertung aller Daten und sonstigen Erkenntnisse" (§ 5 Information, Dokumentation). Außerdem nimmt sich die Gesundheitsfachverwaltung "der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung, auch in Fragen der Humangenetik und Familienplanung, sowie der Gesundheitserziehung an. Sie fördert gesunde Lebensweisen, Sport sowie

gesundheitgemäße Freizeitgestaltung und Erholung" (§ 8, Gesundheitliche Aufklärung).

Dieses Ziel wird nicht weiter ausgeführt. Lediglich in § 42 gibt es einen Hinweis auf eine Form von Gesundheitsaufklärung. Unter der Überschrift "Gesundheitshilfe für alte Menschen" heißt es:

"(1) Die Gesundheitsfachverwaltung leistet alten Menschen Gesundheitshilfe durch Beratung, insbesondere in Fragen der Ernährung, sowie durch sonstige Maßnahmen, die geeignet sind, ihre körperliche, seelische und geistige Gesundheit zu erhalten. Insoweit berät sie auch Angehörige der Familie und Wohngemeinschaft.

(2) Die Gesundheitsfachverwaltung unterstützt Bestrebungen anderer Stellen und Einrichtungen zur Hilfe für alte Menschen."

Gesundheitshilfe soll der öGD insbesondere folgenden Zielgruppen gewähren: Müttern und ihren Kindern, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, alten Menschen, Tuberkulosekranken und -gefährdeten, Behinderten, Drogenabhängigen und Alkoholkranken (§§ 38-45).

Als Ergänzung der Richtlinie für Ländergesetze wurden im November 1973 von der GMK "Grundsätze für Funktion und Organisation des Gesundheitsamtes" verabschiedet. Sie weisen dem Gesundheitsamt eine wesentliche Stellung zu allen Einrichtungen und Personen des Gesundheitswesens zu. Das Gesundheitsamt hat die Aufgaben, die ihm durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften zugewiesen sind, selbst durchzuführen. Es soll aber auch in lenkender und koordinierender Funktion (im gesundheitlichen Umweltschutz und bei Planungen im gesundheitlichen Bereich) tätig werden. Die personelle, räumliche und apparative Ausstattung des Gesundheitsamtes muß den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung (der jeweiligen Region) gerecht werden und außerdem dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Fachbereiche (Abteilungen) des Gesundheitsamtes sind unter Berücksichtigung der sozialen, wissenschaftlichen und technischen Veränderungen weiterzuentwickeln, auszubauen oder ggf. neu einzurichten.

Trotz des offensichtlich großen Interesses der GMK, der Fachverwaltungen und Fachbeamten an einer "einheitlichen" Gesetzgebung zum öGD in der Bundesrepublik sind bis heute nur zwei Gesetze in Kraft getreten: das GDG von Schleswig-Holstein (1979) und das Berliner GDG (1980).

Das GDG des Landes Schleswig-Holstein (vom 26. März 1979 in der Fassung vom 19. November 1982) ähnelt dem Berliner GDG, das an anderer Stelle dieses Berichts ausführlich besprochen worden ist (siehe Kapitel 1). Die gesundheitspräventiven Aufgaben sind in § 7 festgehalten: "Die Gesundheitsbehörden ... haben die Bevölkerung über Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie über Gesundheitshilfe aufzuklären. In Fragen der Gesundheitserziehung hat die Kreisgesundheitsbehörde Eltern und Kinder aufzuklären sowie die Schulen entsprechend zu unterstützen."

Zu den besonderen Aufgaben des öGD gehört die Gesundheitshilfe. § 18 des Gesetzes legt zunächst allgemein fest, was unter Gesundheitshilfe zu verstehen ist:

"(1) Die Kreisgesundheitsbehörde hat Personen Gesundheitshilfe zu leisten, die wegen körperlicher, seelischer, geistiger oder sozialer Umstände in gesundheitlicher Hinsicht besonders schutzbedürftig sind. Gesundheitshilfe nach Satz 1 ist zu leisten, soweit und solange dies notwendig ist und diese Aufgabe nicht von anderen Stellen erfüllt wird oder zu erfüllen ist.

(2) Ziel der Gesundheitshilfe ist es, den Empfänger der Hilfe vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Schäden zu bewahren oder ihn, soweit solche Beeinträchtigungen oder Schäden eingetreten sind, bei deren Beseitigung oder Linderung zu unterstützen.

(3) Gesundheitshilfe wird gewährt durch gesundheitliche Beratung und Betreuung. Sie kann in Sprechstunden der Kreisgesundheitsbehörde oder durch Hausbesuche angeboten werden. Weitere Ansprüche, insbesondere auf Heilbehandlung, Pflege, Geld- oder Sachleistungen, bestehen nach diesem Gesetz nicht."

Zu den besonders schutzbedürftigen Personen und Personengruppen gehören Schwangere, Säuglinge und deren Mütter, Behinderte, psychisch Kranke, Rauschmittelabhängige oder -gefährdete. "Darüber hinaus können auch Kinder, Jugendliche und alte Menschen sowie die Familie als solche aufgrund besonderer Umstände in gesundheitlicher Hinsicht besonders schutzbedürftig sein" (Durchführungserlaß, Sozialminister, 24. 11.1980, zu § 18). Maßnahmen der Gesundheitshilfe sind für den Bürger freiwillig, d.h., sie können nur auf seinen Wunsch (Antrag) hin oder mit seiner Zustimmung erfolgen. Andere im GDG geregelte Leistungen des öGD (wie die schulärztliche Untersuchung für Schüler) sind zu dulden (Durchführungserlaß 1980, zu § 20).

In den übrigen Bundesländern bestehen keine Gesetze über den öGD. In einigen Ländern sind Entwürfe erstellt worden, die nun beraten werden (Bayern, Bremen), in anderen sind Gesetze geplant (Hessen, Rheinland-Pfalz), in einigen Bundesländern sind die Ideen (und zum Teil Vorentwürfe) zu einem solchen Gesetz ad acta gelegt (Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland).

Relativ schnell nach den GMK-Empfehlungen legte in Nordrhein-Westfalen der Landesverband der Medizinalbeamten 1972 den Entwurf zu einem Gesetz über den öGD vor. Kernstück war das Konzept des multidisziplinären Aufbaus der Gesundheitsfachverwaltung, mit dem offenbar die Kooperation verschiedenster Berufsgruppen im Bereich gesundheitlicher Versorgung vorgegeben werden sollte. Der Entwurf blieb ohne Folgen. Weder das Land noch eine der im Landtag vertretenen Parteien brachte in der Folgezeit einen Gesetzentwurf zur parlamentarischen Beratung ein.

In Hessen wurde noch in den späten siebziger Jahren der Entwurf eines GDG des hessischen Sozialministers vorgelegt. Der Entwurf ist auf der Grundlage der Richtlinie für Ländergesetze erarbeitet worden. Das Landesgesetz soll die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens in einem kooperativ angelegten System gesundheitlicher Versorgung eng zusammenführen. Die Verabschiedung soll 1985 oder 1986 erfolgen. Der Entwurf von 1977 enthält auch Hinweise auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Stellung von Gesundheitsamt und Amtsarzt. Beide sollen als gesundheitliche Zentrale und als Repräsentant der staatlichen und kommunalen Verantwortung für die Gesundheit der Bürger wirken. In den Erläuterungen heißt es, der Amtsarzt solle in den Entscheidungsgremien die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung in fachlicher Sicht unmittelbar vertreten. Die Wahrnehmung dieser Funktion setzt indes voraus, daß er direkt den leitenden Kommunalbeamten und nicht - wie im Entwurf - einem "sonst zuständigen Dezernenten" unterstellt wird (vgl. PFAU 1978, 435). Neben den klassischen Aufgaben des öGD werden u.a. die Sammlung von Daten über Krankheiten, Gesundheitsgefährdungen und -schädigungen sowie die Durchführung von Studien und Untersuchungen als Aufgaben genannt. Schließlich ist vorgesehen, daß der öGD an der beruflichen Ausbildung und Fortbildung der Gesund-

heitsberufe mitwirkt und auch neue Beratungsaufgaben wahrnimmt (siehe HOPF 1978, 426).

In Rheinland-Pfalz wurde 1978 der Entwurf eines öGD-Gesetzes vorgelegt. Die Aufgaben des öGD orientieren sich in diesem Entwurf an der "Generalklausel", der öGD solle vermeidbare gesundheitliche Gefahren verhüten und abwehren, die Belange des gesundheitlichen Umweltschutzes wahrnehmen und Gesundheitshilfe leisten. Das Gesetz soll noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden.

In Bayern wurde der erste Entwurf (des Innenministeriums) für ein GDG mit den zuständigen Ministerien und Dienststellen abgestimmt und den Verbänden zur Stellungnahme vorgelegt. Aufgrund der zur Zeit stattfindenden Anhörungen der Verbände wird ein überarbeiteter Entwurf sicher erst 1986 Eingang in das parlamentarische Beratungsverfahren finden.

Das Land Bremen hat 1983 den Entwurf eines GDG vorgelegt. Dem öGD wird die Aufgabe zugeschrieben, "die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und zu schützen. Dies geschieht durch Maßnahmen der Gesundheitserziehung und -aufklärung, des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitshilfe" (§ 1, Satz 1). Der öGD soll ferner die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung beobachten, Daten sammeln und auswerten, soll erforderliche Einrichtungen planen und Maßnahmen durchführen sowie bei Planungen und Maßnahmen anderer Fachverwaltungen oder Träger der gesundheitlichen Versorgung mitwirken (§ 1). Mit Gesundheitserziehung und -aufklärung verfolgt der öGD das Ziel, "gesundheitsbewußte Lebensweisen zu fördern sowie über gesundheitliche Risiken aufzuklären" (§ 9). Dabei geht es darum,

"den Einzelnen, soweit er selbst verantwortlich handeln kann, zu einer gesundheitsgerechten Lebensweise anzuhalten und seine entsprechenden Bemühungen zu fördern und zu unterstützen (z.B. Einschränkung des Tabakgenusses durch Raucherentwöhnungskurse oder Reduzierung des Alkoholkonsums durch Aufklärungskampagnen). Zum anderen muß der Einzelne vor gesundheitlichen Risiken und Gefahren geschützt werden, die außerhalb seiner Einflußsphäre liegen. Solche Risiken und Gefahren liegen in verschiedenen Sachverhalten begründet, wie z.B. der Möglichkeit an Kinderlähmung zu erkranken, schwermetallhaltige tierische oder pflanzliche Lebensmittel zu konsumieren oder in den Bedingungen am Arbeitsplatz." (Erläuterungen zu § 9)

Die Übergänge zwischen einer mehr individuell bestimmten, d.h. auf das Individuum gerichteten Gesundheitserziehung und einer mehr auf die Allgemeinheit abstellenden Gesundheitsaufklärung werden von der Gesundheitsverwaltung als fließend angesehen (Erläuterungen zu § 9).

Der öGD leistet nach § 17 Gesundheitshilfe, d.h. er "berät und betreut die Bevölkerung in Fragen der körperlichen und geistig-seelischen Gesundheit" (Abs. 1).

"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 aufgrund ihrer Gesundheitsstörung nicht bereit sind, einen Arzt ihrer freien Wahl aufzusuchen." (Abs. 2)

Im Rahmen der Gesundheitshilfe - früher Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge - unterbreitet der öGD schwerpunktmäßig Beratungs- und Betreuungsangebote, in besonderen Fällen auch Behandlung. Die Beratungsangebote richten sich an drei Gruppen, die nicht nach Alter oder sozialer Lage, sondern nach ihrem Gesundheitszustand charakterisiert sind:

- Gesunde (z.B. Säuglinge, Kinder, Jugendliche), um Erkrankungen vorzubeugen,
- gesundheitlich Gefährdete, um Gesundheitsschäden abzuwehren (z.B. im Rahmen der Geschlechtskranken- und Tbc-Fürsorge) und
- bereits Erkrankte (z.B. psychisch Kranke, Krebskranke), um durch geeignete Maßnahmen die Erkrankung zu lindern oder zu heilen.

Damit soll der öGD ausdrücklich die ambulante und stationäre gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte "insbesondere zugunsten gesundheitlich besonders Gefährdeter und/oder sozialschwacher Bevölkerungsgruppen" ergänzen (Erläuterungen zu § 17). Die Gesundheitshilfeleistungen des öGD sind ein Angebot an den Bürger, basieren auf dessen freiwilliger Nachfrage. Sie werden grundsätzlich kostenlos gewährt nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden persönlichen und sächlichen Mittel. In eng umgrenzten Ausnahmefällen kann neben die Beratung und Betreuung auch die Behandlung eines Bürgers treten. "Dies ist notwendig, damit es im Hinblick auf bestimmte Problemgruppen überhaupt zu der medizinisch erforderlichen Versorgung kommt", gedacht ist an bestimmte Gruppen psychisch Kranker oder Geschlechtskranke, die sich sonst einer Behandlung entziehen

würden. Diese Vorschrift, die man aus dem Berliner GDG übernahm, bedeutet die Abkehr von dem bisherigen Prinzip, der öGD dürfe nicht ärztlich behandelnd tätig werden (Erläuterungen zu § 17, Abs. 1 und 2). Beratungsangebote, die sich auf soziale Situationen beziehen - Ehe und Partnerschaft, Schwangerschaft - sind auf die gesundheitlichen Aspekte spezialisiert.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß außer in Berlin nur in Schleswig-Holstein klare rechtliche Voraussetzungen (Gesetz über den öGD) für den Aufbau einer Gesundheitsberatung bestehen.

9.2 Gesundheitspolitischer Rahmen: Die Entschlüsseungen der GMK

Die entscheidenden Initiativen zur Übernahme oder Verstärkung gesundheitspräventiver Aufgaben durch den öGD sind von der Konferenz der Gesundheitsminister und -senatoren in der Bundesrepublik ausgegangen. Das Thema "Ausbau des öGD hin zu präventiven Aufgaben" zieht sich durch die GMK-Entschlüsseungen seit 1977.

Die 40. GMK äußerte im November 1977, für die Gesundheitserziehung müsse ein verstärkter Ansatz entwickelt werden, insbesondere um gesundheitsgerechtes Verhalten als Bestandteil der gesamten Erziehung zu verankern (9./10.11.1978, Berlin). Die 41. GMK faßte 1978 eine Entschlüsseung zu Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, in der es heißt: "Die Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung ist entsprechend dem Anrecht eines jeden Bürgers auf ein Erziehungs- und Bildungsangebot, das der Persönlichkeitsentfaltung dient, als öffentliche Aufgabe bewußt zu machen" (15./16.6.1978, Bremen). Die 43. GMK, die im Mai 1979 in Düsseldorf tagte, äußerte sich zur Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens und zur Gesundheitserziehung innerhalb der Erwachsenenbildung:

"Die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens

Der öffentliche Gesundheitsdienst muß verstärkt der Gesundheitserziehung, -bildung und -aufklärung ein ihrer Bedeutung entsprechen-

des Gewicht beimessen. Voraussetzung dafür ist eine angemessene Verbesserung der bisher vorhandenen personellen und sachlichen Ausstattung der Gesundheitsämter.

Die Frage der besseren personellen Ausstattung der Gesundheitsämter kann sich dabei nicht allein auf eine Verbesserung der ärztlichen Personalsituation, sondern muß sich auf die nichtärztlichen Berufe erstrecken.

Es ist notwendig, das Aufgabengebiet der Gesundheitserziehung in die Arbeitsplatzbeschreibungen der Gesundheitsämter nicht nur aufzunehmen, sondern auch zu realisieren, die entsprechenden Stellen angemessen zu bewerten sowie ausreichende Etatmittel zur Verfügung zu stellen.

Gesundheitserziehung in der Erwachsenenbildung

Die Gesundheitsminister bitten die Träger der Erwachsenenbildung, die Gesundheitserziehung, -aufklärung und -bildung wegen ihrer besonderen Bedeutung verstärkt in ihre Programme einzubauen. Zu diesem Zweck ist es dringend erforderlich, daß der öffentliche Gesundheitsdienst und die ärztlichen Standesorganisationen mitarbeiten."

(GMK-EntschlieÙung, Punkte 6 und 10)

Auf der 44. GMK im November 1979 in Berlin betonten die Gesundheitsminister und -senatoren die wesentliche Bedeutung des öGD für die Verstärkung und Verbesserung präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich. Dies gelte auch angesichts der Maßnahmen der "Konzertierten Aktion" im Gesundheitswesen (15.11.1979). In der EntschlieÙung der 46. GMK vom 12. Dezember 1980 in Münster zu Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung wurde betont, Gesundheitserziehung werde "zunehmend mehr als eine wichtige, eigenständige Aufgabe der Gesundheitsfachverwaltungen angesehen und auch unter schwierigen Bedingungen durchgeführt".

Die für die gesundheitspolitischen Aktivitäten wichtigste Entscheidung ist die EntschlieÙung der 50. GMK "Gesundheitserziehung und Öffentlicher Gesundheitsdienst" vom 10. Dezember 1982 in Berlin. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder äußerten sich programmatisch wie praktisch-politisch: Eine Verbesserung und Intensivierung der Gesundheitserziehung könne dadurch erreicht werden, daß der öGD bei der Erfüllung der ihm seit jeher zugewiesenen Aufgaben im Bereich der Prävention verstärkte Anstrengungen unternimmt, um bereits entwickelte Konzepte durchzusetzen und bereits vorhandene Ansätze auszubauen (Punkt 4).

Die GMK hielt folgende, ihrer Auffassung nach "im wesentlichen kostenneutralen" Maßnahmen für vordringlich:

- "- Ausbau bestehender und Einrichtung neuer örtlicher und regionaler Arbeitsgemeinschaften, die durch den öGD angeregt und koordiniert werden unter besonderer Berücksichtigung der Schwerpunktbereiche Erziehung und Bildung, Arbeit und Umwelt sowie Selbsthilfe. In diesen Arbeitsgemeinschaften sollen alle in Betracht kommenden Träger mitarbeiten.
- Die neuen Schwerpunkte und Leitlinien der Gesundheitserziehung sollten intensiv in den vielseitigen Beratungsfunktionen des Gesundheitsamtes berücksichtigt werden und den jeweiligen Ausgangsbedingungen entsprechen. Mittelfristig bedeutet dies die organisatorische Verankerung der Gesundheitserziehung in den Gesundheitsämtern, dabei ist eine möglichst enge Zusammenarbeit mit allen anderen in Betracht kommenden Einrichtungen und Trägern anzustreben.
- Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter des öGD sowie für Mitglieder der örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften.
- Beratung der Mitglieder der örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften sowie anderer interessierter Gruppen in Fragen der gesundheitlichen Aufklärung, Bildung und Erziehung durch die fortgebildeten Mitarbeiter des öGD."

(Punkt 5)

Eine solche Maßnahme ist das "Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öGD" (1984), ein auf 4 Jahre konzipiertes Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Begleitforschung durch das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) mit dem Ziel, durch die Entwicklung, Implementation und Evaluation gesundheitserzieherischer Maßnahmen die Effektivität gemeindenahe Gesundheitserziehung an den Gesundheitsämtern zu steigern.

Eine Übertragung der GBE auf andere Bundesländer würde eine präzise organisatorische Zusammenfassung und inhaltliche Konkretisierung dieser Absichten der GMK darstellen und könnte sich somit ganz ausdrücklich auf ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen berufen.

9.3 Gesundheitspolitische Aktivitäten des öGD in den Bundesländern

In den Bundesländern finden sich auf Landes- und auf kommunaler Ebene sehr unterschiedliche gesundheitsberaterische und -erzieherische Aktivitäten. Sie sind teils Folge und Konkretisierung der in den GMK-Entscheidungen zum Ausdruck gekommenen Gesundheitspolitik der Bundesländer, teils Resultate der Initiative kommunaler Einrichtungen oder anderer oft ganz heterogener Initiativen auf lokaler Ebene.

In Bayern sind zwei Ressorts der Staatsregierung, das Innenministerium und das Sozialministerium mit Fragen der Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung befaßt. Der dem Innenministerium unterstehende staatliche öGD nimmt Aufgaben der "Gesundheitsaufklärung" wahr und kooperiert dabei mit verschiedensten Institutionen, vor allem mit der Landeszentrale für Gesundheitsbildung in München. Neben der Aufgabe, Angebote im Bereich gesundheitlicher Versorgung zu initiieren und zu koordinieren sieht das federführende Innenministerium die Aufgabe des Gesundheitsamtes vor allem darin, der Bevölkerung Informationen zu vermitteln und Interpretationen von gesundheitlich bedeutsamen Daten zu geben, aber auch die Zusammenhänge zwischen Umwelt, Gesellschaft und Gesundheit aufzuzeigen, soweit diese schlüssig belegbar sind. Auf Gemeindeebene haben sich in Bayern zwei Stellen im öGD entwickelt, die ausdrücklich auch Gesundheitsberatungsaufgaben wahrnehmen. Das Gesundheitsstudio im Gesundheitsamt Nürnberg nahm 1972 auf Initiative des Leiters des Gesundheitsamtes seine Arbeit zunächst mit einer Gesundheitspädagogin und einer Schreibkraft auf. Inzwischen arbeiten Ärzte, Psychologen, Pädagogen, je ein Soziologe, Sozialarbeiter, Zahnarzt und Sozialtherapeut als freie Mitarbeiter mit. Zum Angebot des Gesundheitsstudios gehören:

Einzelberatung zu gesundheitlichen Fragen; Vermittlung für Kurse und Gruppen; Kurse und Gruppen in Autogenem Training, Raucherentwöhnung, ferner Elternseminare; Zahnputzaktionen in Schulen; Vorträge (zu Krankheiten, Schlafstörungen, Organen); Ausstellungen; medizinische Tests (Blutdruckmessung, Seh- und Hörtest, Spirometer etc.); Informationen über die eigenen Angebote und die Angebote anderer Stellen.

Gesundheitserziehung orientiert sich hier am medizinischen Risikofaktorenmodell und beinhaltet Aufklärung über den Körper und seine Funktionen und das Aufzeigen der Folgen von gesundheitsriskanten bzw. gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen. Der Ansatz ist personenzentriert. Einzugsgebiet der Stelle ist das gesamte Stadtgebiet von Nürnberg mit 485.000 Einwohnern. Einen besonderen Schwerpunkt sehen die Mitarbeiter in der Arbeit mit Schulen. So versuchen sie zu erreichen, daß in den Schulen Gesundheitspädagogen in größerem Umfang tätig werden (vgl. FUSS/SCHUBERT 1983).

Die Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg-Nord in München entstand 1975 aufgrund einer Initiative von engagierten Medizinern und Bürgern. Die Gesundheitsberatung hatte hier von Anfang an sozialmedizinische und sozialpolitische Bedeutung, weil Hasenberg-Nord aufgrund der Konzentration von Sozialwohnungen und Obdachlosenunterkünften ein soziales Problemgebiet ist, für das besondere soziale Einrichtungen geschaffen wurden. Die Aufgaben der Gesundheitsberatungsstelle sind:

"... neben zu intensivierenden Angeboten der Mütterberatung, der Säuglings- und Kleinkinderuntersuchung, der daran anschließenden lückenlosen auch außerschulischen Betreuung der Kinder im Schulalter durch die Schulgesundheitspflege und der Impfstellen auch die allgemeine Gesundheitsberatung der Bevölkerung wie Gesundheitserziehung und -aufklärung im Wohnbereich, in Gruppenveranstaltungen, in der Praxis und in öffentlichen Veranstaltungen, in Ausstellungen und durch Informationsschriften ... Um die Attraktivität und die Erreichbarkeit der Einrichtung sicherzustellen, muß das dort eingesetzte Personal ganztätig tätig sein."
(Beschluß des Stadtrats vom 10.7.1975)

Die neue Beratungsstelle machte durch Flugblätter, Artikel in der Stadtzeitung und einen Schaukasten auf sich aufmerksam. Die avisierte Zielgruppe wurde von dem ärztlichen Leiter der Stelle aufgesucht. Dieses persönliche Erscheinen des Arztes hatte einen werbenden wie vertrauensbildenden Charakter. Die Stelle begann ihre Arbeit mit einem Arzt, einer Schreibkraft, einer Kinderschwester (1 Tag pro Woche), einer Schulschwester (1 Tag pro Woche). 1980 kam eine Sozialpädagogin dazu. Der erste Leiter berichtet:

"Die Bevölkerung begriff rasch den Unterschied zur Kassenarztpraxis, z.B. daß sie keine Rezepte bzw. keine Medikamente in der Beratungsstelle bekommen konnte. Die Sprechstunden wurden auch als der Ort verstanden, wo man erst einmal feststellen lassen konnte, ob eine ärztliche Behandlung notwendig ist, oder ob allgemeine Maßnahmen ausreichen. Ein weiterer Grund, die Gesundheitsberatungsstelle aufzusuchen, bestand darin, sich Rat zu holen, wenn man Zweifel an den Maßnahmen des behandelnden Arztes hatte."
(WIEDEMANN 1983, 53)

Die Mitarbeiter handeln auf der gesetzlichen Grundlage der Vorschriften für den öGD und der Kommune stadtteilbezogen, zielgruppenorientiert und personenbezogen in Form von Sprechstunden, Hausbesuchen, Öffentlichkeits- und Fachgremienarbeit, Kontakten zu Institutionen der sozialen Versorgung und Mitwirkung bei Aufgaben des schulärztlichen Dienstes. Diese Tätigkeit sei Individualprävention durch Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, Impfungen, allgemeine gesundheitliche Beratung und Informationen, Mütterberatung, motivierende Gespräche, Vermittlung von Klienten/Patienten an zuständige Personen und Institutionen, Atteste/Gutachten, Fallbesprechungen, begleitende Betreuung, Koordination verschiedener Maßnahmen; Sozialprävention durch Initiierung und Durchführung von Kursen und Gruppen, Veranstaltungen zur aktivierenden Gesundheitsinformation, Ausarbeitung/Initiierung/Durchführung von Gesundheitserziehungsprogrammen in Kindergärten, Schulen, Freizeiteinrichtungen, Wohngebiet sowie Beratung und Fortbildung für Sozialarbeiter, Psychologen, Erzieher etc.; Strukturalprävention durch Erkennen und Beeinflussung struktureller Mängel im Stadtteil in Umwelt, Wohnen, psychosozialer, medizinischer und pädagogischer Versorgung (WIEDEMANN 1983, S. 24/25).

Baden-Württemberg hat als einziges Bundesland aus der GMK-Entscheidung von 1982 direkte Konsequenzen gezogen. Am 30.8.1982 erließ der Minister für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung eine Verwaltungsvorschrift über die Bildung von (in der GMK-Entscheidung geforderten) Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung auf der Ebene der Stadt- und Landkreise. Der Erlaß weist die Gesundheitsämter an, auf die Bildung von solchen Arbeitsgemeinschaften einzuwirken. Das Gesundheitsamt soll die gesundheitserzieherischen Be-

strebungen in der jeweiligen Region koordinieren und intensivieren, das Interesse an Gesundheitserziehung bei Einrichtungen, Verbänden, Organisationen wecken und stärken und das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung fördern. Der öGD kooperiert außerdem mit der Landeszentrale für Gesundheitsförderung.

In Bremen sind regionale Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitserziehung entstanden, die vom Hauptgesundheitsamt koordiniert und institutionell unterstützt werden. Der Senator für Gesundheit und Sport ist bemüht, Ansätze zu einem modernen öGD, der Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung anbieten soll, zu verwirklichen. Neue Konzepte für Beratung durch den öGD sind in Entwicklung. Die Hauptverwaltung will jedoch nicht von oben bestimmte Detailaufgaben vorgeben oder vorschreiben. Sie versteht sich mehr als Koordinator von Aktivitäten "von unten".

In Hamburg sind schon vor einigen Jahren neue Wege der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung beschritten worden. So hat der öGD der Hansestadt in großem Umfang Kurse zur Raucherentwöhnung durchgeführt. Wegen der Bezahlung und Abrechnung dieser Kurse gab es haushaltsrechtliche Schwierigkeiten, so daß man eine neue Lösung suchen mußte. Inzwischen sind Aufgaben wie das Anbieten von Kursen zum Abgewöhnen des Rauchens oder zur Reduzierung von Übergewicht auf den Landesausschuß für Gesundheitserziehung übergegangen, der staatlich gefördert wird. Neben dieser an Erwachsene gerichteten Aktivität dominiert die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, insbesondere Schülern.

In Hessen wird seitens des zuständigen Ministeriums für Arbeit, Umwelt und Soziales derzeit offenbar an konzeptionellen Überlegungen über die Entwicklung des Gesundheitswesens gearbeitet. Dabei spielen die Themen "Arbeit", "Umwelt" und "Jugend" im Zusammenhang mit Gesundheit eine besondere Rolle. Dies belegen auch die Vorträge und Diskussionsbeiträge anläßlich eines Expertengesprächs "Gesund leben in Hessen", das am 29. und 30. November 1984 in Schlangenbad stattfand. Schlüssige Ergebnisse im Sinne von Programmen oder Implementations-

vorschlägen liegen indessen noch nicht vor. In Marburg-Biedenkopf besteht seit einigen Jahren ein "Modellgesundheitsamt", das auch Gesundheitsberatungsaufgaben wahrnimmt (vgl. BMJFG 1979). Die "Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung" (HAGE) bildet Gesundheitsfachkräfte fort.

In Niedersachsen sind die (kommunalen) Gesundheitsämter im Rahmen der Gesundheitsfürsorge auch gesundheitserzieherisch tätig. Insbesondere wird mit dem "Landesverein für Volksgesundheitspflege" zusammengearbeitet. Weitergehende Initiativen gibt es nicht.

In Nordrhein-Westfalen hat die Landesregierung zu Gesundheitserziehung und Aufgaben des öGD grundsätzlich festgestellt:

"Gesundheitliche Aufklärung, Erziehung oder Beratung können mit nahezu allen vom Gesundheitsamt wahrgenommenen Aufgaben gezielt verbunden werden, sei es mit Einzel- oder Reihenuntersuchungen, mit amtlichen Begutachtungen und Beratungen sowie mit hygienischen Ermittlungen oder Impfungen; das gilt für die Arbeit der Ärzte, Sozialarbeiter, sozialmedizinischen Assistenten, Gesundheitsaufseher und Desinfektoren in der Gesundheitsfürsorge und der Seuchenbekämpfung sowie besonders für den gesamten Schul- und jugendärztlichen Dienst. Zur Unterstützung der mündlichen Unterrichtsungen werden Broschüren, Plakate, Kleinausstellungen und andere Aufklärungsmaterialien eingesetzt."

(Antwort auf eine große Anfrage der FDP-Fraktion vom 30.5.1978, Landtags-Drucksache 8/3360 vom 13.6.1978)

Neben vereinzelten Beratungsangeboten für ältere Bürger, Raucher und Übergewichtige und Maßnahmen der Gesundheitserziehung (Vorträge, Ausgabe von Diabetes-Teststreifen, Blutdruckmessungen, Haltungserziehungskurse etc.) sind zwei Modelle entwickelt worden - das "Essener Modell" und "Modellgesundheitswochen" in Leverkusen und Bergisch Gladbach.

In Essen ist der Amtsarzt selbst für die Gesundheitserziehung zuständig. An dieser Aufgabe beteiligen sich Ärzte, Pädagogen, Sozialarbeiter auf Honorarbasis, außerdem andere Abteilungen der Stadtverwaltung. Die Einbeziehung von Diätassistentinnen und sozialmedizinischen Assistentinnen ist geplant. Zu den Maßnahmen des "Essener Modells" gehörten: Aktionen ("Iß Dich schlank - Trimm Dich"), eine Gesundheitsparty, ei-

ne Ausstellung, eine Tagungsreihe, der Einsatz einer mobilen Gesundheitserziehungseinheit, Fortbildungsangebote für Personal von Kindergärten, Altenheimen, Krankenhäusern und eine Risikosprechstunde für Übergewichtige - ein Angebot, das sich zum Teil mit dem der Berliner GBE deckt. Auch bei den Modellgesundheitswochen in Leverkusen und in Bergisch-Gladbach 1977 standen Informationsveranstaltungen im Mittelpunkt.

In der oben genannten Stellungnahme der Landesregierung wird auch festgestellt, welche Berufsgruppen Aufgaben der Gesundheitserziehung wahrnehmen (können):

- "- Sozialarbeiter im Sozialdienst, sozial-psychiatrischen Dienst, in der Suchtbekämpfung und bei Hausbesuchen,
 - Gesundheitsaufseher im Rahmen der Ortshygiene und Seuchenbekämpfung,
 - Arzt- und Zahnarzhelferinnen in der Prophylaxe (besonders Zahnpflege),
 - Kinderkrankenschwestern in der Betreuung von Risikokindern und der Beratung der Eltern,
 - ernährungsmedizinische Beraterinnen in der Ernährungs- und Diätberatung, vor allem bei Übergewichtigen (insbesondere Kindern),
 - Pädagogen und Psychologen in der Modifikation von Risikoverhalten wie Rauchen, Fehl- und Überernährung, Alkohol- und Medikamentenmißbrauch, Streß,
 - Sportlehrer bzw. Gymnastiklehrer in der Haltungserziehung, im Sondernturnen, in der Betreuung von Infarktpatienten unter ärztlicher Leitung (Koronarsportgruppen),
 - sozialmedizinische Assistentinnen, die an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen seit 1974 ausgebildet werden (es handelt sich um eine Zusatzausbildung für Angehörige aus medizinischen Assistenzberufen)."
- (a.a.O., S. 8/9)

In Rheinland-Pfalz spielt die von der Landesregierung getragene Landeszentrale für Gesundheitserziehung eine wesentliche Rolle bei der Wahrnehmung von Aufgaben der Gesundheitserziehung, -aufklärung und gesundheitlichen Prävention. Im Kreiskrankenhaus Wittlich wurde eine Nebenstelle der Landeszentrale ("Gesundheitserziehung in Wittlich") eingerichtet, die einen Arbeitskreis für Gesundheitserziehung als regionales Gremium koordiniert. Mit niedergelassenen Ärzten wurde eine Gesprächsrunde veranstaltet. Zu Krankenhausärzten wurden Kontakte geknüpft. Das Gesundheitsamt soll in diesen Kreis integriert werden. Über die Feder-

führung oder Leitung des Arbeitskreises soll in Abstimmung aller Beteiligten erst zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden. Im Juni 1985 hat sich außerdem ein Arbeitskreis für regionale Gesundheitserziehung von Amtsärzten gebildet. Dieser Kreis will unter anderem ein Konzept über die Rolle des Gesundheitsamtes erarbeiten.

Im Saarland sind verschiedene gesundheitsaufklärerische und -erzieherische Aktivitäten erprobt worden: z.B. Gesundheitstage in Homburg/Saar, Schulung (Fortbildung) von Sozialarbeiterinnen durch die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung. Eine Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder Gesundheitserziehung besteht nicht, wohl aber Kooperation mit der rheinland-pfälzischen Landeszentrale. Früher war das Referat Gesundheitspflege, Gesundheitsvor- und -fürsorge des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung für die Gesundheitserziehung zuständig. Das Ministerium, dem die staatlichen Gesundheitsämter unterstehen, erhofft sich neue Impulse für die Gesundheitserziehung insbesondere von der Teilnahme des Gesundheitsamtes Saarlouis am Modellprogramm der BZgA.

In Schleswig-Holstein sind Aufgaben der Gesundheitsaufklärung und -erziehung durch das GDG festgelegt worden: "Die Gesundheitsbehörden haben die Bevölkerung über Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie über Gesundheitshilfe aufzuklären ... In Fragen der Gesundheitserziehung hat die Kreisgesundheitsbehörde Eltern und Kinder aufzuklären sowie die Schulen entsprechend zu unterstützen." (§ 7) - Langjährige Erfahrungen mit Gesundheitserziehung hat die vom Land unterstützte Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Kiel. Sie hat ein Pilotprojekt "Gesundheitserziehung an der Grundschule" durchgeführt, schult Leiterinnen von Kochkursen und Dozenten von Volkshochschulen, veranstaltet Fortbildungen für Lehrkräfte an Grundschulen, leistet Medienarbeit und führt Gesundheitsveranstaltungen mit anderen Trägern (Volkshochschulen, Landfrauenvereinen, Hausfrauengruppen, Familienbildungsstätten etc.) durch. Themen sind dabei vor allem Autogenes Training, Kurse zu Ernährung und Abnahme, Schwangerschaft und Geburt. Mehr als 300 Dozenten (Ärzte und andere Fachkräfte) stehen

im ganzen Land als Referenten für Veranstaltungen zur Verfügung. Die Kooperation mit den Gesundheitsämtern besteht vor allem im Ausrichten von Ausstellungen zu gesundheitlichen Fragen.

Die Frage der Übertragbarkeit des Modells "Gesundheitsberatung für Erwachsene" auf andere Bundesländer ist bislang unter verschiedenen formalen Aspekten geprüft worden.

- a) Die gesetzlichen Grundlagen für Gesundheitsberatung und Gesundheits-erziehung finden sich in allen Gesetzen, die die Tätigkeiten des öGD re-
geln (Vereinheitlichungsgesetz, Durchführungsverordnungen, GDG in Ber-
lin und Schleswig-Holstein). Der Entwurf für das Bremer Gesetz zeigt
diese Tendenz ebenfalls deutlich.
- b) Die GMK hat in verschiedenen Entschlüssen die Bedeutung von Ge-
sundheitserziehung und Gesundheitsbildung im Rahmen einer präventiv
ausgerichteten Gesundheitspolitik zum Ausdruck gebracht und außerdem
die Verstärkung dieser Aufgaben gefordert, insbesondere durch das "Pro-
gramm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öGD"
(1984).
- c) In einem Bundesland, Bayern, sind zwei der Berliner GBE vergleichba-
re Abteilungen des Gesundheitsamtes eingerichtet worden (München,
Nürnberg). In den übrigen Bundesländern hat es einzelne Initiativen und
Modellversuche gegeben, Aufgaben wie Gesundheitserziehung, gesundheits-
liche Aufklärung und Gesundheitsberatung stärker durch Gesundheitsäm-
ter wahrnehmen zu lassen: in Hessen mit dem Modellgesundheitsamt
Marburg-Biedenkopf, in Nordrhein-Westfalen mit dem "Essener Modell",
in Rheinland-Pfalz mit dem Modell "Gesundheitserziehung in Wittlich".

Einer Übertragung des Modells GBE stehen mithin in rechtlicher, ge-
sundheitspolitischer und organisatorischer Hinsicht keine Schwierigkeiten
entgegen, vielmehr gibt es diverse Ansätze, auf die sie sich stützen und
die sie inhaltlich und organisatorisch weiterentwickeln könnte.

In diesem Sinne soll abschließend ein Modell der "Gesundheitsberatung
für Erwachsene" vorgestellt werden, das sich aus den Ergebnissen der
Untersuchung heraus am besten für eine solche Übertragung eignet.

9.4 Modellvorschlag für eine im öGD institutionalisierte Gesundheitsberatung für Erwachsene

Wesentliche Bestandteile einer solchen im öGD institutionalisierten Gesundheitsberatung für Erwachsene müßten sein:

1. Es muß eine grundsätzliche gesundheitspolitische Entscheidung getroffen werden, wer die Zielgruppen einer solchen GBE sein sollen: Erwachsene oder ältere Menschen. Wenn die Institution eine gesundheitspräventive Einrichtung sein soll, muß sich ihr Angebot in erster Linie auf die sogenannte "Aktivbürgerschaft" (25-60jährige, Berufstätige und Hausfrauen) richten.
2. Vor der Einrichtung einer GBE muß eine inhaltliche Konzeption vorliegen, die von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen auf Landes- wie auf kommunaler Ebene getragen wird und an der sich die Auswahl und die Arbeit der Mitarbeiter orientieren können.
3. Die inhaltlichen Bereiche der gesundheitspräventiven Arbeit einer solchen Stelle hätten vor allem zu sein: Beratung
 - a) zu Grundfunktionen des menschlichen Lebens (Ernährung, Bewegung, Kommunikation),
 - b) im Übergangsbereich von Gesundheitsrisiken zu Symptomen (Erkrankung, Mißbrauch) sowie
 - c) in Allgemeinen Gesundheitsfragen (Residualkategorien).Die Multiplikatorenarbeit sollte einen strukturell eigenen Aufgabebereich bilden. Aus Gründen der primär präventiven Orientierung entfallen besondere Angebote für ältere Menschen.
4. Die Angebote in den verschiedenen inhaltlichen Bereichen sollen vor allem durch ihre Attraktivität motivierend sein. Sie müssen so gestaltet werden, daß sie zumindest in der Perspektive positive Motive der Klienten (z.B. nach mehr "Lebensqualität") aufgreifen. Diese Motivierung muß in Inhalt und Stil der Angebote, aber auch in den Räumlichkeiten, in denen die Angebote stattfinden, berücksichtigt

werden. Auf die Angebote bezogen heißt das: In Kochkursen lernen die Teilnehmer, wie sie attraktive Speisen zubereiten können, die zugleich gesund sind. In die Gymnastik werden spielerische und tänzerische Momente und Körpererfahrung einbezogen. In den kommunikativen Angeboten geht es vor allem um geistige und kulturelle Anregungen zur Erweiterung der Persönlichkeit der Klienten. Angebote attraktiver Kompensation sind selbst bei Erkrankung und Mißbrauch möglich. Es geht also insgesamt mehr um geistig-körperlich anregende Aktivitäten als um das Anknüpfen an einen bestehenden Leidensdruck.

5. Die Gesundheitsberatung bietet drei Typen von Aktivitäten an:
- klientenbezogene
 - publikumsbezogene
 - multiplikatorenbezogene.

Das Schwergewicht der Gesundheitsberatung ist auf die klienten- und multiplikatorenbezogene Arbeit zu legen.

In Kursen oder Einzelberatungen ist Gesundheitsberatung entweder die Vermittlung von Informationen an Klienten, die schon hinreichend motiviert sind, oder die Arbeit an den Motiven und lebenspraktischen Kontexten gesundheitlicher Probleme.

Für die Arbeit mit Multiplikatoren bedarf es einer systematischen Konzeption (vgl. dazu Kapitel 6). Inhaltlich muß diese Tätigkeit darauf abzielen, nicht kompensatorische Alternativen neben das alltägliche Gesundheitshandeln zu stellen, sondern dieses selbst zu verändern. Vor allem in Institutionen und Organisationen (Ämter, Betriebe) fixierte gesundheitsrelevante Haltungen und Verhaltensweisen sollen dadurch verändert werden.

6. Die Angebote der GBE sollen "avantgardistisch" sein. Deshalb ist zu prüfen, ob Aktivitäten, die auch andernorts angeboten werden (Autogenes Training, Psychotherapie, Schwangerschaftsgymnastik etc.) oder bei denen kein enger Bezug zu Gesundheitsfragen deutlich ist, in der GBE überhaupt einen Platz haben sollen.

7. Folgende Berufsgruppen sollen in der GBE vertreten sein:
- a) Ein Arzt oder Psychologe als Leiter. Die Ärzte bzw. Psychologen, deren professionelles Handeln in der GBE den Bezug zum Einzelfall repräsentiert, sollten über eine psychotherapeutische Weiterbildung oder zumindest über Erfahrungen in Balint-Gruppen verfügen, die sie in den Stand setzen, einen kommunikativen Umgang mit leib-seelischen Problemen zu pflegen (Psychosomatik, "sprechende Medizin").
 - b) Eine zweite akademisch qualifizierte Kraft sollte für strukturelle Aspekte der Prävention, d.h. für den organisatorischen und institutionellen Bereich der Arbeit vor allem mit Multiplikatoren und für spezielle Fragen von Berufs- bzw. Arbeitssituationen und Gesundheitsgefährdung zuständig sein. Dafür käme ein Sozialwissenschaftler, bevorzugt ein Soziologe, eventuell ein Psychologe mit den entsprechenden Kenntnissen in Frage. Dieser Mitarbeiter, der außerdem über gruppenspezifische Erfahrungen und Fähigkeiten zu kultureller "Animation" verfügen sollte, bildet die strukturelle Ergänzung zum Einzelfallbezug, den das ärztliche Handeln repräsentiert.
 - c) Eine Diätassistentin bzw. Ernährungsberaterin, die in der Lage sein muß, Ernährung in den physischen, sozialen und kulturellen Kontext zu stellen und so in ihrer Beratung zu bearbeiten. Sie müßte über gruppenspezifische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können.
 - d) Eine Krankengymnastin mit einer besonderen Orientierung auf und Qualifikation für die Gymnastik mit Gesunden. Sie muß in der Lage sein, in ihrer Arbeit die sinnliche Erfahrung mit Körperlichkeit zu fördern. Gymnastiklehrerin und Sportgruppenleiterin sind für diese Aufgabe weniger geeignet, weil es hier vor allem um die Kontextuierung der Gymnastik zur Förderung des Transfers in die Lebenspraxis geht.
 - e) Ein Beschäftigungstherapeut mit Schwerpunkt auf bildnerischem Gestalten (Zeichnen, Malen, Töpfern).
 - f) Eine Fachkraft für körperliche Bewegung, Tanz, Gestaltung, Spiel, dramatischen Ausdruck (hierfür gibt es kein festumrissenes

- nes Berufsbild, deshalb kommen Angehörige verschiedener Berufe mit entsprechender Zusatzausbildung oder Fortbildung in Frage).
- g) Ein Musikpädagoge/-therapeut zur Arbeit mit Musik, Klängen und Klangerleben, der die Klienten anregt, sich nicht rezeptiv (nur hörend) zu verhalten, sondern selbst musikalisch bzw. klang-erzeugend kreativ zu sein.
 - h) Ein Erwachsenenpädagoge für kulturelle "Animation", der die Klienten zu eigenen kulturellen und geistigen Initiativen und Unternehmungen anregen soll. Gefragt ist wesentlich die "Animation", nicht die pädagogische Interaktion.
 - i) Eine Verwaltungs- und Schreibkraft für die in der Stelle anfallenden Sachbearbeitungsaufgaben.
8. Von besonderer Bedeutung für die Arbeit ist eine übergreifende Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeiter. Alle Mitarbeiter, die Einzelfallarbeit leisten, müssen hinreichend sensibilisiert sein, mit Problemen der Klienten umgehen zu können. Sie bedürfen gruppendynamischer Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen. Außerdem sollten sie gewisse rhetorische Fähigkeiten haben, die sie in die Lage versetzen, eine Gruppe aktiv und initiativ zu leiten. Die Mitarbeiter müssen in der Lage sein, die psychologischen und sozialen Kontexte der jeweiligen Inhalte ihrer Aktivitäten zu erkennen und bearbeiten zu lassen. Die Fortbildung muß Angebote beinhalten, die diese Fähigkeiten ausbilden und weiterentwickeln - und zwar a) konzeptbezogen (Bearbeitung konzeptioneller Probleme und Weiterentwicklung der Konzeption der GBE), b) fachlich (innerhalb der eigenen Disziplin) und c) in fachübergreifenden Bereichen der Beratung (z.B. Gruppenarbeit).
9. Gewährleistet sein müßte schließlich eine Implementierungsberatung, die vor Errichtung der Stellen ihre Tätigkeit beginnt und die GBE eine Zeitlang (etwa ein Jahr) begleitet, bis diese "auf eigenen Beinen steht". Aufgabe dieser Beratung wäre: mit den zuständigen Fachbeamten des Gesundheitsamtes eine Konzeption zu entwickeln, innerhalb derer lokale oder regionale Besonderheiten Berücksichti-

gung finden, an der Auswahl geeigneter Mitarbeiter mitzuwirken, mit den Mitarbeitern ein set von Aktivitäten zu entwickeln bzw. sie dabei zu beraten und begleitende Fortbildung zu initiieren und ggf. am Anfang anzubieten.

LITERATURVERZEICHNIS

A. Bücher, Aufsätze und andere Quellen

- ABHOLZ, H.-H. et al. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. Berlin 1982
- AGLMB, Arbeitsgruppe "Neuordnung des Rechts des öffentlichen Gesundheitsdienstes" der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalfachbeamten. Entwurf eines Gesetzes über das Gesundheitswesen ... als Richtlinie für Ländergesetze zur Wahrung der Einheitlichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bundesländern. Oktober 1972
- ANDRISKE, K.: Krankheit im Spannungsfeld zwischen naturwissenschaftlich-kausalem und sozialwissenschaftlichem Sinnzusammenhang. Unveröffentlichte soziologische Diplomarbeit. Frankfurt 1982
- BADURA, B. / FERBER, C. von (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München 1981
- BEHRENS, J. / SIMM, A. / WOLF, M.: Zur Rekonstruktion und Evaluation impliziter Therapien. Interaktionsstrukturen und therapeutische Wirkung einer sozialpsychiatrischen Einrichtung. Ms. Frankfurt 1984
- BIENER, K.: Gesundheitserziehung der Erwachsenen. In: BLOHMKE et al. 1977, S. 568-578
- BLOHMKE, M. et al. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band II, Epidemiologie und Präventivmedizin. Stuttgart 1977
- BLOHMKE, M. (Interview zu Herz-Kreislauf-Krankheiten und Risikofaktoren): Weltgesundheit 1/2, Januar/Februar 1985, S. 16-19
- BONK-LUETKENS, M. / VAGT, R.: Gesundheitserziehung vor Ort. Ein Planspiel zur Rolle des Gesundheitsamtes / öffentlichen Gesundheitsdienstes bei gemeindenaher Gesundheitserziehung. Erstellt im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hamburg 1983
- BREDE, K.: Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Zum Verhältnis von Soziologie und Psychosomatischer Medizin. Frankfurt 1972
- BUNDESMINISTER für Forschung und Technologie (Hrsg.): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981. Bonn 1978

- BUNDESMINISTER für Forschung und Technologie, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, Programm der Bundesregierung 1983-1986. Bonn 1983
- BUNDESMINISTER für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG): Gesundheitsbericht. Bonn 1971
- : Daten des Gesundheitswesens. Bonn 1977 und 1980
- BUNDESREGIERUNG: Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage ... Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. 22. Mai 1985. Bundestags-Drucksache 10/3374
- DEPPE, H.-U.: Industriearbeit und Medizin. Ein Beitrag zur Soziologie medizinischer Institutionen am Beispiel des werksärztlichen Dienstes in der BRD. Frankfurt 1973
- DEUTSCHER BUNDESTAG: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung von Vorschriften des Zweiten Buches der RVO. Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts - GWKAR. Gesetzesentwurf des BUNDESRATES. Drucksache 7/3337, 7.3.1975
- : Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz KVWG). Gesetzesentwurf der BUNDESREGIERUNG. Drucksache 7/3336, 7.3.1975
- DITTNER, J. / RHEIN, R.: Hilfe zur Selbsthilfe, Inhalt - Methode - Ziel. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 45 (1983), S. 337-342
- DURKHEIM, E.: Die Regeln der soziologischen Methode. Neuwied 1961
- ERIKSON, E.H.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt 1971 (1966)
- FUSS, R. / SCHUBERT, I.: Wer bestimmt hier eigentlich, was gesund ist? Eine Studie zur präventiven, gemeindenahen Gesundheitsaufklärung in Gesundheitsläden, Gesundheitsprojekten, Feministischen Frauen, Gesundheits-Zentren, Berufsübergreifenden Gruppenpraxen, Gesundheitsberatungsstellen in Gesundheitsämtern. (München) Köln 1983
- GÄRTNER, A. / WOLF, M.: Entwurf der Neukonzeption des Einführungskurses im System der Fort- und Weiterbildung der pro familia. Frankfurt 1985
- GERHARDT, U. / FRIEDRICHS, H.: Risikofaktoren, Primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. Zur Funktion der Soziologie in der Medizin. Unveröffentlichtes Manuskript 1984

- GESETZ über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (Reichsgesetzblatt I, 539; Bundesgesetzblatt III, 2120-1) nebst den drei Durchführungsverordnungen aus dem Jahre 1935 (Reichsgesetzblatt I, 177, 215, 327; Bundesgesetzblatt III, 2120-1-1, 2120-1-2, 2120-1-3)
- GESETZ zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz - 2. KVÄG) vom 21. Dezember 1970 (BGBl I, S. 1770)
- GESETZ zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG - vom 29. Juni 1972 (BGBl I, S. 1009)
- GESETZ über den öffentlichen Gesundheitsdienst - Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) - vom 26. März 1979 in der Fassung des Gesetzes vom 19. November 1982, Praxis der Gemeindeverwaltung, 126, Schleswig-Holstein Januar 1983, S. 16-25
- GESETZ über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin (GDG), Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 50, 9.9.1980
- GILDERDALE, S. / HOLLAND, W.: Die Entwicklung der Präventivmedizin in der westlichen Welt. In: BLOHMKE et al. 1977, S. 473-480
- GRÜNEWALD, H. / WOLF, M.: Beratungskonzept, Institutionelle Dynamik und Ergebnisse der Gesundheitsberatung. Antrag für ein Forschungsprojekt (FU Berlin). Berlin 1981 a
- : Gesundheitsberatung als Instrument sozialmedizinischer Prävention. Überlegungen zu einem sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungskonzept. Ms. Berlin 1981 b
 - : Das Forschungsprojektseminar "Gesundheitsberatung für Erwachsene in Berlin" in der Ausbildung von Soziologen am Institut für Soziologie der FU Berlin. Ms. Berlin 1982 a
 - : Der Soziologe als Interpret und Berater - dargestellt an einem Forschungs- und Studienprojekt über Gesundheitsberatung. Ms. Berlin 1982 b
 - : Die Gesundheitsberatung für Erwachsene in Berlin. Antrag für ein Forschungsprojekt. Berlin 1983
 - : Die Gesundheitsberatung für Erwachsene in Berlin. Zwischenbericht des Forschungsprojektes. Unveröffentlicht. Berlin, August 1984 a
 - : Handlungsprobleme, Deutungsmuster und Multiplikatorenfunktion im Umgang mit psychotropen Substanzen. Projektentwurf für eine Untersuchung der Einstellungen und Verhaltensweisen von Krankenhauspersonal in Bezug auf Alkohol, Medikamente und Zigaretten. Berlin, August 1984 b

- HESSISCHER MINISTER für Arbeit, Umwelt und Soziales: Gesund leben in Hessen. Expertengespräch am 29. und 30. November 1984 in Schlangenbad. Bericht und Materialien. Wiesbaden 1984
- HOFFMEISTER, H.: Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen - Ein Anlaß zum Nachdenken über Auftrag und Chancen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Öffentliches Gesundheitswesen* 40 (1978), S. 408-417
- HOFFMEISTER, H. / JUNGE, B.: Epidemiologie und Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt* 26 (1983), S. 104-108
- HOPF, E.-J.: Die Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen und ihre Umsetzung in Landesrecht. *Öffentliches Gesundheitswesen* 40 (1978), S. 418-427
- HORN, K. / BEIER, C. / WOLF, M.: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen. Opladen 1983
- ILLICH, I.: Die Enteignung der Gesundheit. "Medical Nemesis". Reinbek 1975
- : Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbek 1977
- JUNGE, B.: Lebenserwartung und Sterblichkeit älterer Menschen im internationalen Vergleich. *Bundesgesundheitsblatt* 25 (1982), S. 159-168
- KICKBUSCH, I. / TROJAN, A. (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Frankfurt 1981
- KORPORAL, J. / ZINK, A.: Zur theoretischen und empirischen Fundierung des Konzepts der Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten. In: ABHOLZ et al. 1982, S. 38-50
- LANDESREGIERUNG NRW: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 16 der Fraktion der FDP: Gesundheitserziehung vom 30. Mai 1978. Landtags-Drucksache 8/3360. Düsseldorf 13.6.1978
- LEVI-STRAUSS, C.: Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft. Frankfurt 1981
- LÜTH, P.: Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis. Frankfurt 1974
- MEAD, G.H.: Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt 1968 (zuerst 1934)
- MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Frankfurt 1966

- MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin II. Frankfurt 1967
- MOELLER, M.L.: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart 1981
- OEVERMANN, U. et al.: Beobachtungen zur Struktur der sozialisatorischen Interaktion. In: AUWÄRTER et al. (Hrsg.): Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. Frankfurt 1976, S. 371-403
- : Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: SOEFFNER 1979, S. 352-434
- : Struktureigenschaften sozialisatorischer und therapeutischer Interaktion. Antrag auf Förderung eines Forschungsvorhabens an die DFG. Frankfurt 1980
- PARSONS, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin (1951). In: KÖNIG, R. / TÖNNESMANN, M. (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. Köln 1958, S. 10-57
- : Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas (1964). In: MITSCHERLICH et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln/Berlin 1970, S. 57-87
- PFAU, E.: Die Erwartungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Landesgesetzgebung über das Gesundheitswesen. Öffentliches Gesundheitswesen 40 (1978), S. 428-436
- PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart 1962
- : Die soziale Dimension in der Medizin. Stuttgart 1975
- RICOEUR, P.: Der Text als Modell: Hermeneutisches Verstehen. In: BÜHL, W. (Hrsg.): Verstehende Soziologie. München 1972, S. 253-283
- SCHAEFER, H. / BLOHMKE, M.: Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten. In: BLOHMKE et al. 1977, S. 1-66
- SCHIPPERGES, H.: Geschichte und Gliederung der Gesundheitserziehung. In: BLOHMKE et al. 1977, S. 550-567
- SOEFFNER, H.G. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart 1979
- TROSCHKE, J.v. / STÖSSL, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung. Freiburg 1981
- UEXKÜLL, Th. von (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München 1979

- WAMBACH, M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt 1983
- WEIZSÄCKER, V. von: Körpergeschehen und Neurose. Stuttgart 1947
- : Diesseits und jenseits der Medizin. Stuttgart 1950²
- : Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Göttinger 1955²
- WHO (World Health Organization): Regionalprogramm über Gesundheits-
erziehung und Lebensweise. Berlin/Kopenhagen 1981
- WIEDEMANN, H.: Die "Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg". Ein
Modell zur Gesundheitsvorsorge in der Gemeinde. München 1984
- WOLF, M.: Der Körper - Die Körper. In: KAMPER, D. / WULF, Ch.:
Der andere Körper. Berlin 1984
- ZOLLER, B.E.: Der Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung
e.V. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Gesund-
heitserziehung von A-Z. Handbuch in Loseblattform. Bonn 1957 ff.

B. Dokumente, Drucksachen, interne Papiere und Protokolle

- ABGEORDNETENHAUS VON BERLIN: Vorlage zur Kenntnisnahme Nr.
276 des Senats von Berlin über Einrichtung von Beratungsstellen
"Gesundheitsberatung für Erwachsene". Mitteilung des Präsidenten
Nr. 211. Drucksache 7/1625 vom 23.2.1979
Zitierweise: Senatsvorlage Nr. 276
- : Vorlage zur Beschlußfassung über Gesetz über den öffentlichen Ge-
sundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG). Drucksache 8/104
vom 7.9.1979
- BEZIRKSAMT CHARLOTTENBURG, Abteilung Gesundheitswesen: Alten-
beratung in Berlin-Charlottenburg, Erweiterung der Modelleinrichtung.
Berlin 1975
- : Entwurf, Einrichtung von Beratungsstellen "Gesundheitsberatung für
Erwachsene". Berlin 1978
- : Stellungnahme zur Vorlage Nr. 571/78 zur Beratung im Rat der
Bürgermeister - Einrichtung von Beratungsstellen Gesundheitsbera-
tung für Erwachsene, Altengesundheitsdienst - Beratungsstelle für
Erwachsene im Bezirk Charlottenburg. Berlin 1978
- : Vorlage für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 13.12.1978
vom 8.12.1978

- BEZIRKSAMT CHARLOTTENBURG, Abteilung Gesundheitswesen: Vorlage zur Kenntnisnahme für die Sitzung der Bezirksverordnetenversammlung am 18. Januar 1979 Einrichtung einer Beratungsstelle - Gesundheitsberatung für Erwachsene - vom 12.1.1979
- : Hilfe zur Selbsthilfe, Ziel - Inhalt - Methode, Gesundheitsberatung für Erwachsene - ein Bericht aus der Praxis über die Praxis. Berlin 1982
- BEZIRKSAMT TIERGARTEN, Abteilung Gesundheitswesen: Die Arbeit der Gesundheitsberatung für Erwachsene in den Jahren 1982/1983. Berlin 1984
- BREMISCHES Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Brem. öGD). Entwurf. Bremen 1983
- DITTNER, J.: Anlage zum Bericht der Gesundheitsberatung für Erwachsene Charlottenburg. Berlin 1982
- : Frühlingserwachen und "Gift-Liste". In: Charlottenburger Gesundheitsdienst. Informationsschrift der Abt. Gesundheitswesen Charlottenburg 1/1984, S. 1
- FALCK, I. / DINSE, D. / NAUJOCKS, E.: Modell einer geriatrischen Tagesklinik. Konzeptionsentwurf. Berlin 1974
- FALCK, I. / NAUJOCKS, E.: Altenberatung in Berlin-Charlottenburg. Erfahrungsbericht. Berlin 1976
- FINK, U.: Antwort des Senators für Gesundheit, Soziales und Familie auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD über Auswirkungen der "Lummerschen Giftliste" auf den öffentlichen Gesundheitsdienst, 64. Sitzung des Abgeordnetenhauses von Berlin vom 22. März 1984. Plenarprotokoll 9/64, 3906
- GMK (Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder): Entschließung der 40. GMK: Gesundheitserziehung und -aufklärung. Berlin 1977
- : Entschließung der 41. GMK: Gesundheitserziehung und -bildung. Bremen 1978
 - : Entschließung der 43. GMK: Gesundheitserziehung und -bildung, mit Programm zur Verbesserung von Gesundheitserziehung und -bildung. Düsseldorf 1979
 - : Entschließung der 46. GMK: Gesundheitserziehung und -bildung. Münster 1980
 - : Entschließung der 49. GMK: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. München 1982
 - : Entschließung der 50. GMK: Gesundheitserziehung und Öffentlicher Gesundheitsdienst (öGD). Berlin 1982

HÄRTEL, T.: Prävention durch Gesundheitsberatung im Gesundheitsamt.
Ms. Berlin 1980

LÜBKE, V. / SCHOENHEIT, I.: Nachbereitungsmaterialien I und II (zur
Fortbildung). Berlin 1982

RAT DER BÜRGERMEISTER (RdB), Ständiger Ausschuß für Gesund-
heitswesen: Protokoll der Sitzung vom 27.9.1978, darin: Stellung-
nahme zum Entwurf über Einrichtung von Beratungsstellen "Gesund-
heitsberatung für Erwachsene"

SENAT VON BERLIN: Vorlage zur Kenntnisnahme Nr. 27 über Aufbau
und Aufgaben der Gesundheitsfürsorge. Berlin 1963 (auch in: Mit-
teilungen des Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin Nr. 7
vom 19.8.1963)

- : Vorlage Nr. 2206/78 über Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen
der Gesundheitsvor- und -fürsorge im öffentlichen Gesundheitsdienst
in Berlin (Berichterstatter: Senator Pätzold) vom 3. Februar 1978
- : Vorlage zur Kenntnisnahme Nr. 2466/78 über Einrichtung von Bera-
tungsstellen "Gesundheitsberatung für Erwachsene" vom 25. Mai
1978 in der Fassung des Senatsbeschlusses Nr. 2466/1978 vom 13.
Juni 1978 (= Senatsvorlage Nr. 276 in der veröffentlichten Form)
- : Krankenhausbedarfsplan für das Land Berlin, Fortschreibung bis
1990. Berlin 1978

SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ (SenGesU) /
SENATOR FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND FAMILIE
(SenGesSozFam): Entwurf eines Konzeptes für eine Altenberatungs-
stelle am Gesundheitsamt. Berlin 1976 (SenGesU)

- : Ergänzungen zur Senatsvorlage Nr. 2466/78, Zielsetzung und Aufga-
benstellung der "Gesundheitsberatung für Erwachsene". Berlin 1978
(SenGesU)
- : Ergebnisprotokoll über die Sitzung am 12.6.1979 mit Vertretern der
Bezirke Charlottenburg, Reinickendorf, Wedding und Tempelhof vom
19.6.1979 (SenGesU)
- : Ergebnisprotokoll über die Sitzung der Beauftragten für Gesund-
heitserziehung der Bezirke am 20. Juni 1979 vom 23. Juni 1979
(SenGesU)
- : Gesundheitsberatung für Erwachsene, Literaturübersicht. Berlin 1979
(SenGesU)
- : Protokoll der Sitzung der Gesundheitsstadträte am 5.9.1979. Septem-
ber 1979 (SenGesU)

SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ (SenGesU) /
SENATOR FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND FAMILIE

(SenGesSozFam): Übersicht über den Stand der Einrichtung der Beratungsstellen "Gesundheitsberatung für Erwachsene". Berlin 1980 (SenGesU)

- : Ergebnisprotokoll der Sitzung der Mitarbeiter der Gesundheitsberatung für Erwachsene am 12.11.1980 vom 20.11.1980 (SenGesU)
- : Protokoll der Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiter der Gesundheitsberatung für Erwachsene am 22.5.1981 vom 2.6.1981 (SenGesU)
- : Aufgabenkatalog - übertragene Vorbehaltsaufgaben Abt. Gesundheitswesen - Gesundheitshilfe. Berlin 1982 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll über die außerordentliche Sitzung mit den Bezirksstadträten für Gesundheitswesen am 12.8.1982 vom 17.8.1982 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll über die Sitzung der Leiter der Gesundheitsberatungsstellen für Erwachsene am 9.3.1982 vom 9.3.1982 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll ... Leitersitzung am 18.4.1983 vom 18.4.1983 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll ... Leitersitzung am 26.9.1983 vom 28.10.1983 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll ... Leitersitzung am 15.2.1984 vom 8.3.1984 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll ... Leitersitzung am 8.6.1984 vom 14.8.1984 (SenGesSozFam)
- : Ergebnisprotokoll ... Leitersitzung am 14.9.1984 (SenGesSozFam)

SENATOR FÜR INNERES: Gemeinsame Geschäftsordnung für die Berliner Verwaltung, Besonderer Teil (GGO II). Berlin 1978 mit Ergänzungen von 1980 und 1983

- : Aufgabenkritische Hinweise, Betr.: Senatsverwaltung GesSozFam und bezirkliche Abt. Ges. Berlin 1983

Der SOZIALMINISTER des Landes Schleswig-Holstein: Erlaß zur Durchführung des Gesundheitsdienst-Gesetzes. Kiel 24.11.1980

STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN: Bevölkerungsstichprobe 1970

- : Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht, Familienstand und Beteiligung am Erwerbsleben in Berlin (West) April 1982. Ergebnisse des Mikrozensus. Berlin 1983

STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN: Bevölkerung von Berlin (West)
nach Alter und Geschlecht 1983. Berlin September 1984

- : Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsstand in Berlin (West) Juli
1984. Berlin Dezember 1984

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (WIAD):
Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öf-
fentlichen Gesundheitsdienst. Bonn 1984

C. Expertengespräche, Forschungsinterviews

Gespräch mit Dr. R. MATTHEIS, Senatsdirigentin in der Senatsverwal-
tung für Gesundheit, Soziales und Familie, 18.10.1983

Gespräch mit H. SCHICKS, Fraktion der CDU im Abgeordnetenhaus von
Berlin, 24.10.1983

Gruppeninterviews mit den Mitarbeitern der GBE-Stellen Charlottenburg,
Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten,
Wedding, 26./27./28.10.1983

Gespräch mit A. KRÜGER, Fraktion der FDP im Abgeordnetenhaus von
Berlin, 8.11.1983

Gespräch mit J. DITTNER, Gesundheitsstadtrat in Berlin-Charlottenburg,
9.12. und 30.12.1983

Gespräche mit den Gesundheitsstadträten von Charlottenburg, Neukölln,
Kreuzberg, Reinickendorf, Schöneberg, Spandau, Steglitz, Tempel-
hof, Tiergarten, Wedding, Zehlendorf 1983/84

Gespräche mit den Amtsärzten von Charlottenburg, Neukölln, Reinicken-
dorf, Spandau, Steglitz, Tempelhof, Tiergarten, Wedding 1983/84

Gespräche mit Th. HÄRTEL, Referent in der Senatsverwaltung für Ge-
sundheit, Soziales und Familie, 1983 und 1984

Teilnahme an den und Protokoll der Dienstbesprechungen der Teams der
GBE-Stellen Charlottenburg, Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steg-
litz, Wedding, im Zeitraum Januar-Mai 1984

Gruppengespräche mit den Mitarbeitern der GBE-Stellen Charlottenburg,
Neukölln, Reinickendorf, Spandau, Steglitz, Tiergarten, Wedding,
21./22.6.1984

Nachtrag

- BUNDESMINISTERIUM für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG):
Das Modell Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf. Aufbauphase
(Schriftenreihe des BMJFG Band 50). Stuttgart 1978
- : Das Modell Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf. Abschlußbericht
(Schriftenreihe des BMJFG Band 99). Stuttgart 1982
- DÖBERT, R. et al. (Hrsg.): Entwicklung des Ichs. Köln 1977
- : Zur Einführung. In: DÖBERT 1977, S. 9-30
- ENGEL, G.L. / SCHMALE, A.H.: Eine psychoanalytische Theorie der
somatischen Störungen. In: OVERBECK 1978
- GLASER, N. / STRAUS, A.: Status Passage. London 1971
- HORN, K. / BEIER, C. / KRAFT-KRUMM, D.: Gesundheitsverhalten
und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesund-
heitliche Aufklärung. Opladen 1984
- NANNEN-GETHMANN, F.: Gesundheitserzieher - Ein neues Berufsbild?
In: Prävention 3/1985
- OVERBECK, A. und G. (Hrsg.): Seelischer Konflikt - Körperliches Lei-
den. Reinbek 1978