



Nr.1/83

vom 07.01.1983

Tendenzen und Schwerpunkte in der Gesundheitserziehung

Die Attraktivität des Themas Gesundheitserziehung hat gerade in letzter Zeit erheblich zugenommen. Stichworte: wie "Kostendruck" im Gesundheitswesen, aber auch der vielfach konstatierte "Panoramawechsel der Krankheiten" mögen zum Verständnis hier nur genannt sein. Der Ausbau der Gesundheitserziehung könne - so die vielerorts vorgetragene Argumentation - dazu beitragen, die einschlägigen chronischen Zivilisationsleiden wirkungsvoll einzudämmen mit den entsprechenden Einsparungen der finanziellen Gesundheitsaufwendungen.

So sehr man diesen Grundgedanken unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten auch zustimmen muß, so ist doch auf der anderen Seite daran zu erinnern, daß es bereits in der Bundesrepublik Deutschland eine Fülle gesundheitserzieherischer Aktivitäten gibt, mit denen versucht wird, auf das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung positiv einzuwirken. Was aber fehlt, sind empirische Analysen dieses Ist-Zustandes realisierter Gesundheitserziehung, aus deren kritischer Sichtung Anregungen für Verbesserungsmöglichkeiten gesundheitserzieherischer Konzepte gewonnen werden können.

Der vorliegende Beitrag von Dr. Th. Henkelmann "Tendenzen und Schwerpunkte in der Gesundheitserziehung" analysiert auf der Basis einer empirischen Stichprobenerhebung ca. 3000 unterschiedliche Aktivitäten und Maßnahmen gesundheitserzieherisch tätiger Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Inhaltsanalyse dieser nach Art und Umfang sehr heterogenen Materialien zeigt vor allem dreierlei auf:

- Gesundheitserziehung appelliert meist rational-intellektuell an das mündige Individuum
- Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert (als angewandte Theorie der Risikofaktoren)
- Gesundheitserziehung ist problemgruppen- nicht aber zielgruppenspezifisch.

Speziell für den Bereich der oralen Gesundheitserziehung zeigen die Ergebnisse dieser Studie, daß sich auch dieser Themenbereich insgesamt in das obige Ergebnisprofil einfügt, wenn auch die Zielgruppenorientierung (speziell: Kinder) vergleichsweise stärker ausgeprägt ist.

Dr. med. Thomas Henkelmann, Bergstraße 93, 6900 Heidelberg

TENDENZEN UND SCHWERPUNKTE IN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG

Ergebnisse einer Studie (1980/81)

Dr. Thomas HENKELMANN

Der Begriff "Gesundheitserziehung" ist eine Erfindung der medizinischen Aufklärung; eine Zeitschrift "Die deutsche Gesundheitserziehung" datiert sich auf das Jahr 1786 zurück. Aus dieser Tatsache darf jedoch nicht geschlossen werden, daß frühere Jahrhunderte einer individuellen oder öffentlichen Gesundheitspflege keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt hätten - geradezu das Gegenteil ist der Fall! Im Mittelalter gab es bezogen freilich auf den Feudaladel eine ausgeklügelte Gesundheitsordnung für alle Lebensalter und -tage; der griechische Polisbürger verbrachte täglich mehrere Stunden Körper und Geist ühend im Gymnasion, und Rom hinterließ uns in seinen prachtvollen Thermen Zeugnisse einer überlegenen Badekultur. Trotzdem ist es richtig, mit dem ausgehenden 18. Jahrhundert von Gesundheitserziehung zu sprechen, insofern nun zum ersten Mal 'zur Gesundheit erzogen' werden soll, während alle früheren Gesellschaften den Erhalt der Gesundheit völlig der individuellen Entscheidung anheim stellten. Das Interesse an der Gesundheit der Massen, welches mit den modernen Industriegesellschaften aufkommt und nicht mehr nur auf einen exklusiven Personenkreis beschränkt ist, setzt ein merkantilistisches Interesse an der Arbeitskraft, in der der Grund des gesellschaftlichen Reichtums erkannt wird, voraus, wie es gleichzeitig den Konflikt zwischen Erziehern und Erzogenen anbahnt.

...

Die großen gesundheitserzieherischen Entwürfe der Aufklärung, auf die hier nur hingewiesen werden kann, haben ihre Ziele nicht erreicht; von den wesentlichen Tendenzen und Konfliktfeldern her wurde die Aufklärung noch keineswegs beendet, geschweige denn überwunden. Diese historische Kontinuität sollte beachtet werden, wenn man die heutige Gesundheitserziehung richtig einschätzen will; aktuelle Fehlsteuerungen und Probleme überraschen weniger, wenn sie in ihrer weiteren Herkunft begriffen werden können, wie auch eine kürzlich publizierte Studie: "Gesundheitserziehung - gestern und heute" zu verdeutlichen versucht, die in den Jahren 1980/81, getragen durch das Institut für Gesundheitsbildung, Stuttgart, an dessen Außenstelle Theorie (Universität Heidelberg) durchgeführt wurde. Die Untersuchung, die die in der Bundesrepublik Deutschland "meinungsführenden" Institutionen mit der größten Breitenwirkung erfassen soll, basiert auf der Analyse von 3000 Aktivitäten sehr heterogener Natur: Aufklärungsbroschüren, Monatsheften der Krankenkassen, Verbände etc., Werbematerialien der Pharmaindustrie, Plakaten, theoretischen Texten, Freizeit- und Fitnessprogrammen privater Unternehmen usw.

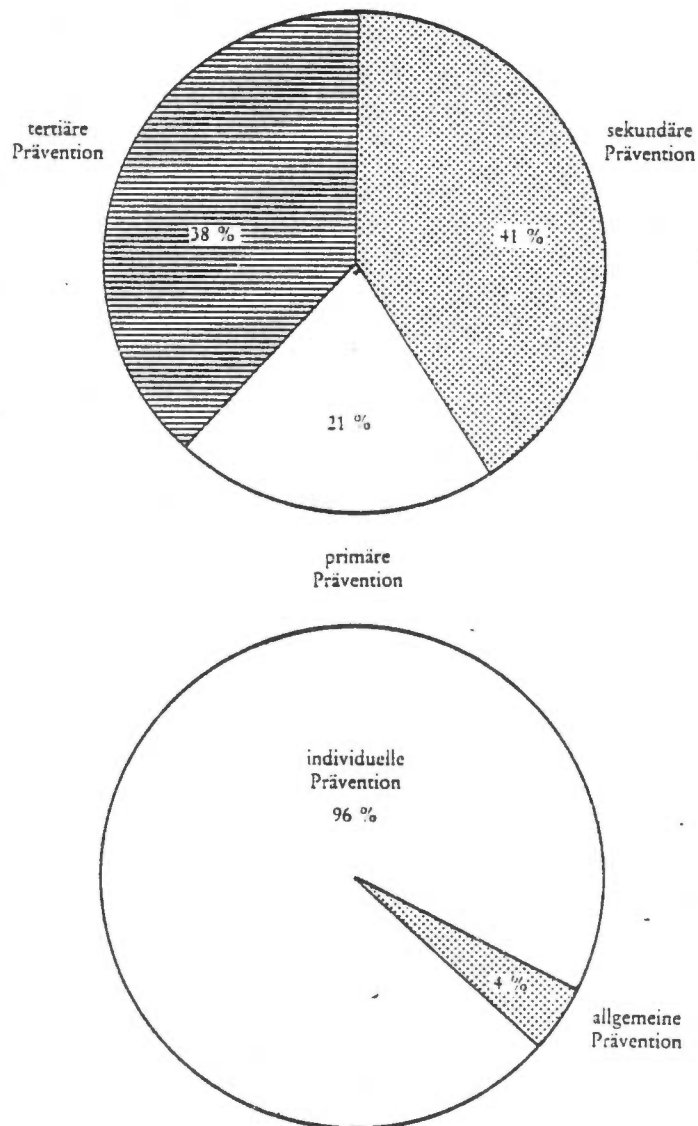
Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert

Eine zentrale Frage in der Beurteilung gegenwärtiger Gesundheitserziehung ist die, ob tatsächlich echte Prophylaxe im Sinne einer umfassenden Gesundheitsbildung betrieben wird, oder unter Gesundheitserziehung nicht vielmehr eingengter die Minderung von Krankheitsgefahren und -risiken verstanden werden muß. Mit anderen Worten: beginnen, wie der Terminus "Gesund-

...

heitserziehung" dies nahelegen möchte, präventive Maßnahmen wirklich bei den Gesunden oder sind die Krankheitsgefährdeten der angesprochene Personenkreis? Ganz überwiegend ist nach unseren Materialien Letzteres zutreffend; vier Fünftel aller Aktivitäten im Gebiete der Gesundheitserziehung sind sekundär- und tertiärpräventive, bewegen sich im unmittelbaren Vorfeld von Krankheiten, mit dem Ziel, Risiken zu mindern oder bei manifesten Leiden zu einem optimalen Umgang mit Krankheit anzuleiten (Abb. 1).

Abb. 1 Präventionsarten



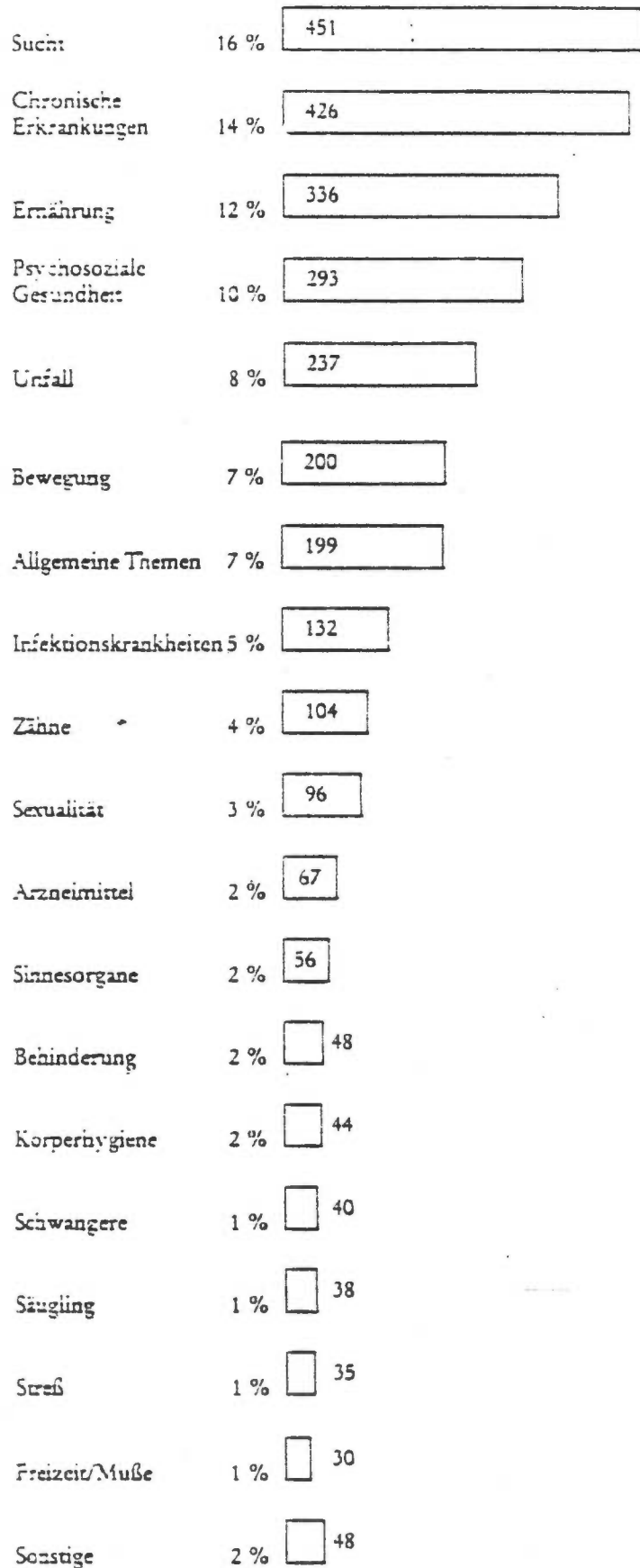
Eine weitere Ausdeutung der Materialien hinsichtlich des Präventionscharakters zeigt, daß in der Regel eine Verhaltensmodifikation am Individuum beabsichtigt ist, nur in sehr geringem Umfang gesellschaftliche (Wohnwelt, Arbeitsbedingungen) oder ökologische (Luftverschmutzung, Lärm) Faktoren als zu verändernde anvisiert werden (vgl. Anteil von individueller und allgemeiner Prävention, Abb. 1). Die Gesundheitserziehung - dies darf als Ergebnis festgehalten werden - ist weitgehend krankheitsorientiert; ihre Ziele versucht sie durch Appelle an die individuelle Verantwortlichkeit durchzusetzen.

Das inhaltliche Gerüst der Gesundheitserziehung ist nichts weiter als eine angewandte Theorie der Risikofaktoren

Wenn gesagt wurde, die Gesundheitserziehung sei krankheitsorientiert, so bedarf dies näherer Konkretisierung hinsichtlich der Inhalte, die schwerpunktmäßig in den entsprechenden Aktivitäten zu verzeichnen sind. An der Spitze der Häufigkeiten stehen, wie Abb. 2 verdeutlicht, Maßnahmen im Suchtbereich, es folgen chronische Krankheiten, Ernährung und psychosoziale Gesundheit, die zusammengekommen 42 % aller gesundheitserzieherischen Aktivitäten ausmachen! Im mittleren Häufigkeitsbereich finden sich die Inhalte Unfall, Bewegung, allgemeine Themen, Infektionskrankheiten, Zähne, Sexualität, die hinzuaddiert nun bereits vier Fünftel aller überhaupt durchgeführten gesundheitserzieherischen Maßnahmen umspannen. Der Anteil der übergreifenden Themen im Sinne einer umfassenden Gesundheitsbildung ist sehr gering (7 % allgemeine Themen), wobei noch zu beachten ist, daß die Mehrzahl der in diese Kategorie fallenden Aktivitäten nur

...

Abb. 2 Themenspektrum gesundheitserzieherischer Aktivitäten in der Bundesrepublik Deutschland, angegeben in % und Absolutzahlen



aus der Kombination von zwei (!) Inhalten besteht, z.B. die Kombination von Ernährung und Bewegung gemäß dem Slogan: Essen und Trimmen, beides muß stimmen.

Versucht man, diesen Themenkatalog zu interpretieren, so fällt auf, daß Gesundheitserziehung an den gegenwärtig am stärksten die Gesundheit bedrohenden Krankheiten (Zivilisationsleiden) und Krankheitsrisiken (Risikofaktoren) ausgerichtet ist. Die gefundene Rangfolge spiegelt exakt die heute als gesundheitsschädlich anerkannten individuellen Verhaltensweisen und die im Vordergrund stehenden Krankheiten wider: Suchtverhalten (Drogen, Alkohol, Nikotin), Ernährungsgewohnheiten und Eßverhalten (falsche Ernährung, Übergewicht), chronische Erkrankungen (Herz- und Kreislauferkrankungen, Hypertonie, Krebs, Diabetes), psychosoziale Themen (Angst, Anspannung, familiäre und partnerschaftliche Konflikte, Erziehungsprobleme), Unfälle (vorwiegend Verkehrsunfälle) und Bewegung (Bewegungsmangel) sind die häufigsten Themen und machen zusammen fast 70 % der gesamten gesundheitserzieherischen Aktivitäten in der Bundesrepublik Deutschland aus. Nimmt man die Bereiche Zähne (Karies, Parodontopathien), Behinderung und Streß hinzu, so kommt man auf annähernd 80 %. Daß demgegenüber anders als noch zu Beginn unseres Jahrhunderts die Gefahren durch Infektionskrankheiten relativ gering bewertet werden, zeigt sich daran, daß Vorsorge- und Verhaltensmaßnahmen in bezug auf Infektionskrankheiten nur mit 5 % vertreten sind.

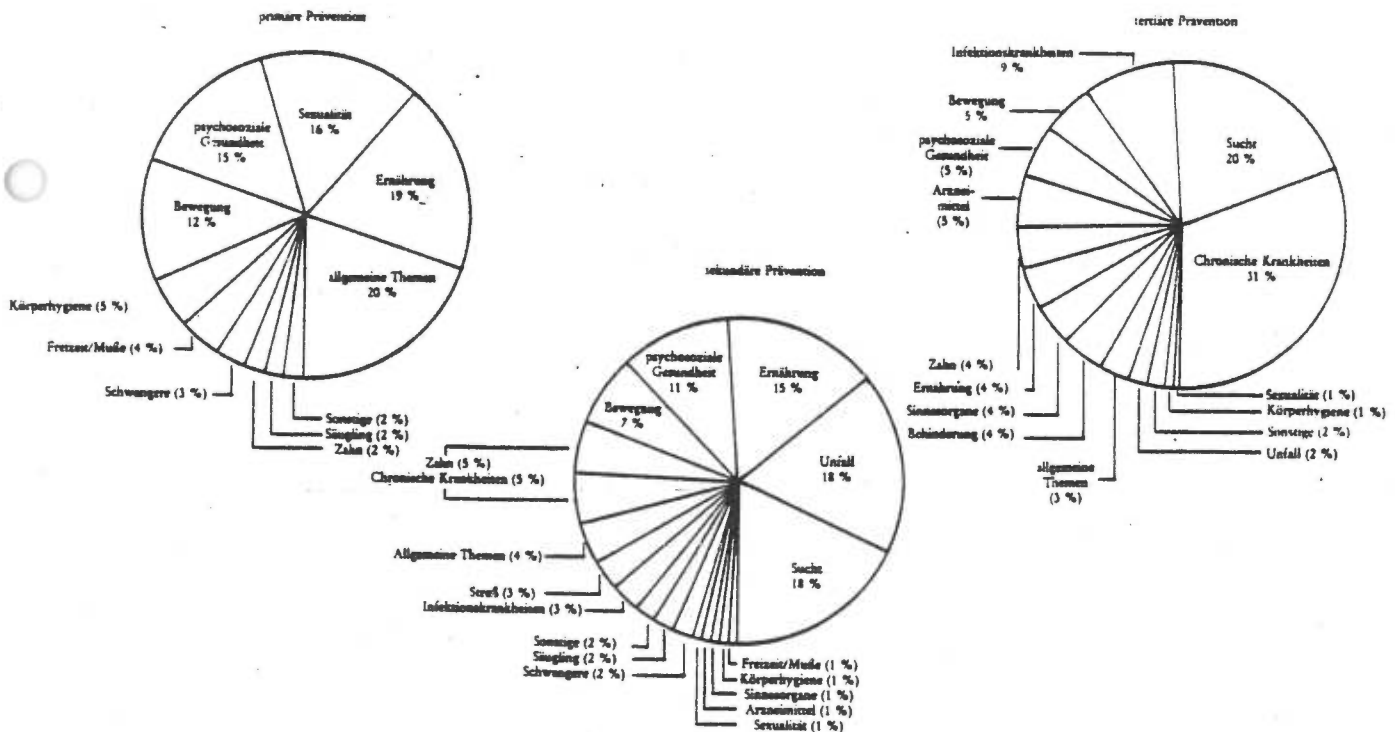
Das derzeitige Spektrum gesundheitserzieherischer Aktivitäten steht in eindeutigen Zusammenhang zu den real vorhandenen Krankheitsgefahren. Falsch wäre aber die Behauptung, daß gegenwärtige Gesundheitserziehung dem

...

tatsächlichen Morbiditätsrisiko Rechnung trüge; Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, die in den Morbiditätsstatistiken an führender Stelle stehen, sind, ganz im Gegensatz zu ihrer weiten Verbreitung, im Spektrum gesundheitserzieherischer Aktivitäten wenig repräsentiert. Richtig dagegen ist, daß Gesundheitserziehung an den Mortalitätsstatistiken, an den sog. "Killer"-Krankheiten (koronare Herzkrankheit, Lungenkrebs, Stoffwechselleiden, Verkehrsunfälle) orientiert ist.

Verfolgt man noch eine Ebene tiefer die Streuung der Inhalte auf die einzelnen Präventionsarten (Abb. 3), so ergeben sich typische Verteilungsbilder: Im Tertiärbereich entfallen auf die Inhalte Sucht und chronische

Abb. 3 Verteilungsmuster der Inhalte auf die Präventionsarten



Krankheiten allein 51 % aller Aktivitäten. Sucht, Unfall, Ernährung, psychosoziale Gesundheit und Bewegung machen rund 70 % der sekundärpräventiven Themen aus. Bei der primären Prävention, die ja definitionsgemäß an die Gesunden gerichtet sein muß, somit die immanente Theorie dessen widerspiegelt, was gegenwärtig unter einem Programm der gesunden Lebensführung zu verstehen ist, dominieren vier Themen. Eine Information über die angemessene Ernährung, ein störungsfreies Verhältnis zur Sexualität, psychisches und soziales Wohlbefinden sowie ein ausreichendes Körpertraining sind die Garanten der Gesunderhaltung. Diese Verteilungstypik unterstreicht, wie stark die Gesundheitserziehung von der Risikofaktorentheorie geprägt ist; im tertiären Zielbereich dominieren Maßnahmen gegen die derzeit bedrohlichen Zivilisationsleiden.

Die Analyse der Themenbereiche der individuellen Prävention belegt nochmals eindrucksvoll den Charakter der Prävention als einer unmittelbar auf Krankheit orientierten; sie muß als Verlängerung und Kompensation der kurativen Medizin verstanden werden, indem sie dort einsetzt, wo diese gegenwärtig an ihre Grenzen stößt. Gesundheit, ihre weitgehende Erhaltung, die Erforschung und Beschreibung gesundheitsfördernder Bedingungen, ist weder zentrales Anliegen noch wesentliches Thema. Wie schon der Anteil allgemeine Themen (Essen und Trimmen) nahelegt, fehlt ein umfassendes Konzept der Gesundheitsbildung. Gesundheitserziehung bezieht sich auf gesundheitsriskante isolatorische Bezirke, die ohne übergreifenden Zusammenhang additiv aneinandergesetzt sind.

Die Gesundheitserziehung ist zielgruppenunspezifisch und problemgruppenorientiert

Ausgehend von der Inhaltsanalyse und jener der Präventionsarten, die Gesundheitserziehung als angewandte Theorie der Risikofaktoren beschreibt, ausgerichtet auf die gesundheitsriskant lebende Personen-
gruppe, taucht die Frage auf, ob dieser Personenkreis noch genauer festgelegt werden kann als durch das Kriterium seiner Gefährdung. Zunächst einmal ist hier zu unterscheiden zwischen Maßnahmen, die sich direkt an "Betroffene" richten und anderen, die die Endadressaten indirekt, d.h. über "Mittler" erreichen; demnach gibt es die "Betroffenen"- oder die "Mittler"-Gruppe. Etwa zwei Drittel aller Maßnahmen sind "betroffenenorientiert", zielen unmittelbar auf die Population und Person, deren Gesundheitsverhalten letztlich beeinflußt werden soll. Demgegenüber finden sich gut ein Drittel (35 %) indirekter Maßnahmen, was bedeutet, daß sie für einen Personenkreis, dem vermittelnde und erzieherische Aufgaben im Gesundheitsbereich zugetraut werden, gedacht sind. In Abb. 4 und 5 wurde die "Mittler"- und "Betroffenen"-Gruppe weiter differenziert.

Als Mittler sind vor allem Eltern und Lehrer angesprochen. Neben diesen beiden Gruppen wird auch den Ärzten eine wichtige Rolle bei der Gesundheitserziehung eingeräumt. Vorgesetzte, Politiker und Beamte zieht man deutlich seltener in Betracht, und nur vereinzelt werden Arbeitgeber, nichtärztliches Heilpersonal, Kosmetikerinnen, Psychologen und Köche in Erwägung gezogen. 28 % der Aktivitäten, Informationsschriften etc. zielen aber ganz unspezifisch auf Personen, die als Mittler in Frage kommen, ohne näher genannt zu sein.

...

Abb. 4.: Zusammensetzung der Mittlergruppe in %

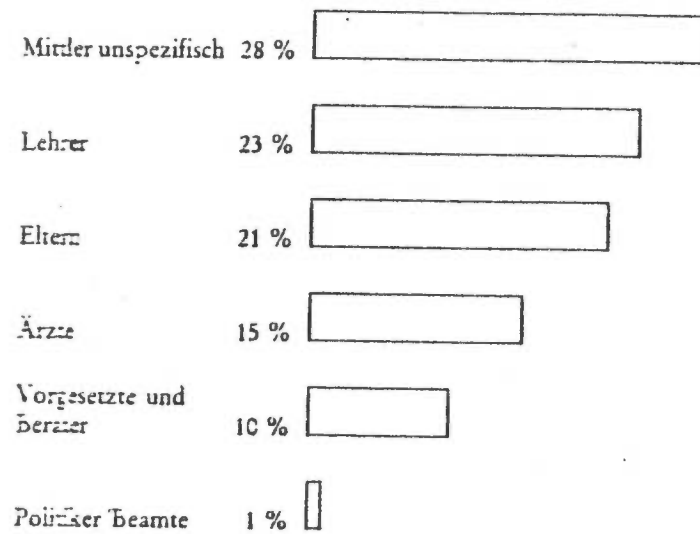
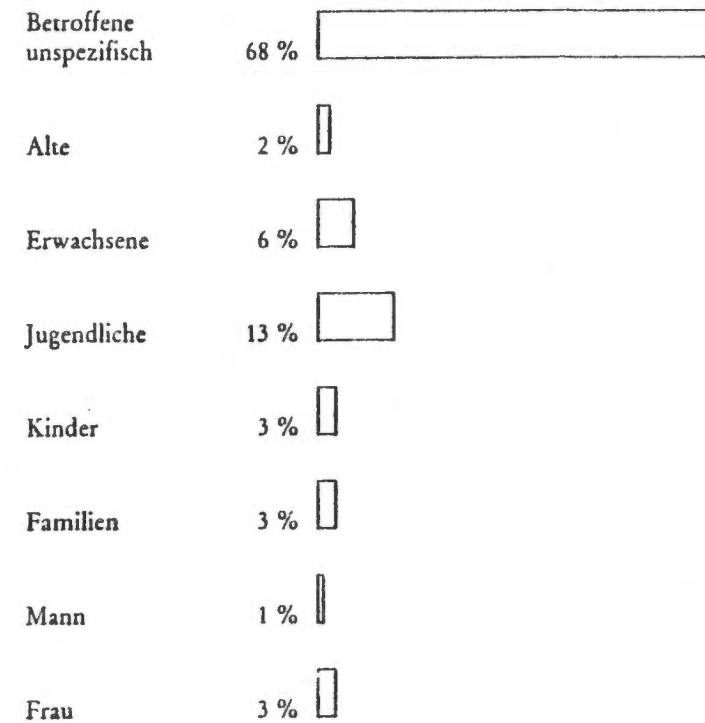


Abb. 5.: Zusammensetzung der Betroffenenengruppe in %



Die Zusammensetzung der Betroffenen-Gruppe weicht hiervon insoweit ab, als der Anteil der unspezifischen Maßnahmen mit 68 % nochmals beträchtlich höher ausfällt; auch zeigt der Vergleich die Betroffenen-Gruppe im Gegensatz zur Mittler-Gruppe als weniger differenziert (Abb. 5). Über zwei Drittel der betroffenenorientierten Maßnahmen richten sich an das Publikum allgemein und nicht an bestimmte gesellschaftliche Gruppen, während nur etwa ein Drittel bestimmte Altersgruppen, Geschlechter oder die Familie ansprechen. Andere Zielgruppenmerkmale, wie z.B. sozialer Status (Bildung, Einkommen), spielen keine Rolle; unter den 2998 untersuchten Aktivitäten fanden sich nur drei schichtspezifische.

Daraus darf als wichtiges Ergebnis gefolgert werden, daß der überwiegende Teil gesundheitserzieherischer Aktivitäten nicht zielgruppenspezifisch ist, d.h. weder Mittler-Gruppen wie Eltern, Ärzte, Lehrer noch personale "Daten" wie Alter, Geschlecht oder Familienzugehörigkeit vermerkt. Auch hier verrät die tiefergehende Aufschlüsselung, daß meistens "Patienten" genannt werden, was sich mit den eingangs erwähnten Anteilen sekundär- und tertiärpräventiver Maßnahmen deckt. Wie ebenfalls der vergleichsweise hohe Anteil der Jugendlichen in der Betroffenen-Gruppe (resultierend aus Maßnahmen gegen den Drogenkonsum) unterstreicht, ist die Gesundheitserziehung problemgruppenorientiert. Bedenklich scheint uns die geringe Aufmerksamkeit, die dem alten Menschen in der Gesundheitserziehung geschenkt wird, ferner daß Schichtvariablen und subkulturelle Normen so gut wie keine Beachtung finden. Diese Befunde stehen nämlich im direkten Widerspruch zur sozialmedizinischen Forschung, die immer wieder darauf hinge-

...

wiesen hat, daß die Zielgruppenspezifität der Gesundheitserziehung das wesentliche Moment ihres Erfolges ausmacht.

Die Ergebnisse im Bereich der Zahnprophylaxe liegen im Trend

Die Ergebnisse zur Zahnhygiene machen im Spektrum gesundheitserzieherischer Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland, wie in Abb. 2 ersichtlich, etwa 4 % aus. Sowohl im Zielbereich als auch bei den Zielgruppen ergeben sich in den wesentlichen Zügen analoge Verhältnisse. Bei den Präventionsarten führt der Trend mit 90 % sekundäre und tertiäre Prävention, wie bei den zahlreichen Maßnahmen zur Karies- und Parodontoseprophylaxe auch nicht anders zu erwarten, noch stärker von der primären Prävention weg. Die Mittler-Gruppe (45 %) ist gegenüber der Betroffenen-Gruppe (55 %) nochmals angewachsen; Abweichungen finden sich jedoch in der Zusammensetzung dieser Gruppen: Bei den mittlerorientierten Maßnahmen zur Zahnprophylaxe sind logischerweise die Gruppen der Eltern und Lehrer, also die Erzieher im eigentlichen Sinne, signifikant größer und die unspezifischen mittlerorientierten Aktivitäten deutlich niedriger. In der Betroffenen-Gruppe bleiben zwar die unspezifischen Maßnahmen mit 53 % noch immer sehr hoch, doch auch hier sprechen 27 % der Materialien spezifisch die Gruppe der Kinder an (gegenüber nur 3 % im Durchschnitt). Dies darf unbedingt als Positivum verzeichnet werden, wenngleich summarisch festgehalten werden muß, daß auch die Zahnprophylaxe problemgruppen- und nicht zielgruppenorientiert ist.

Die Gesundheitserziehung läuft auf der Matrix der medizinischen Aufklärung

Mittels dieser aktuellen Ergebnisse läßt sich die eingangs aufgestellte historische These, Gesundheitserziehung laufe noch immer auf der Matrix der medizinischen Aufklärung, erläutern. Stark verkürzt ist hiermit dreierlei gemeint:

- Gesundheitserziehung appelliert (meist kognitiv) an das mündige Individuum.
- Sie ist weitgehend krankheitsorientiert (heute aufgespannt auf den Rahmen der Risikofaktorentheorie) vor dem Hintergrund therapeutischer und finanzieller Ohnmacht der kurativen Medizin.
- Sie ist problemgruppen-, nicht aber zielgruppenspezifisch.

Während freilich um 1800 alle Kräfte der Bekämpfung von Infektionskrankheiten (z.B. Pockenimpfung) und der Senkung der Müttersterblichkeit galten, sind angesichts des Panoramawandels der Krankheiten heute die sog. Zivilisationsleiden im Blickfeld.