

Feldstudien in der Gesundheitserziehung

Wolf-Dietrich von Freytag-Loringhoven

Zusammenfassung

Fortbildungsveranstaltungen und Öffentlichkeits-Kampagnen eines regionalen Zentrums für Gesundheitserziehung werden auf ihre Wirkung hin kontrolliert. Hierzu dienen kleine, dem jeweiligen Zweck angepaßte Studien. Mittels Beobachtung, Befragung, Erhebung o.a. wird Material gesammelt, geordnet, dargestellt und ausgewertet. Die Untersuchungen beziehen sich auf das gesundheitliche Wissen von Schülern, auf die gesundheitlichen Interessen verschiedener Berufsgruppen sowie auf die Wirksamkeit gesundheitserzieherischer Medien in der Öffentlichkeitsarbeit. Abschließend wird versucht, die Nichtbeteiligung an Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge am Beispiel der Schutzimpfung sowie Röntgen-Untersuchung zu analysieren.

Summary

Training courses and public campaigns of a regional center of health education are controlled on their effect. Small studies serve for this, adapted to the individual purpose. By means of observation, survey, exaltation a.s.o. materials are collected, arranged, represented and conclusions are drawn in a limited way. The studies are concerned with the health knowledge among pupils, the health interests of various professional groups and also the effect of health educational mediums in the public work. Concluding an attempt is made to analyse the non-participation in public health care measures by the example of vaccination and x-ray examination.

«Diejenigen, die im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege (und damit auch der Gesundheitserziehung, d. Verf.) stehen, sind der Auffassung, daß wir nunmehr auf einer Stufe der Entwicklung angelangt sind, auf der wir mit rein menschlichen Faktoren rechnen müssen: mit den Launen, Werten, mit der Wahrnehmung des einfachen Mannes, wenn weitere Fortschritte erzielt werden sollen. In Zukunft werden wir mehr denn je auf die Mitarbeit der Bevölkerung angewiesen sein. *Aber eben diese Mitarbeit wird uns in einem bisher nicht geahnten Maße zum Problem werden.*»

(*Gordon W. Allport*: Wahrnehmung und öffentliche Gesundheitspflege, Psychologische Beiträge 1960, Band IV, Heft 3/4, S. 384.)

Dem genannten Problem schenkt *diese* Tagung dankenswerterweise die besonders durch *M. Derryberry* u. a. auf den Konferenzen der *Internationalen Union für Gesundheitserziehung* 1959 in Düsseldorf und 1962 in Philadelphia nachdrücklich geforderte Aufmerksamkeit im Hinblick auf intensiveres Studium des *gesundheitlichen Wissens* und *Verhaltens*, auf die Analyse der gesundheitserzieherischen *Methoden* und deren möglichst objektiver *Bewertung*.

Unsere Studien im Felde der praktischen Gesundheitserziehung wollen dazu beitragen. Sie finden im Rahmen einer gesundheitserzieherischen Landesinstitution statt und stehen in Funktion zu *Fortbildungsveranstaltungen* und *gesundheitserzieherischer Öffentlichkeitsarbeit*. (Einen Überblick geben Nr. 9 bis 14 des Literaturverzeichnisses.) Insgesamt bewegen sich unsere Studien nur im *Vorhof* solcher sozialwissenschaftlicher Analysen, die – etwa im Sinne des feldtheoretischen Ansatzes von *Kurt Lewin* (Lit.-Verz. Nr. 20) – das tiefere Kräftepiel im gesundheitserzieherischen Felde aufzudecken und als Gesetzmäßigkeiten zu erklären vermögen. *Unsere Absicht ist es, zunächst einmal – in wünschenswerter gelegentlicher Wiederholung – phänomenologisch zu erfassen und zu ordnen, womit man es als gesundheitserzieherischer Praktiker eigentlich zu tun hat, was man vorfindet für seine Planungen und Aktionen, aber auch, was aus den Aktions-Ergebnissen retrospektiv zu ersehen und perspektiv zu verwerten ist.*

Amerikanische Autoren haben nahegelegt, daß die Resultate der gesundheitserzieherischen Forschungsarbeit ortsgebunden sind und vielleicht immer sein werden: *«Eine Methode, die sich in dem einen Gebiet wirksam erweisen mag, kann in einem anderen völlig wirkungslos sein!»*

Kaplan J.O.: Am. Journal of Publ. Health; Zitat nach *SOPHE*-Report, 1963.

Doch haben *regionale* Untersuchungen für regionale Arbeit sicher eine Berechtigung, und wir ziehen unsere Befunde heran, um *drei Fragen aus der gesundheitserzieherischen Praxis* zu beantworten!

A. Mit welchen Voraussetzungen kann man gesundheitserzieherisch bei Personen bzw. Gruppen rechnen?

- I. Präventives Wissen Jugendlicher
- II. Gesundheitliche Interessengebiete bei Schlüsselpersonen
- III. Gesundheitserzieherische Aktivität bei Lehrern.

B. Welche Wirkung haben Kontaktmedien in der gesundheitserzieherischen Öffentlichkeitsarbeit?

- IV. Kontaktmedien im Urteil der Bevölkerung
- V. Studien über das Telefon als Medium
- VI. Elternblätter als gesundheitserzieherische Medien.

C. Warum bleiben manche Leute den Maßnahmen öffentlicher Gesundheitsvorsorge fern?

- VII. Gründe für die Nichtteilnahme an freiwilligen Schirmbild-Reihen-Untersuchungen
- VIII. Gründe für die Nichtteilnahme an der freiwilligen Polio-Schluckimpfung.

Mit welchen Voraussetzungen kann man gesundheitserzieherisch bei Personen bzw. Gruppen rechnen?

I. Präventives Wissen Jugendlicher

Empirische Untersuchung von Niederschriften von 9- bis 15jährigen Schülern über das Thema:

« *Was kann ich selber tun, um gesund zu bleiben?* »

In der letzten Nummer des international journal of health education (Vol. VII 1964/1, S. 2 ff.) kündigt uns *Elena Sliepcevic* in ihrem Aufsatz «research in the teaching-learning situation in school health» eine umfangreiche Studie an, gefördert von der *Samuel Bronfman Foundation* of New York City: Sie wird u. a. den *Stand des Wissens der Schüler über Gesundheit* und ihr Verhalten darlegen.

Auch für deutsche Schulen ist eine solche Analyse sehr begrüßenswert, wird aber der Kontrolluntersuchungen im Anwendungslande bedürfen. Vorbeugende Verhaltensformen haben in Deutschland z. B. schon *B. Brandenburger, Beske, Jess* und *Reuter, Boroffka* wie auch *Lorenz (Dresden)* erfragt. Eine bedeutsame Fragebogenerhebung an 13- bis 19jährigen stammt aus Seattle (USA), durchgeführt von *Deisher* and *Mills*: *Amer. Jour. Public Health*, 53 (1963). Mit einer «indirekten» Erhebungsform – Niederschriften im Unterricht – versuchten wir den Status vorsorglichen Gesundheitswissens bei hessischen Schülern zu erkunden.

Die *Notwendigkeit* war mit der systematischen Einführung von *Jugendgesundheits-Wochen* und *Jugendgesundheits-Nachmittagen* entstanden. Besonders den lehrend beteiligten *Ärzten* muß dargetan werden, welcher *Status* präventiven Repertoires vorausgesetzt werden kann.

Präventives Verhaltensrepertoire

Körper-Hygiene

Waschen (und Baden)
Toilettenhygiene
Händewaschen vor Essen
Haare waschen
Haare schneiden
Haare kämmen
2- bis 4mal täglich Zähne putzen
Eigene Zahnbürste
Obst waschen
Saubere Fingernägel
Saubere Fußnägel
Saubere Kleidung
Wäschewechsel
Witterungsgemäße Kleidung
Fußgerechtes Schuhwerk

Ernährung

Langsam essen
Nicht übermäßig essen
Nicht zuviel fette Sachen
Obst und Gemüse essen
Spez. Sorten, z. B. Zwiebeln
Butterbrot (rechtes Frühstück)
Milch (mit Honig)
Diätgebote einhalten
Wenig Süßigkeiten
Wasser abkochen
Kein Alkohol, Nikotin usw.

Allgemeine Vorbeugung

Früh aufstehen
Mittagsschlaf
Täglich Sport oder Gymnastik
Frühspport
Aufrechte Haltung
Fußgymnastik
Nicht lange fernsehen
Helligkeit beim Lesen und Arbeiten
Waldspaziergang
Richtige Atmung
Bei offenem Fenster schlafen
Einlagen (bei S.-, Sp.-, Knickfuß)
Impfschutz (T = Tuberkulose; P = Polio)
2- bis 4mal im Jahr zum Zahnarzt
1- bis 2mal im Jahr zum Hausarzt

Richtiges Verhalten bei Erkrankung

Arzt aufsuchen; anrufen
Bettruhe (bei Erkältung)
Arznei nehmen («Tabletten»)
Röntgen lassen
Wundbehandlung (Asepsis)
Schal bei Erkältungen
Watte bei Ohrenschmerzen
Arztratschläge befolgen (allgemein)
Dankbarkeit für Gesundheit (zu Gott)

In einer Anzahl von Koinstruktions-Schulklassen stellten Lehrer nach genauer Instruktion als Gegenstand einer 45 min. Klassen-Niederschrift das Thema: «*Was kann ich selber tun, um gesund zu bleiben?*». Aufgenommen wurden insgesamt 242 Niederschriften, ohne Namensangabe, von 138 Knaben und 104 Mädchen verfaßt. Angegeben wurden nur Alter und Geschlecht.

Das Material wurde unter dem Gesichtspunkt beschriebener vorbeugender Verhaltensweisen durchgesehen und diese zahlenmäßig festgehalten. Im Laufe der Auszählung entstand empirisch obige Liste vorbeugender Verhaltensweisen! Zur Übersicht wurden später die insgesamt 50 Kategorien in vier sinnfällige Sachgruppen zusammengefaßt!

In einer Arbeits-Tabelle ist die Zusammenstellung aller Inventar-Zahlen erfolgt. So ist dort nachzulesen, wie häufig Knaben oder Mädchen der Le-

bensjahre 9, 10, 11 usw. bis 15 bestimmte präventive Verhaltensweisen nennen. Für beide Geschlechter wurden auch Summierungen vorgenommen und schließlich die Gesamtzahl aller genannten Einzelverhaltensweisen festgestellt.

Ein Überschlagn ergibt, daß etwa je 5 der aufgeführten Verhaltensweisen von einem jugendlichen Schüler beschrieben werden, was für beide Geschlechter gilt.

Unsere erste Fragestellung erstreckte sich auf den Rangplatz, den einzelne präventive Verhaltensweisen im Bewußtsein der Knaben und Mädchen einnehmen. Die Antwort ist aus *Abbildung 1* deutlich zu entnehmen:

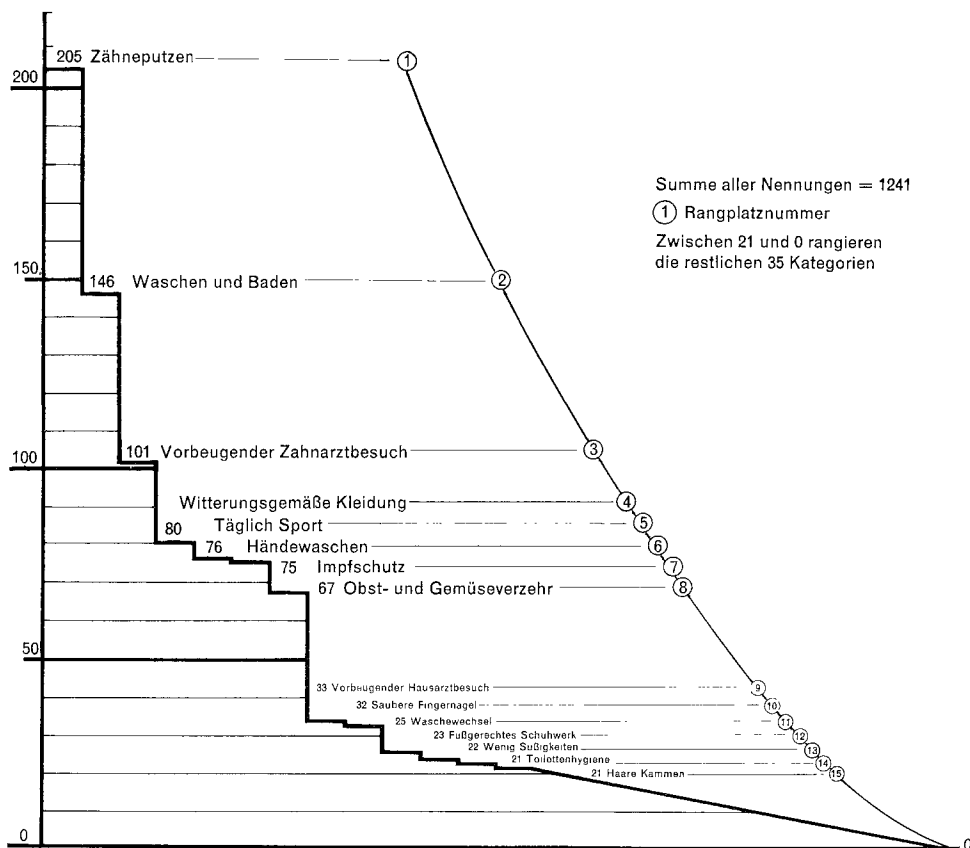


Abbildung 1: Rangreihe der von den 242 Schülern angegebenen präventiven Verhaltensweisen in absoluten Zahlen

Drei Formen gesunden Verhaltens liegen bei beiden Geschlechtern mit Abstand an der Spitze und betreffen vor allem: Zahnpflege, tägliches Waschen und zahnärztliche Inspektion. Während anschließend auf dem Rangplatz 4 bei

Knaben der *tägliche Sport* angegeben wird, rangiert er bei den Mädchen tiefer (8. Platz). Dagegen ist bei diesen *witterungsgemäße Kleidung* wie auch *Verzehr von Obst und Gemüse* vorrangiger als bei Knaben. Eine gehobene Bedeutung scheint dem *Impfschutz* im Bewußtsein der Kinder zuzukommen. Knaben nennen ihn schon auf dem 5. Platz, Mädchen an 7. Stelle.

Insgesamt zeigt Tabelle 2 eine *klare Rangfolge* in der Menge bewußtseinsmäßig parat gehaltener Verhaltensweisen. Ohne Zweifel haben sich jene Maxime eingeschliffen, die als hygienische Kardinaltugenden seit Jahrzehnten von Eltern, Lehrern und Ärzten, aber auch von der Reklame dem Kinde eingeprägt werden!

Die zweite Fragestellung gilt *den gefundenen Sachgruppen*. Die zahlenmäßigen Verhältnisse drücken sich in den 4 Sachgruppen aus. Aus den geringfügigen Prozentunterschieden kann keine Geschlechterdominanz abgeleitet werden.

Nennungen männlich		Sachgruppe	Nennungen weiblich	
absolut	%		absolut	%
366	53,2	Körperhygiene	306	54,8
81	11,7	Ernährung	77	14,2
207	30,0	Allgemeine Vorbeugung	146	26,8
35	5,1	Richtiges Verhalten bei Erkrankungen	23	4,2
689	100,0	Insgesamt	552	100,0
(138 Schüler)			(104 Schülerinnen)	

Abbildung 2: Sachgruppen vorbeugender Verhaltensweisen. Die 4 Gruppen sind aus allen genannten Verhaltensweisen zusammengefaßt.

Umfangreich dagegen sind die *Unterschiede zwischen den Sachgruppen*. Im Zentrum des kindlichen Bewußtseins stehen eindeutig Verhaltensweisen, die auf die *Hygiene des eigenen Körpers Bezug* haben: Sauberkeit, Ordnung, Witterungsgerechtigkeit von Kleidung usw. sind die hauptsächlichsten Nennungen «gesundheitlicher Eigenleistung»: Fast 54% machen Angaben zur Körperhygiene aus, wovon 337 (27,2%) die Waschhygiene und 330 (26,5%) Nennungen *Pflege und Inspektion des Gebisses* betreffen.

An zweiter Stelle sind *allgemeine vorbeugende Praktiken für den Lebensalltag* zu erkennen, wobei besonders Sport, Gymnastik usw., auch Psychohygiene, speziell jedoch *der vorbeugende Arztbesuch* angeführt werden.

Erst nach geraumem Abstand kommt die Ernährungsthematik zu Wort, weit voran der Verzehr von Obst und Gemüse.

An letzter Stelle werden gesundheitliche Verhaltensweisen genannt, die bei einmal erfolgter *Erkrankung* zu üben sind. Da von dieser Gruppe der Hauptanteil dem rechtzeitigen Arzttruf oder -besuch gilt, darf angenommen werden, daß den Schülern die Situation der Vorbeugung im Gegensatz zur einmal eingetretenen Erkrankung bewußt ist, und sie den Sinn des Themas verstanden haben. (Inwieweit volkstümliche Heil- oder Behandlungspraktiken, z.B. Kräutertee, feuchte Wickel o.a., überhaupt im Bewußtsein der Kinder heute *noch* Platz haben, kann am vorliegenden Material nicht geklärt werden.)

Nachbemerkung

a) Eine Konfrontation mit Niederschriften, die von gleichen Schülern *nach* dem Besuch einer unserer Gesundheitswochen angefertigt wurden, ist im Gange. Bei der Sichtung fällt in erster Linie nicht nur die «Punkt-Zunahme» ins Auge, sondern die bessere Fähigkeit zur *Begründung* präventiver Verhaltensweisen.

b) Aus der verfügbaren Literatur (SOPHE-Report, s. S. 137, 138, 155 der Übersetzung) darf entnommen werden, *daß Erwachsene durch das Schulwissen ihrer Kinder beeinflusst sind* und viele Öffentlichkeitsaktionen (Beispiel Stuhluntersuchung) erst Erfolg haben, wenn Eltern, Schule und Kind gemeinsam angesprochen sind.

c) Besonders hat auch z.B. *Turner* in seinem abschließenden Festvortrag in Philadelphia 1962 die *Bedeutung der Schule für die Gesundheitserziehung in allen Ländern* betont.

d) Im Rahmen der Studie sind die jeweiligen *Anwendungsbedingungen* des präsenten Wissens durch bestimmte Motivation nicht beantwortbar! Jedoch dürfte anwendungsbereites Wissen mit Recht stets als *Prämisse* effektiver Prävention gelten (vgl. entsprechendes Befragungsergebnis von IfD *Allensbach* über präventives Wissen und Fähigkeit zu Erster Hilfe, s. Literaturverzeichnis, IfD. S. 12, Tab. 8 [Bd. I]).

II. Gesundheitliche Interessengebiete bei Schlüsselpersonen

Anläßlich einer Aufklärungsaktion über die Schluckimpfung 1 gegen die Poliomyelitis wurden im Hinblick auf unsere Arbeitsplanung künftiger Themen der Gesundheitsaufklärung 14 380 Adressen angeschrieben mit der Bitte, falls Interesse an einem oder mehreren von 13 Themen bestehe, diese auf einer *Rückantwortkarte* anzukreuzen und somit eine oder mehrere Broschüren über das interessierende Thema anzufordern.

Insgesamt wurden 2484 = 17,3% der 14 380 angeschriebenen Personen bzw. Institutionen 216 472 Broschüren angefordert, davon:

1.	23 254	=	10,7%	über	Verhütung von Herz- und Kreislaufstörungen
2.	20 883	=	9,6%	über	Krebsaufklärung
3.	19 360	=	8,9%	über	Hygiene im Alltag
4.	19 331	=	8,9%	über	Gesunde Ernährung
5.	18 471	=	8,5%	über	Das Rauchen
6.	18 080	=	8,4%	über	Hygiene der Frau
7.	17 845	=	8,2%	über	Zahngesundheitspflege
8.	16 797	=	7,8%	über	Fußgesundheit
9.	15 902	=	7,3%	über	Impfschutz
10.	12 381	=	5,7%	über	Leibeserziehung und Gesundheit
11.	12 146	=	5,6%	über	Bessere Luft und besseres Wasser
12.	11 522	=	5,3%	über	Psychohygiene
13.	10 469	=	4,8%	über	Tuberkulose

Die Rangreihe zeigt die Intensität der Interessen für die einzelnen Bereiche gesundheitlicher Aufklärung.

Die stärkste Nachfrage besteht demnach nach Aufklärung über *Herz- und Kreislaufstörungen* und nach *Krebsaufklärung*. Danach folgen *Gesunde Ernährung* und *Hygiene im Alltag* und *Hygiene der Frau*, während für Psychohygiene und Tuberkulose nur sehr wenig Interesse besteht.

Wahrscheinlich gelten Herz- und Krebserkrankungen als sehr gefährliche, lebensbedrohende Erkrankungen, die wohl als häufige Todesursache in allen Bevölkerungsschichten bekannt sind. Besonders eindrucksvoll erschienen sie der Bevölkerung auch deshalb, weil auch Personen jüngeren Alters häufig davon befallen werden. Dazu kommt, daß diese beiden Krankheiten mitunter als unheilbar angesehen werden.

Danach folgen Themen, die sich mit der *Pflege und Ernährung des Körpers* befassen. Hierin drückt sich wohl der Trend zur gesünderen Lebensweise aus, der sich Mitte der 50er Jahre andeutete und dann stetig anstieg. Er zeigte sich zuerst in der Tendenz, sich gesünder zu ernähren. Die Zahl der Verbraucher, die Lebensmittel im Reformhaus kaufen, nahm in dieser Zeit sehr stark zu (Pflanzenfette, Vitamine). Damit fast gleichzeitig zeigte sich ein Ansteigen im Verbrauch der Produkte, die der allgemeinen Hygiene dienen (Körper-, Kleider- und Wohnungspflege).

Sehr wenig Aktualität schienen die Themen Tuberkulose, Psychohygiene, bessere Luft und besseres Wasser zu besitzen:

Für die *Tuberkulose* scheint der Grund in der geringen Zahl von Tuberkulosekranken zu liegen. Die Wahrscheinlichkeit für den Einzelnen, an der Tuberkulose zu erkranken, wird von solchen Personen, die ein Interesse an gesundheitlicher Aufklärung haben, als zu gering angesehen. (In praktischer Konsequenz koppelten wir 1963/64 die Tuberkulose-Vorsorge und Röntgen-Schirmbild-Aktionen mit dem «ich-nahen» Thema Herz!) Bessere Luft und

besseres Wasser sind Dinge, die der individuellen Wahrnehmung direkt nur ausschnittsweise zugänglich sind, für die sich auch der Einzelne nicht als recht zuständig empfinden mag. Sie gehört in den Bereich der Gesundheitserziehung der Verantwortlichen.

Psychohygiene ist allgemein anscheinend wenig bekannt, und wird in Deutschland auch noch nicht eindeutig zum gesundheitlichen Sektor gehörend betrachtet. (Vgl. auch *Lundt*, Bundesgesundheitsblatt Nr. 6 vom 20. März 1964, S. 85.)

Eine derart entstandene Rangfolge ist sicher nicht ohne Bedeutung. Sie ist natürlich abhängig von den vorgegebenen Themen. Wäre nur ein Thema durch ein nicht vorgegebenes, beispielsweise statt Fußgesundheit Bandscheibenschädigungen, in der Auswahl angegeben worden, so würde sich die Rangreihe wahrscheinlich verändern. *Alle Ausführungen über die Auswahl der Themen der angeschriebenen Personen können sich folglich nur auf die vorgegebenen Wahlmöglichkeiten beziehen.*

Es interessiert nun natürlich die Frage: Aus welchem Personenkreis setzen sich die Anforderer der Broschüren zusammen?

Folgende Übersicht gibt Antwort auf die Frage:

Personengruppen	Zahl der angeforderten Broschüren
1. Apotheken und Drogerien	86 673
2. Betriebe und Verwaltung	43 410
3. Ärzte und Zahnärzte	40 446
4. Pfarrer beider Konfessionen	15 171
5. Krankenkassen	12 373
6. Privatpersonen	9 025
7. Vereinigungen verschiedener Art	3 636
8. Kindergärten und Heime	2 665 (ansonsten
9. Schulen und Lehrer	1 541 max. versorgt)
10. Hebammen	1 298
11. Personabräte	159
12. Krankenschwestern	55
	S. 216 472

Es sind weitestgehend Personen, die das angeforderte Material nicht zur eigenen Aufklärung, sondern als *Übermittler an einen weiteren Personenkreis* verwenden möchten. Natürlich geschieht das aus den verschiedensten Interessen heraus: Sehr wahrscheinlich ist die Ursache des Interesses bei dem Pfarrer beispielsweise ein anderes als bei der Krankenkasse; aber diese Phänomene sollen hier nicht diskutiert werden.

Wesentlich für uns ist die Aufgliederung der Themen, die von den einzelnen Personengruppen angefordert wurden (siehe Abbildung 3).

Berufe	Fußgesundheit	Psychohygiene	Gesunde Ernährung	Impfschutz	Herz und Kreislauf	Über das Rauchen	Tuberkulose	Hygiene der Frau	Zahngesundheit	Leibeserziehung	Krebsvorsorge	Luft und Wasser	Hygiene im Alltag	Σ (%)
Vereine	6,4	5,7	7,8	7,1	10,3	11,6	6,3	7,2	6,0	10,4	8,3	5,6	7,2	3 636 (99,9)
Betriebe	7,8	6,5	8,4	7,9	11,8	10,1	5,2	8,6	7,0	5,5	10,7	5,1	5,4	43 410 (100,0)
Krankenkassen	0,5	0,5	10,3	8,5	16,1	6,6	4,9	5,4	12,6	0,6	14,7	8,6	10,8	12 373 (100,1)
Private	7,6	4,3	12,3	6,5	12,3	9,6	4,3	8,2	7,4	7,6	7,2	4,7	8,3	9 025 (100,3)
Pfarrer	5,6	9,2	9,8	7,5	8,5	7,4	6,3	5,7	5,6	8,3	9,7	7,3	9,1	15 171 (100,0)
Lehrer	9,6	3,2	18,4	1,2	6,2	5,5	1,2	1,8	16,2	18,3	8,7	1,6	8,0	1 541 (99,9)
Ärzte und Zahnärzte	7,9	6,9	9,3	8,3	8,9	9,2	5,5	7,2	10,5	6,6	7,9	5,4	6,4	40 446 (100,0)
Kindergärten	11,0	7,2	11,7	6,9	2,6	6,6	2,4	11,6	6,9	10,9	9,1	2,4	11,8	2 665 (101,1)
Apotheken bzw. Drogerien	9,0	4,1	8,1	6,6	10,9	7,8	4,2	9,8	7,8	5,0	9,6	5,6	11,5	86 673 (100,0)
Hebammen	10,6	3,0	10,2	12,1	10,4	6,9	5,9	5,4	2,1	3,1	6,2	2,1	22,1	1 298 (100,1)
Insgesamt	7,8	5,3	8,9	7,3	10,7	8,5	4,8	8,4	8,2	5,7	9,6	5,6	8,9	216472 (99,7)

Abbildung 3: Bevorzugte Informationsthemen bei verschiedenen Personengruppen
Der Vergleichbarkeit halber sind die absoluten Gesamtwerte (angefordertes Material) pro Personengruppe als 100% gesetzt.

Apotheker und Drogisten, die die größte Menge an Broschüren anforderten, wählten am häufigsten Hygiene im Alltag, Verhütung von Herz- und Kreislaufstörungen, Hygiene der Frau und Krebsaufklärung, wohingegen Tbc, Psychohygiene und Sport am wenigsten bestellt wurde. Vom Apotheker und Drogisten ist anzunehmen, daß er die Themen wählt, von denen er weiß – auf Grund seiner Absatzerfahrung – daß sie den Kunden – und das ist fast die gesamte Bevölkerung – interessieren.

An zweiter Stelle stehen *Betriebe und Verwaltungen* in der Zahl der Abforderungen, und zwar am häufigsten die Themen: Herz- und Kreislaufstörungen, Krebs, Über das Rauchen; am wenigsten interessierte Luft und Wasser, Tbc und Sport!

Ärzte und Zahnärzte forderten am häufigsten die Themen Zahngesundheitspflege, Über das Rauchen und Krebsaufklärung an. Von den Ärzten

ist anzunehmen, daß sie solche Broschüren an ihre Patienten heranbringen möchten, durch deren Aufklärung auch der Einzelne *selbst* etwas für seine Gesunderhaltung tun kann.

Pfarrer interessierten am stärksten Themen der gesunden Ernährung, der Krebserklärung, der Psychohygiene und der Hygiene im Alltag. Die Geistlichen stellen die einzige Personengruppe dar, die ein stärkeres Interesse an der Psychohygiene zeigen. Das ist ebenfalls wieder eine Frage der Aktualität. Sie werden in ihrer Praxis mit Mißständen auf diesem Gebiet wohl am stärksten konfrontiert. Für sie sind Fußgesundheit und Zahngesundheitspflege verständlicherweise am uninteressantesten.

Krankenkassen fordern schwerpunktmäßig Verhütung von Herz- und Kreislaufstörungen, Krebserklärung und Zahngesundheitspflege, und zwar häufiger als alle übrigen Gruppen an. Die Ursache hierzu ist zweifelsohne darin zu sehen, daß eine Aufklärung auf diesen gesundheitlichen Gebieten aus finanziellen Gründen für die Krankenkassen besonders aktuell ist.

Von *Privatpersonen* wurde am häufigsten über gesunde Ernährung, Verhütung von Herz- und Kreislaufstörungen und «Über das Rauchen» um Aufklärung gebeten. Psychohygiene und Tuberkulose, Luft und Wasser sind am wenigsten die «Sorgen» der Privatpersonen.

Die Interessen von «*Vereinigungen verschiedener Art*» sollen nicht weiter interpretiert werden, da diese Gruppe in ihrer Zusammensetzung sehr heterogen ist. Das Thema «Rauchen» wurde besonders von Sportvereinen angekreuzt!

Kindergärten und Heime interessierten besonders Hygiene im Alltag, Gesunde Ernährung, Hygiene der Frau (wahrscheinlich zur Weitergabe an die Mütter) und Fußgesundheit. Es sind Schwerpunkte, die sich aus der Aufgabe der Vorschulerzieher ergeben. Man hätte allerdings auch stärkeres Interesse für die Zahngesundheit erwartet.

Lehrer bevorzugen Broschüren über Gesunde Ernährung, Sport und Zahngesundheit, typische Sachgebiete, die für Jugendliche und Heranwachsende bedeutsam sind, während für Tbc, Impfschutz, Luft und Wasser kaum Interesse besteht.

Im Diagramm zeigen sich durch Umrandung der Korrelationsfelder die thematischen Schwerpunkte ab. Die Werte der Tabelle sind in % angegeben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß sich die einzelnen Personengruppen in ihren Interessen für die einzelnen Themen doch sehr stark unterscheiden. *Dieses Ergebnis kann für zukünftige Aktionen gesundheitserzieherischer Art von Bedeutung sein, indem man je nach dem Thema der Aktion die einzelnen Personengruppen als Übermittler mit größerem Effekt einsetzen kann, als das ohne die «Marktanalyse», d. h. Kenntnisse der Interessenschwerpunkte, geschehen konnte.*

Natürlich wurde neben dem Studium der Zahlen und Relationen nicht vergessen, die umfangreichen Wünsche – schrittweise – zu erfüllen!

III. Gesundheitserzieherische Aktivität bei Lehrern

Anscheinend ist die Lehrerausbildung, was die Gesundheitserziehung anbetrifft, in aller Welt noch ungenügend, wie selbst für die USA durch *Young* (S. 16, Nr. 36 Literaturverz.) und für England durch *Wallace* belegt.

Dennoch gelten die Schullehrer allerorten als einflußreich auf das gesundheitliche Wissen und Verhalten der Kinder und sogar der Eltern bzw. Familien. (Der in der Praxis stehende Lehrer schneidet günstiger ab als der junge Lehranfänger, wahrscheinlich erhält die «Gesundheit» im Laufe der Jahre höhere Bedeutung. Ansprechbarkeit für gesundheitserzieherische Fragen scheint – speziell für Männer – im dritten Lebensjahrzehnt stark anzusteigen, wie uns die Meldeziffern zu den Kolloquien andeuten!)

Im Laufe der bis heute 53 pädagogisch-medizinischen Kolloquien mit Lehrern begannen wir frühzeitig zu analysieren, welche praktischen Auswirkungen diese Fortbildungsveranstaltungen für die Gesundheitserziehung wohl haben würden. Mittels persönlicher Beobachtung sowie Fragebogen gewannen wir einen Überblick, der erst teilweise ausgewertet vorliegt.

- *Unter den Ergebnissen interessieren folgende:*

In Unterricht und Elternarbeit werden gesundheitserzieherische Themen verstärkt hineingetragen.

- Ärzte werden mehr als bisher zu Elternvorträgen gebeten.
- Die gesundheitliche Taterziehung im Schulalltag erhält einen erheblichen Aufschwung. Dabei konzentriert sich die Aktivität auf Haltungspflege, Alltagshygiene, Ernährung (Schulfrühstück) und ähnliches (vergleiche Abb. 4).

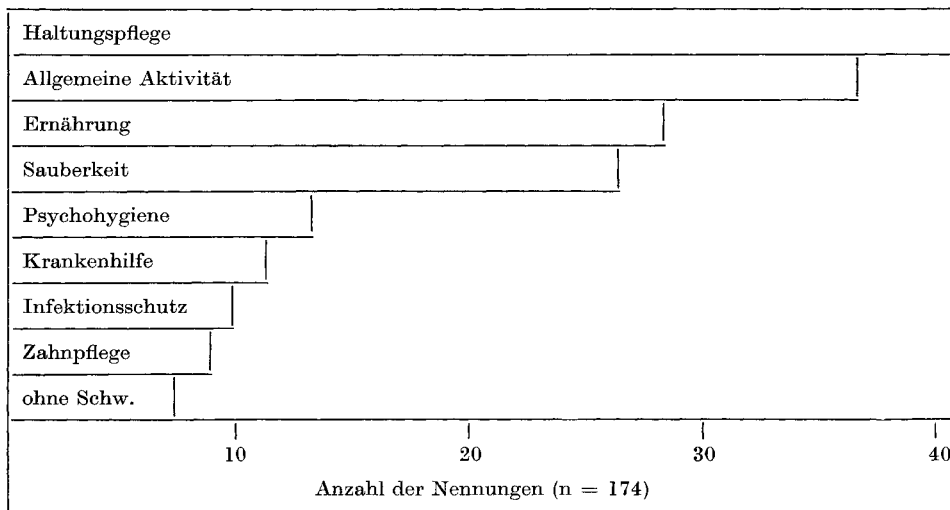


Abbildung 4: Gesundheitserzieherische Aktivität von Lehrern nach pädagogisch-medizinischen Kolloquien. (Zusammengestellt nach 83 Erfahrungsberichten ehemaliger Teilnehmer.)

Alle die in der Abbildung bezeichneten Schwerpunkte sind dem Lehrer auch als medizinischem Laien sachgerechte Betätigungsfelder.

Erfreulicherweise scheint die Fortbildung durch Kolloquien eventuelle sektiererische Einstellungen zu Gesundheitsfragen abzubauen. Gesundheitserzieherische Fortbildung lenkt von einer bloßen diagnostisch-therapeutischen Neugier ab, zugunsten einer Wachsamkeit gegenüber Verhaltenseigentümlichkeiten von Kindern oder auch gesundheitlichen Mißständen in Schule und Öffentlichkeit (vgl. *What teachers see*, Bildreihe der Metropolitan Life Insurance Company, New York).

Bei den großen Aufklärungskationen des öffentlichen Gesundheitswesens erweist sich die Mithilfe ehemaliger Kolloquiumsteilnehmer als Schlüsselpersonen begrüßenswert stark.

Durch pädagogisch-medizinische Kolloquien wird das Verständnis zwischen *Heil-* und *Erziehungsberufen* vertieft.

Aus den Urteilen der Lehrer geht auch eine Einschätzung jener Aktivität hervor, die bei Schülern bzw. Eltern auf die Impulse der Lehrer folgt:

Bei ihren Schülern	Reaktionsform	Bei den Schülereitern
34%	Aktivität	26%
53%	Interesse	17%
13%	Passivität	57%

Abbildung 5: Vorherrschende Reaktionsform auf gesundheitserzieherische Impulse bei Schülern bzw. Schülereitern. (Zusammengestellt nach 83 Erfahrungsberichten ehemaliger Teilnehmer.)

Von 83 Lehrern, die etwa 3000 Schüler in ihren Klassen unterrichten und auch über die Reaktionsweise der Eltern ein annäherndes Urteil abgeben können, erhielten wir die in der Abbildung zusammengefaßten Angaben. Die Urteile sind akzentuierend zusammengefaßt aus Bemerkungen, die nicht in Kategorien abgegeben wurden. Demnach reagiert das Gros der beurteilten Schüler mit *Interesse* auf Anregungen des Lehrers, z. B. gesündere Zusammensetzung des Frühstückes, vermehrte gymnastische Übungen, bessere Körperhygiene usw. Ein Drittel neigt sogar zur eigenen *Aktivität* und erweitert spontan den Kreis positiver gesundheitlicher Verhaltensweisen.

Während nur 13% der Lehrer ihre Schüler als *passiv* bezeichnen, tun dies

jedoch 57% (!) im Hinblick auf die *Elternschaft*. Mangelnde *Interessiertheit der Eltern an gesundheitlichen Fragen ist bedauernd stark und wird in Einzelgesprächen allerorten beklagt*.

Lediglich zu einem Viertel werden Eltern als aktiv beurteilt.

Für die gesundheitserzieherische Arbeit eines Landesentrums sind solche Vorerhebungen Anhaltspunkte bei Planungen aller Art. – Auf Aussagen der *Schule* als Informationsquelle fußt übrigens nach *H. Keller* eine der ersten empirischen Social-Surveys, den Booth, ein reicher Liverpooleser Reeder über die Armut der Industriearbeiter um 1900 anstellte.

Erfreulich, daß in der Lehrerumfrage *etwa 75% den Wunsch nach weiteren Fortbildungsveranstaltungen in Gesundheitserziehung nachdrücklich äußern*. Handbücher, wie das eben vorgelegte aus dem Zürcher Orell Füssli Verlag, werden dabei sehr förderlich sein; sie fehlten bisher.

Welche Wirkung haben Kontaktmedien in der gesundheitserzieherischen Öffentlichkeitsarbeit?

IV. Kontaktmedien im Urteil der Bevölkerung

Während die *Inhalte* der Gesundheitserziehung wechseln, die *Medien* sich wandeln und die *Motive* sich ändern, wie auch die gesamte Lebenssituation, so bleibt der *Kontakt* stets ein gesundheitserzieherisches Zentralproblem. Damit ist Gesundheitserziehung auch stets ein eminent *pädagogisch-psychologisches Problem*, was – zur Freude des Referenten – von sozialmedizinisch interessierten Ärzten – auch dank der Impulse der WHO – mehr und mehr erkannt wird. Im Rahmen der «Bedeutungserweiterung der modernen Medizin» werden gesundheitserzieherische Einsatzformen legitim, z.B. die Vorsorgeberatung des Einzelnen, aber auch der *Vortrag* vor einer Gruppe: Schüler, Eltern, Betriebsangehörige u.a.m.

Zum besonderen Problem wird der *Kontakt*, wenn über Individuum und Gruppe hinaus *zur Bevölkerung gesprochen* werden muß und mehr als nur Information erstrebt wird. Dem gelten die weiteren Ausführungen:

Im Rahmen ausgedehnter Umwerbung der Bevölkerung zur *Schluckimpfung* sollte geprüft werden, wie nach dem Urteil einer zu befragenden Repräsentativgruppe 2000 hessischer Familien der vielseitige Einsatz von Medien nun wirklich kontaktstiftend gewirkt hat.

Medien gesundheitserzieherischer Öffentlichkeitsarbeit

(Zusammenfassung von Befragungs-Teilergebnissen nach der Polio-Schluckimpfung 2 in Hessen, soweit sie die Impfwerbung betreffen.)

Als Erstinformation über Bedeutung und Zweck der Schluckimpfung hat sich die *Presse* am besten bewährt, besonders in mittelgroßen Städten, am zweithäufigsten in Großstädten; aber auch noch in Kleinstädten steht sie vor jedem

anderen Medium. – Erst in Orten unter 3000 Einwohnern wird das *Merkblatt* etwas häufiger als Informationsquelle genannt. Das zweithäufigst genannte Medium war der *Rundfunk*, dem besonders in der Großstadt, aber auch noch in Kleinstädten und Dörfern eine gebührende Rolle als Unterrichtsmittel zukommt. In der mittelgroßen Stadt allerdings wurde er nur von 12,8% der Befragten als Erstinformationsquelle genannt.

	A Information über Bedeutung und Zweck		B Information über Termin und Ort		C Wie sollte künftig benachrichtigt werden?	
Orte über 100 000 Einwohner	Zeitung	37,7	Zeitung	35,6	Zeitung	30,3
	Rundfunk	26,7	Plakat	30,5	Plakat	20,6
	Fernsehen	13,1	Anschlag	11,3	Postwurf	11,2
	Merkblatt	11,0	Dienststelle	7,0	Rundfunk	10,6
	Postwurf	7,3	Bekannte	5,9	Anschlag	7,5
Orte von 10 000 bis 100 000 Einwohner	Zeitung	48,7	Zeitung	61,5	Zeitung	55,6
	Merkblatt	14,1	Schule	10,3	Postwurf	12,6
	Rundfunk	12,8	Anschlag	9,0	Merkblatt	6,1
	Postwurf	9,0	Bekannte	5,2	Rundfunk	5,0
	Fernsehen	6,4	Postwurf	3,8	Dienststelle	4,2
Orte von 3000 bis 10 000 Einwohner	Zeitung	30,4	Zeitung	29,2	Zeitung	25,3
	Rundfunk	23,6	Plakat	18,3	Plakat	18,0
	Postwurf	15,5	Anschlag	14,2	Postwurf	13,8
	Merkblatt	14,1	Bekannte	10,4	Anschlag	10,0
	Fernsehen	11,6	Ortsfunk	9,6	Ortsfunk	8,1
Orte bis 3000 Einwohner	Merkblatt	27,8	Anschlag	65,4	Anschlag	57,2
	Zeitung	26,2	Plakat	17,7	Plakat	14,2
	Rundfunk	22,2	Schule	6,5	Merkblatt	7,5
	Fernsehen	11,9	Dienststelle	2,8	Zeitung	3,6
	Postwurf	5,4	Ortsfunk	2,8	Rundfunk	3,1

Abbildung 6: Informationsmedien zur Schluckimpfung
Rangfolge der Medien in den 4 unterschiedenen Ortsgrößenklassen. Alle Angaben sind in Prozent der Gesamtnennungszahl angegeben.
Befragte Haushaltungen: 2279
Daten aus der Zusatzerhebung zum Mikrozensus 1963 in Hessen, durchgeführt vom Statistischen Landesamt.

An dritter Stelle steht das *Merkblatt*, dem man auf dem Dorf ganz besondere Aufmerksamkeit entgegenbrachte, während es in kleinen und mittelgroßen Städten jeweils 14% der Befragten zur Aufklärung diente, in der Großstadt nur 11%.

Das *Fernsehen* findet insgesamt an 4. Stelle Beachtung, und zwar in Großstadt, Kleinstadt und Dorf fast gleichermaßen (12% der Nennungen). (Auch hier wie beim Rundfunk bilden die Städte von 10 000 bis 100 000 Einwohnern eine Ausnahme, indem nur 6,4% der Befragten ihre Information über die Schluckimpfung durch das Fernsehen erhalten haben.)

Die *Postwurfsendung* steht an 5. Stelle in der Häufigkeit, und zwar erreichte sie in der Kleinstadt als Aufklärungsmittel 15,5% unserer Stichprobe.

Den übrigen Publikationsmitteln kam für die Aufklärung nur eine sehr beschränkte Bedeutung zu; das gilt für Anschläge, Plakate, Ortsfunk, Ortschaftschelle (!) und Schule.

Für die direkte Benachrichtigung über den Termin der Schluckimpfung eignete sich nach Angaben der Befragten insgesamt gesehen der *Anschlag am besten*. An 2. Stelle steht die *Zeitung* und an 3. Stelle das *Plakat*. Betrachtet man die Ortsgrößenklassen, so verschiebt sich das Bild:

Der Anschlag führt nur in Orten unter 3000 Einwohnern (65% der Nennungen), während in der Großstadt Presse und Plakat und in der mittelgroßen Stadt die Zeitungen sehr stark (61%) dominierten. In der Kleinstadt wurde die direkte Information zum größten Teil aus der Presse entnommen, in 2. Linie noch von Plakaten, in 3. Linie evtl. noch von Anschlägen (14%). *Schule*, Ortsfunk, Ortschaftschelle und Postwurfsendungen wurden jeweils nicht häufiger als von 9% der Befragten als Terminübermittler angegeben.

Die Frage, wie man künftig eine Schluckimpfung bekanntmachen sollte, entspricht denen der direkten Benachrichtigung über Termin und Ort der Impfung. Wahrscheinlich werden die Medien, durch die man selbst bisher unterrichtet wurde, auch für künftige Benachrichtigungen empfohlen.

V. Studien über das Telefon als Medium

In der Praxis gesundheitlicher Öffentlichkeitsarbeit versuchten wir, das *Telefon* methodisch nutzbar zu machen. (In der Stotterer-Therapie baute ich früher den telefonischen Anruf als Therapiehilfe ein. Seit einiger Zeit ist bekannt, wie selbst die Suizidprophylaxe ihr schwieriges Unterfangen (13 Großstädte der BRD mit Telefon-Seelsorge!) international erfolgreich meistert.

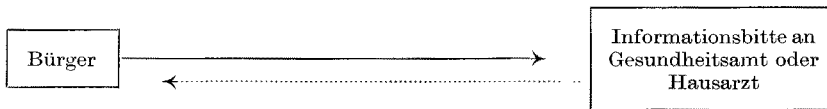
Horst Wrage (Hannover) hat geschickt die Berechtigung der *dialogischen Leidenshilfe* (n. Gustav Bally) gezeigt (ÄM, 60. Jgg./Heft 1, S. 18 bis 20/5. Januar 1963). Nun greift die Bevölkerung von sich aus heute aber durchaus nicht nur in *Leidens-Situationen* zum Telefon; mit dem *Heraufziehen der präventiven Medizin wird auch telefonisch Auskunft zur Gesundheitsvorsorge gesucht*. Gelegentlich geschieht dies so *massiert* – z. B. bei Explosivimpfaktionen (Polio) – daß freipraktizierende Ärzte und Gesundheitsamt von der «*dialogischen Vorsorgehilfe per Telefon*» zeitlich überfordert sind. Ein starker Anteil von Fragen betrifft zudem stets gleiche Sachverhalte, oft nur Termin- und Ortsangaben. Wir versuchten, aus der Not die Tugend zu machen.

Wir können vier verschiedene *Situationstypen* telefonischer Kontakte unterscheiden:

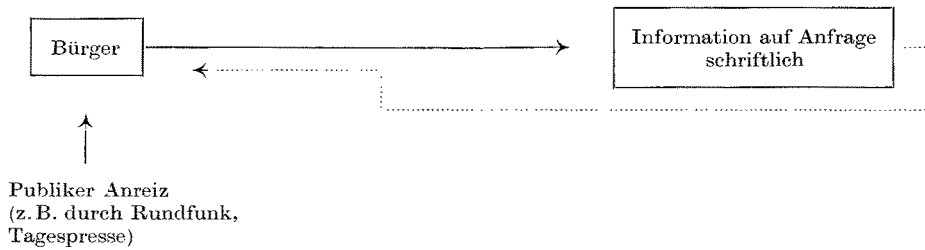
Situationscharakteristika vier telefonischer Kontaktformen

1. Spontane Anfrage

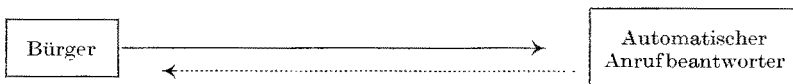
geläufiger Normalfall (Sonderfall: z. B. Telefonseelsorge)



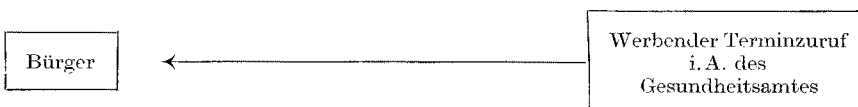
2. Stimulierte Anfrage



3. Stimuliertes Anhören



4. Passives Anhören



Das Aktivitätszentrum ist verschieden gelagert. Möglichkeiten bestehen von spontaner Aktivität des Bürgers – Fall 1 – bis zum passiven Anhören einer Nachricht – Fall 4 –.

Hier interessieren nun Befunde zum Fall 2, 3 und 4, wie sie sich bei unserer gesundheitserzieherischen Praxis ergeben:

a) Der ärztliche Telefon-Beantwortungsdienst (Fall 2)

Unter Wiesbaden, Tel.-Nr. 370707, wurde während der Polioimpfaktion 2 1963 ein Auskunftsdienst der Gesundheitsabteilung des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen eingerichtet und durch Presse und Funk publik gemacht. Der Anrufer erhielt brieflich die Arztantwort auf seine Anfrage. In 21 Tagen wurde 435 mal angerufen, wiederum anfangs weit häufiger als gegen Ende der Impfaktion.

(Psychologisch interessant ist die Beobachtung des das Tonband auswertenden Arztes im Wiesbadener Ministerium, daß mancher Anrufer vom ultimativen Stil einer 30-Sekunden-Fragezeit anbietenden Automatik befremdet worden sei und die Sprechschwelle plötzlich nicht zu überwinden vermochte.)

Durch die notwendige Löschung und Wiederverwendung der Fragebänder ist nur ein Bruchstück von 80 Anrufen inhaltlich erfaßbar geworden. Die 80 Anfragen stellen insgesamt *113 Einzelfragen*. Von den Personen sind 42 weiblich und 38 männlich; der Löwenanteil rief aus dem Wiesbadener und Frankfurter Ballungsraum an. Bei der Auslegung der Frage-Inhalte muß bedacht werden, daß die Anrufer keinesfalls als repräsentativ für die Bevölkerung gelten können.

Inhaltliche Aufgliederung der Fragen des telefonischen Auskunftsdienstes

1. Akzent:	Impfung als solche (bei Gesunden)	33,6%
	Spray-Probleme	
	Salk-Sabin-Relationen	
	Typ I – Typ II – Relationen	
2. Akzent:	Individuelle Impf-Disposition	46,0%
	Chron. Erkrankung als Impfhindernis	
	Gravidität (11)	
	Stillzeit (8)	
	Akute Indisposition (Erkältung usw.)	
3. Akzent:	Termin-Unklarheiten	18,6%
	Nachzüglertermin?	
	Lokaler Termin?	
	Zusätzlich indifferente Fragen (2)	
	(n = 113 telefonisch gestellte Einzelfragen)	

Auffällig in der Kategorie der spezifisch persönlichen Fragen ist die *Zahl junger Mütter und Schwangerer* (Medikamentenfurcht?). Sehr berechtigt sind ebenso die besondere Dispositionsfrage betreffenden Anfragen bei akuten oder chronischen Leiden.

Organisatorisch ist bedeutsam, daß 38 Fragen solche Sachverhalte betreffen, die in der Propagierung deutlich enthalten sind. 21 Anfragen gelten Terminen, besonders Nachzüglerterminen. Dies verstärkt die spontane Mitteilung; es würde oft viel, auch *sehr viel gefragt, Dinge, die längst in den Ankündigungen gestanden hatten* und eigentlich allgemein bekannt sein mußten. (So urteilen Gesundheitsämter und Ärzte!)

Gerade letztgenannte zwei Gruppen (1. Akzent und 3. Akzent auf der Seite 18) *legen dringend nahe, so stark als möglich über die Impfung generell wie auch über Ort, Termin und Nachtermin zu informieren.*

Mit gewisser Vorsicht darf man vermuten, daß auch sonst telefonische Anrufe bei Ärzten etwa zu 50% Fragen nichtindividueller Bedeutung sind, also durchaus mit den üblichen Informationsmedien hätten beantwortet werden können.

Die Vorsicht der Bevölkerung bezüglich der Sprayung der Impfviren (Infektionsangst?) ist als stark emotional korrelierender Tatbestand auch bemerkenswert!

b) Der automatische Anrufbeantworter (Fall 3)

1963 gab die hessische Presse bekannt, daß bei der bevorstehenden Polio-Impfkampagne die Bevölkerung telefonisch *Auskunft zu Fragen der Schluckimpfung* hören könne. (Vgl. OP v. 12.5.63 wie auch Pressenotiz 27/63 des HMfAVG vom 15.3.63.) Es war m.W. die erste Telefonkampagne in einem Land der BR Deutschland.

(«Ernährungs-Erziehung über das Telefon» durch Ansage von täglichem Menüzettel für tschechische Familien versucht *C. Adamec* [International Jour. of Health Ed. – Bd. III. 1960, Nr.4].)

In Hessen wurde in 5 Städten in gleichen Zeiträumen erzielt:

1963, Ansage zur Polio-2-Aktion: 15 275 Anrufe
1964, Ansage zur Polio-3-Aktion: 26 493 Anrufe.

Während die Impfbeteiligung bei Polio 2 und 3 ziemlich gleich groß blieb, erhöhte sich die Frequentierung des telefonischen Antwortdienstes um etwa 75%.

Die Steigerung betraf unter den 5 Städten besonders die Großstadt Frankfurt, die methodisch besonders schwierig ist. *Vermutlich ist gerade das Telefon als Medium für den in der Masse «einsamen» Großstädter erfolgreich.* Das Bekanntmachen der Anrufmöglichkeit ist verständlicherweise von hoher Wirkung auf die Anruhfahlen.

In Marburg (siehe Abb. 7) konnte bei Polio-2-Impfaktion im Jahre 1963

durch wiederkehrende Annoncierung der Impf-Auskunfts-Telefonnummer in der Lokalzeitung erreicht werden, daß gemessen an der Zahl der Fernsprechan-schlüsse 42,9% Auskunfts-anrufe = 2212 Anrufe erfolgten.

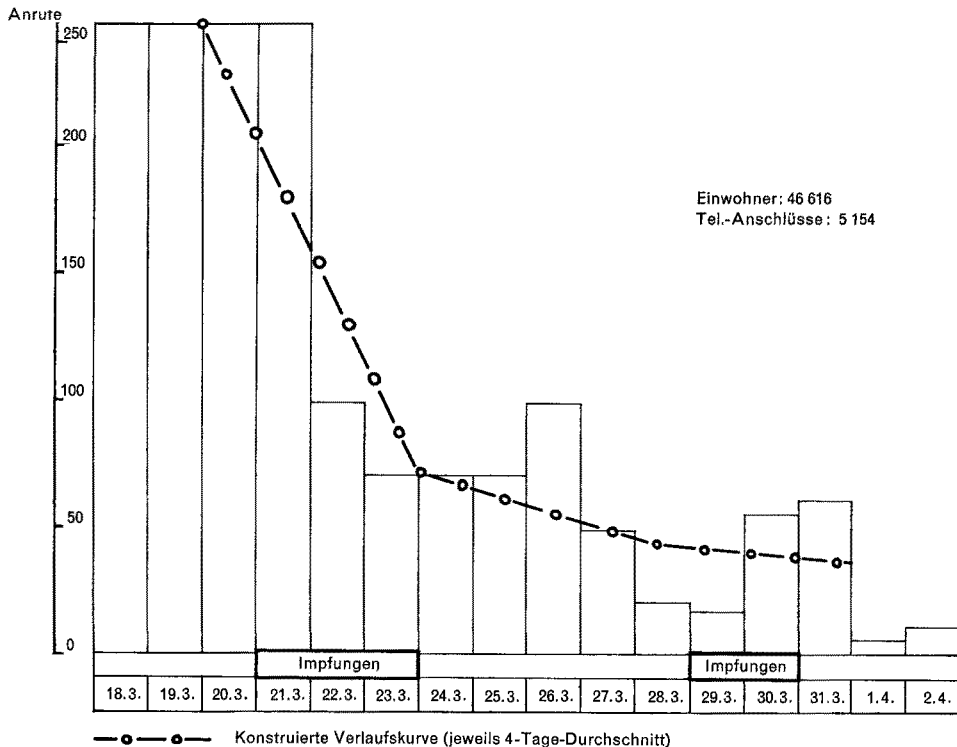


Abbildung 7: Anruhzahlen der telefonischen Sonderansage «Polioschluckimpfung» in Marburg-Stadt
Die strichpunktierte Kurve gibt einen jeweiligen 4-Tage-Durchschnitt an. (Die Angaben für die Tage 1 bis 4 sowie 6 bis 8 wurden leider nur summiert erfaßt.)

Weit vor dem eigentlichen Vorsorgeakt (Impfung) wird von der Impfinformation der regste Gebrauch gemacht. Interessant ist der Wiederaufstieg nach den einzelnen «Akten» einer Impfkampagne, was evtl. auf sozialer Induktion durch Impfteilnehmer beruht.

Kürzlich lief ein telefonischer Anrufdienst in Kassel anläßlich der Röntgen-Schirmbild-Untersuchung mit 3555 Anrufen in 28 Tagen.

Die Studie kann uns zeigen:

- a) Von der Möglichkeit eines automatischen telefonischen Anrufdienstes wird Gebrauch gemacht.
- b) Das Interesse ist speziell im Anfang sehr rege. Es hängt intensitätsmäßig von der Art der Bekanntmachung ab.
- c) Für die Großstädte scheint die Methode besonders geeignet.

c) Werbender Terminzuruf (Fall 4)

Nach Vorversuchen starteten wir dem Situationstyp Fall 4 entsprechend 1963 eine Medien-Bewährungsprobe (Anstoß durch Terminzuruf). Von insgesamt 781 Anschlußinhabern wurde eine 50%ige Zufallsgruppe telefonisch auf Ort und Termin der Röntgen-Schirmbild-Untersuchung aufmerksam gemacht. Von 388 Nichtangerufenen wurden 184 Besuche des Schirmbildwagens von Anschlußinhabern nachgewiesen, von 393 Angerufenen dagegen fanden sich 199 Personen in der Kartei des Schirmbildwagens.

Die bestehende *Beziehung zwischen Anrufimpuls zur Teilnahme und der Teilnahme selbst erweist sich demnach als fast Null*, was anfangs keineswegs bekannt war!

Die Kenntnis dieses Sachverhaltes ermöglicht künftighin ökonomisch zu verfahren und auf die spezielle Ansprache von Anschlußinhabern zu verzichten. Offenbar ist das Telefon als Medium *geeignet*, wenn es aus spontanem oder induziertem Impuls heraus zur Information von der Bevölkerung benutzt wird.

VI. Elternblätter als gesundheitserzieherische Medien

Zu verschiedenen Schwerpunktthemen der Jugendgesundheit werden mit hoher Auflage Informationsblätter über alle Schulen des Landes gestreut. Dies geschieht mehrfach jährlich. Zur Verstärkung der Wirksamkeit bauen wir Umfragen, Kreuzworträtsel usw. mit Preisgewinnen ein. 1962 forderte das Elternblatt zu einem vorbeugenden Zahnarztbesuch auf. Es erfolgten 32 000 Einsendungen, die (wie eine frühere Aktion zur Impfwerbung mit 36 000 Einsendungen) statistisch durch eine 10%ige Stichprobe analysiert wurden. Dabei ergeben sich Aufschlüsse über Verteilungen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnortgröße u. a. m.

Zugleich befragten wir die Zahnärzteschaft u. a. über die Auswirkungen solcher *Elternblatt*-Aktionen:

Von 1412 hessischen Zahnärzten, das sind 49% der 2893 zur damaligen Zeit praktizierenden Zahnärzte, äußerten sich zu der Frage nach einem vermehrten Besuch von Kinderpatienten nach der im Vorjahre (1961) durchgeführten ähnlichen Elternblattaktion die meisten positiv. Sie beurteilten die Frequentierung ihrer Praxis durch Kinderpatienten in den Monaten nach der Aktion folgendermaßen:

Keine Erhöhung des Besuches von Kinderpatienten	43%
Mäßige Erhöhung des Besuches von Kinderpatienten	42%
Starke Erhöhung des Besuches von Kinderpatienten	11%.

(Als Vergleichsmaßstab wurden die entsprechenden Monate des Vorjahres erbeten.)

Mithin haben 53% der urteilenden Zahnärzte eine mäßige bis starke Erhöhung angegeben, deren Ursache in der Aktion «SOS-Kinderzahn» zu suchen sein dürfte, wäre die für die 1962er Aktion gefundene Datum-Kurve des Arztbesuches nahelegt.

Aus weiteren Fragen der Erhebung, besonders aber aus den in 23% aller Fälle zusätzlichen persönlichen Bemerkungen der Zahnärzte geht hervor, daß unsere Annahme durch Einzelbeobachtungen der Zahnärzte durchaus gestützt wird. (*Eine ausführliche Darlegung der Zahnärzdebefragung, wie auch der Analyse der Zahnaktion unter der Jugend selbst, steht Anfang 1965 in der Zeitschrift «Der hessische Zahnarzt» bevor.*)

Warum bleiben manche Leute den Maßnahmen öffentlicher Gesundheitsvorsorge fern?

VII. Gründe für die Nichtteilnahme an freiwilligen Schirmbild-Reihen-Untersuchungen

Tuberkulose ist zwar unbesiegt, aber das Interesse der Bevölkerung an der Vorsorge gering. – Unmittelbar nach dem Ende eines Schirmbild-Termins wurde mittels mündlicher Befragung nach den Gründen des Fernbleibens in einer hessischen Kleinstadt geforscht (Vorstudie).

Von insgesamt 98 in ihren Wohnungen aufgesuchten und wegen der Nichtteilnahme interviewten Personen geben 92 Antwort auf die Frage nach der Nichtteilnahme. Es erfolgen insgesamt 111 Nennungen, auf die in der Tabelle auf S. 391 bezogen wird (Abb. 8).

Die Gründe für die Nichtteilnahme lassen sich gruppieren. Zunächst sind Ortsabwesende oder solche, die *im Betrieb oder durch jährliche Pflichtuntersuchung anderweitig unter Röntgenkontrolle stehen* (insgesamt 25).

Die Aussagewahrhaftigkeit dieser Gruppe kann durch die Tatsache gestützt werden, daß im Verlauf des Interviews glaubhafte Angaben über frühere Teilnahme an Röntgen-Untersuchungen eruiert wurden. Weiterhin dürften die *Gehbehinderten* bzw. *Erkrankten* der Erfassung wirklich entzogen gewesen sein (11). Unter der verbleibenden Anzahl von angegebenen Verhinderungsgründen dominiert eindeutig das Argument, *«keine Zeit»* wegen Unabkömmlichkeit durch Berufsarbeit gehabt zu haben (23 Nennungen). Das durchschnittliche Alter der hiermit erfaßten 21 Personen liegt bei 45 Jahren, also im Stadium vollsten Arbeitseinsatzes. Der Durchschnitt beim Gesamtmaterial liegt bei 55 Jahren, also 10 Jahre höher!

Die eigentlich Uneinsichtigen rekrutieren sich aus den bequemen Interesselosen («keine Lust» 12!) sowie jenen, die angeben, eigenem Urteil nach «gesund» zu sein. Hier scheint ein psychologischer Schwerpunkt und zugleich eine methodische Schwierigkeit der Schirmbildpropaganda bzw. der Tuberkulosebekämpfung generell zu liegen, wobei exakte Motivanalysen weiterführen könnten.

Gründe	Anzahl der Nennungen	
Anderweitig an RRU beteiligt	23	25
Nicht ortsansässig	2	
Mängel in Organisation bzw. Bekanntmachung	5	8
Vergessen	3	
Keine Zeit (Arbeit)	23	44
Krank oder gehbehindert	11	
Schwanger	1	
Zu alt	9	
Glaubt sich gesund	15	34
Ist zu bequem (keine Lust)	12	
Zwecklos	1	
Keine Antwort	6	
Nennungen insgesamt	111	111

Abbildung 8: Gründe für die Nichtteilnahme an der freiwilligen und kostenlosen Röntgenschirmbildaktion
Zahlen in absoluten Werten einer kleinen Testbefragung von 98 Personen.

Die Schmerzlosigkeit bzw. Symptomarmut im Frühstadium des Tbc-Infektes ergibt gesundheitserzieherische Schwierigkeiten, wie sie bei sensationellerem Geschehen, z. B. Herz-Erkrankungen, Unfällen usw., überhaupt kaum möglich sind. (In dieser Beziehung darf sogar an eine gewisse psychologische Gleichartigkeit in Tbc- und Krebs-Frühbekämpfung gedacht werden!)

Auffällig gering scheint der Zweifel an der medizinischen Richtigkeit zu sein: «Zwecklosigkeit» tritt nur einmal als genannter Grund zur Nichtteilnahme auf. Die Argumentation «zu alt» zu sein, erscheint 9mal meist bei Personen über 70 Jahren. Dies deckt sich mit der amerikanischen Beobachtung (SOPHE-Report, Arbeiten von Galihier und Wright sowie Hoyt u. a. m.), daß fälschlich im Bewußtsein der Bevölkerung eine obere Altersgrenze, etwa analog des rentenfähigen Alters, etwa 65, angenommen wird. (Durch «Alten-Vortrags-Vormittage» hob sich die örtliche Frequentierung!)

Methodisch interessant ist nicht zuletzt, daß insgesamt 8 Nennungen der eigenen bzw. fremden «methodischen Panne» gelten. Hiermit ist die lücken-

hafte Information (5) von seiten der Werbung (Bürgermeisteransage, Postwurf o. a.) wie auch die eigene Vergeßlichkeit (3) gemeint.

Die Vergeßlichkeit scheint sich ebenfalls auf alte Menschen (immer über 65 Jahre) zu konzentrieren, was für die Informationsmethodik wichtig sein könnte.

Ein «Schweigen», also die *Nichtangabe von Gründen* auf die Frage nach Nichtteilnahme erfolgt *ausschließlich von Männern*, was an größerem Material untersucht werden könnte.

Zusammenfassend kann formuliert werden, daß von der durch Röntgen-Reihenuntersuchung nicht erfaßten Population etwa ein Viertel auf andere Weise dennoch der Röntgenüberwachung zufließt; ein zweites Viertel bewußt aus Uneinsichtigkeit und Bequemlichkeit fernbleibt, also sich passiv verhält, während die Hälfte willig ist, aber einerseits durch den Brotverdienst ferngehalten wird und sich «keine Zeit» für gesundheitliche Vorsorge nimmt, andererseits Krankheit, Alter oder Behinderung vorliegen. –

Schon 1958 stellt *IfD Allensbach* in Hessen fest, daß es in der Gesundheits-erziehung einer psychologisch wirksamen Ansprache besonders der «Nachlässigen» bedarf. *Echte Gegnerschaft ist weit seltener als Abhaltung, Unkenntnis und Vergeßlichkeit*, was etwa für die Hälfte aller Nichtteilnehmer zutrifft; Gesundheitserziehung hat hier ein reiches Aufgabengebiet.

Die Auswertung der Interviews bleibt in ihren Ergebnissen bezogen auf die Population eines kleinen hessischen Landstädtchens (Reichensachsen) mit handwerklich-bäuerlicher und Arbeiterbevölkerung.

Die Nichtteilnahme an einer anderen allgemeinen Vorsorgemaßnahme (Polio-Schluckimpfung) soll nun besprochen werden.

VIII. Gründe für die Nichtteilnahme an der freiwilligen Polio-Schluckimpfung

Der in der ganzen Bundesrepublik Deutschland bemerkbare starke *Beteiligungsrückgang von Polio-1 zu Polio-2* ließ bei der notwendig folgenden 3. Impfung weiteres Absinken befürchten. Wir benutzten deshalb die Ergebnisse von *Probe-Befragungen in Impflokalen* sowie einen *Vortest*, um im Bundesland Hessen im Oktober 1963 als Zusatzerhebung zum routinemäßigen *Mikrozensus* des Statistischen Landesamtes 2279 Haushalte zu befragen. (Methodisches bleibt hier unbesprochen, jedoch unter Hinweis auf die Darlegungen von *Jahn und Lundt*, Nr. 18, Lit. Verz. S. 113 ff.)

Als Sachverhalte sollen im Hinblick auf die Polio-Schluckimpfung hier nur Beweggründe für die *Teilnahme* bzw. *Nichtteilnahme* interessieren:

Unter den Geimpften gaben nur 57,1% an, von Anfang an die Absicht der Teilnahme gehabt zu haben. 27,7% erwiesen sich dagegen als manipulierbar. Ebenso «wackelig» scheint aber auch der Teilnahmeentschluß bei vielen Nichtgeimpften ursprünglich gewesen zu sein: 37,8% der 883 Nichtgeimpften hatten ursprünglich die Absicht, teilzunehmen, sind aber dann ferngeblieben, vgl. Abb. 9.

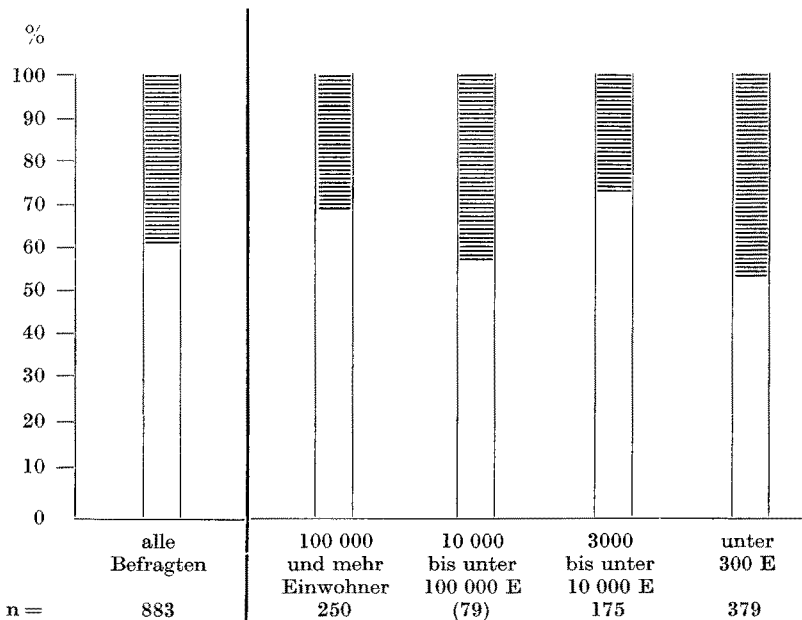


Abbildung 9: Ursprüngliche Teilnahme-Absicht an der Schluckimpfung 2

Frage: Bestand ursprünglich die Absicht zur Teilnahme an der Schluckimpfung? (Nur Nichtteilnehmer)

Als Fernbleibgründe wurden bei den befragten 883 Personen gefunden:

Alter	59,3%
Indisponiert (Krankheit oder Gravidität)	17,1%
Gegeneinstellung und Interessenlosigkeit	12,4%
Zeitmangel und Versäumnis	8,2%
	<hr/>
	S. 100 %

Obwohl die Untersuchungen über Schirmbild-Teilnahme und Polio-Impfteilnahme völlig getrennt stattfanden und die Ergebnisse spezifisch ganz anderen Situationen entsprechen, könnte man für die gesundheitserzieherische Öffentlichkeitsarbeit folgern:

In der den öffentlichen Gesundheitsanliegen nicht folgenden Population wäre ein wesentlicher Teil durch bessere Information und Werbung doch zur Teilnahme zu bewegen.

Im Heer der Nichtteilnehmer sind mehr oder minder stark vertreten:

1. *Echt Verhinderte* (z. B. Abwesende; Kranke, zu Alte, Hochschwängere u. a.)
2. *Uninteressierte* (Fatalisten)
3. *Gegner* (Voreingenommene)
4. *Schlecht Informierte* (Tatsache, Ort und Zeit der Maßnahme übersehen; Versäumer durch Organisationsmängel)

Auf eine in Einzelheiten führende korrelationsstatistische Analyse kann hier nicht eingegangen werden, aber als aufschlußreich bezüglich des *Angst*-Faktors darf hier die Beantwortung folgender Frage gewertet werden:

Wären Sie oder Ihre Angehörigen genau so gern zur Impfung gegangen, wenn der Impfstoff in *den Arm* gespritzt worden wäre?

Die Antworten sind graphisch veranschaulicht in der folgenden Abbildung:

- Aufgliederung nach Ortsgrößenklassen:*
1. Säule 100 000 E.u.m. 100% = 662
 2. Säule 10 000 bis unter 100 000 E. 100% = 205
 3. Säule 3000 bis unter 10 000 E. 100% = 481
 4. Säule unter 3000 E. 100% = 931

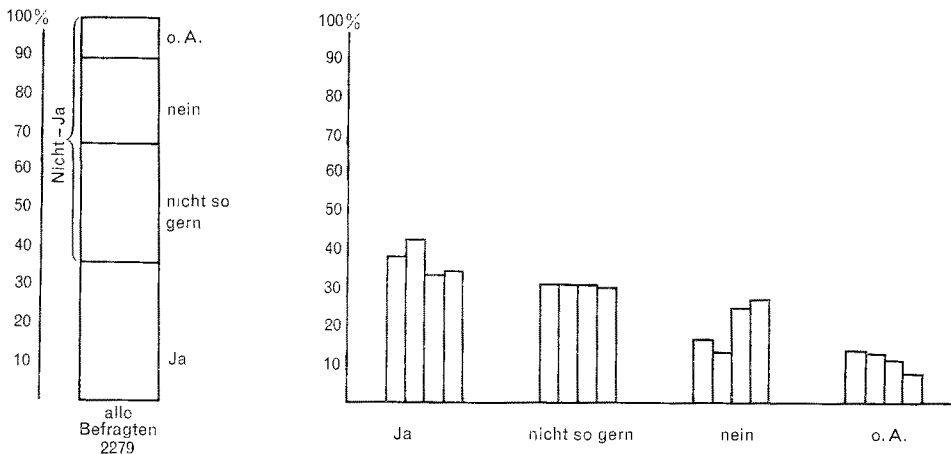


Abbildung 10: Befragung über Impfmodus

Mithin sind 64% (d. h. alle Nicht-Ja-Sager) doch sehr dankbar für den *oralen* Modus der Impfung. Es entsteht angesichts dieser Vorliebe für's Schlucken» die gesundheitserzieherische Überlegung, *wie die Injektion als vielfach unumgänglicher Impfmodus volkstümlich erhalten werden kann*. Jedenfalls lugt das menschliche Phänomen *Angst*, das bei Befragung und Erhebung oft dem empirischen Zugriff entgleitet, hier hervor (und an vielen anderen Plätzen der Gesundheitserziehung sicherlich auch).

Für eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse unserer Feldstudien mangelt es hier nicht nur an Zeit, sie wäre grundsätzlich fraglich: Wenn

über den pragmatischen Wert hinaus etwas diskussionswert sein könnte, dann die Art des methodischen Zugriffes oder die Wahl bestimmter Studienobjekte im Felde der Gesundheitserziehung. Der Gültigkeitsanspruch vorgelegter Ergebnisse ist eng beschränkt.

Die Feldstudien haben zunächst ihr Ziel erreicht, wenn sie bestimmte praktische Schritte in der Gesundheitserziehung künftig besser zu gehen gestatten und den Blick für vorhandene Probleme schärfen.

Literaturhinweise durch den Autor:

Dr. W.-D. v. Freytag-Loringhoven, Wissenschaftlicher Leiter der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung, 355 Marburg an der Lahn, Nikolaistraße – Ecke Kirchplatz

Was kann die Schule zur Gesundheitserziehung beitragen?

H. P. Müller

Zusammenfassung

Die Schule beeinflußt die Schüler auf zwei Ebenen: auf der Ebene des Wissenserwerbs und auf der Ebene des Verhaltens. Auf beiden ist Erziehung zur Gesundheit möglich. Die Gesundheitserziehung kann übergreifendes Prinzip des Unterrichts sein, die Gewöhnung an gesundes Verhalten Mittel der Beeinflussung. Diese Möglichkeiten werden aber nicht verwirklicht. Gründe: allgemein menschliches Versagen, Mangel an folgerichtiger Denken und Handeln und vor allem die oft unbewußt wirkende Überzeugung, Gesundheit sei nicht das oberste Ziel der Erziehung, sondern der bürgerlichen Tüchtigkeit, der vollendeten Frömmigkeit, der intellektuellen oder künstlerischen Höchstleistung, der vollkommenen Sittlichkeit untergeordnet. So wird die Gesundheitserziehung abgewertet, man begegnet ihren Forderungen mit einem «Ja, aber» und schließt faule Kompromisse. Die Erkenntnis aber, daß Gesundheit nicht oberstes Ziel des Lebens, sondern wertvolles Mittel zur Verwirklichung höherer Ziele darstellt, verhilft erst dazu, der Gesundheitserziehung das Ausmaß wirklich einzuräumen, das sie verdient.

Résumé

L'école influence les élèves sur deux plans: sur le plan intellectuel et sur le plan social. Selon les deux plans, il est possible d'élever les jeunes gens vers l'idée obligeante de mener une vie saine. Les thèmes de l'hygiène peuvent devenir un principe de l'instruction, et en organisant la vie scolaire selon les exigences de la science de l'hygiène, on peut diriger l'élève vers la santé et développer le sens pour la santé. Mais ces possibilités ne sont guère réalisées. Causes: maladroite, inconséquence et, surtout, la conviction souvent inavouée que la santé n'est pas le but suprême de l'éducation et que d'autres buts sont plus dignes. C'est pourquoi que l'on répond aux exigences de la science hygiénique par un «oui, mais . . .». Celui qui a reconnu que la santé n'est pas le but suprême de l'éducation, mais un moyen très digne contribuant à réaliser les buts suprêmes, accordera à la science de l'hygiène la place considérable qu'elle mérite et ceci sur les deux plans de l'école, soit le plan intellectuel et le plan social.