

Editorial

Grund zu glauben und Grund zu hoffen

O. Jeanneret¹

Unter den Methoden der Präventivmedizin scheint die Gesundheitserziehung bei uns erneut an Interesse zu gewinnen. Dies trifft nicht nur für die direkt betroffenen Berufe des Gesundheitswesens zu, sondern dieses Interesse ist vermehrt auch beim Kliniker zu beobachten.

Wie ist dieses Phänomen zu erklären?

Aufgrund einer Übersicht der neueren Literatur verdienen mindestens drei Erklärungen unsere besondere Aufmerksamkeit.

Erstens beginnt man vielerorts einzusehen, dass die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen – Filteruntersuchungen und vor allem ausführliche Check-ups – teuer zu stehen kommen, betrachtet man ihre wechselnde Wirksamkeit und ihren oft fragwürdigen Nutzen². Besonders in einer Zeit, in der die Kosten des Gesundheitswesens ausser Kontrolle geraten sind, erscheint es verständlich, dass die Entscheidungsträger von den Spezialisten der Prävention, im Rahmen des technisch Möglichen, weniger teure Massnahmen erwarten.

Zweitens drängt sich eine Aufwertung der Gesundheitserziehung auf, wenn man bedenkt, dass viele der Krankheiten unserer Zeit – die Zivilisationskrankheiten (*Schär* [8]) oder Krankheiten eigener Wahl (*Lalonde* [4]) – in ihrer Verursachung vom Verhalten des einzelnen und der Gruppe abhängig sind: ein schädliches Verhalten ist dabei durch ein gesundheitsgerechtes Verhalten zu ersetzen. In diesem Zusammenhang denkt man als erstes an das klassische Modell der Verhaltensmodifikation von *Cartwright* [1], das Veränderungen auf drei Ebenen beinhaltet:

- *kognitive* Veränderungen: was die Leute wissen oder verstehen,
- *affektive* Veränderungen: was die Leute zu tun beabsichtigen,
- *Verhaltensveränderungen*: was die Leute tatsächlich tun.

Die Vorgehensweisen der Gesundheitserziehung stützen sich seit langer Zeit auf dieses Modell der Gesundheitserziehung, und auch in diesem Heft kommt dies in mehreren Artikeln zum Ausdruck (siehe auch die neuliche Arbeit von *M. L. Collis* [2]). Unsere Gesundheitserziehung stellt also bei der Bekämpfung dieser Krankheiten die Methode der Wahl dar.

Drittens ist auf die Konsumentenbewegung («Konsumerismus») und das Konzept der Mitbeteiligung an den Entscheidungsprozessen hinzuweisen, wie sie in letzter Zeit auch in Europa an Bedeutung gewonnen haben. Im Zusammenhang damit stehen die Begriffe der Selbstverwaltung der Gesundheit («autogestion de la santé», WHO [11]), der «Selbstbehandlung» («self care» [5]) und sogar der «Selbstgesundheit» («self-health» [7]), die alle von der Voraussetzung ausgehen, dass die Fachleute der Gesundheit vorerst der Bevölkerung oder den Zielgruppen das entsprechende Wissen zu vermitteln haben. Dies ist um so wichtiger, als davon nicht nur die traditionellen Entscheidungsträger betroffen sind³.

Unter diesem relativ neuen Blickwinkel erscheint es naheliegend, dass die Gesundheitserziehung eine erstrangige Rolle einzunehmen hat, die nur möglich ist, wenn ihr zur richtigen Zeit am richtigen Ort die erforderlichen personellen und technischen Mittel zur Verfügung stehen.

Nun ist die Realität aber weder so einfach noch so eindeutig, und eine nähere Betrachtung drängt sich auf. Vorerst zur sekundären Prävention: es muss in Erinnerung gerufen werden, dass bei Krankheiten wie dem Zervixkarzinom nur die Früherfassung als nützliche Präventivmassnahme in Frage kommt; doch auch hier ist die Erziehung wichtig, müssen die Frauen doch die Gewohnheit annehmen, sich zur Untersuchung einzufinden. Andererseits würde bei Verzicht auf Erziehungsmassnahmen auch gesetzlicher Zwang genügen . . .

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich im Rahmen der Verhaltensbeeinflussung, indem mehrere Autoren darauf hinweisen, wie schwierig der Übergang vom «Tun-Wollen» zum «Tun» ist (siehe z. B. *Kalb* [3]).

Schliesslich steht nicht fest, ob die Anhänger der Selbstbehandlung und gesundheitlichen Selbstverwaltung den Anliegen der Gesundheitserziehung mit Begeisterung und Anerkennung gegenüberstehen werden, wie dies in der Volksrepublik China der Fall zu sein scheint. Im Gegenteil muss – wenigstens im Westen –

¹ Prof. Dr. med., Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève, quai Ernest Ansermet 20, CH-1205 Genève.

² Dabei sei auf zwei Urteile aus grundverschiedenen Quellen hingewiesen: auf die vorsichtigen Schlussfolgerungen der weltbekannten Gruppe der Kaiser-Stiftung [10] und die nuancierte Meinungsäusserung des «Patrons» der französischen Sozialversicherung, Prof. Charles Sournia [9].

³ Ein aufschlussreiches Beispiel über Industriearbeiter stammt aus einem italienischen Beitrag anlässlich der 9. Internationalen Konferenz über Gesundheitserziehung [6].

erwartet werden, dass die Gesundheitserziehung in gewissen Kreisen als neue Form eines medizinischen Imperialismus aufgefasst wird!

Angesichts sowohl dieser Entwicklungen als auch der erwähnten Einwände hat es die Redaktion als angezeigt erachtet, sich dem vielschichtigen Thema der Gesundheitserziehung durch Herausgabe zweier sich ergänzender Hefte eingehend zu widmen⁴. Sollte sich die Übersicht auf Grundlagen und Prinzipien beschränken, oder sollte sie Anwendungen in den Vordergrund stellen? Die Meinungen gingen auseinander. Schliesslich entschloss sich der Hefredaktor, die Seiten der Zeitschrift ebenso sehr der Praxis wie der Theorie zu öffnen, in der Meinung, dass die neueren Erfahrungen sowohl bei unseren Nachbarn als auch in unserem Lande es verdienen, besser bekannt zu werden.

Ein erster Teil betont nun die Prinzipien, aber auch die Kenntnisse und Einstellungen der Bevölkerung gegenüber der Gesundheit, damit in Verbindung stehende Botschaften und Massnahmen sowie die beteiligten Personen. In dieser Optik bedeuten die durch den Soziologen *d'Houtaud* erhobenen Fakten Wasser auf die Mühle der Ausführungen des belgischen Arztes und Spezialisten der Gesundheitserziehung *van Parijs*, des jungen Basler Arztes *H. R. M. Müller*, der in der Schweiz bereits für seine medizin-soziologischen Arbeiten bekannt ist, und von *R. Müller*, Soziologe und Mitarbeiter der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA) in Lausanne. Der Leser wird sodann feststellen, wieweit die Ansichten über die Wirksamkeit der Massenkommunikationsmittel bei den beiden folgenden Autoren *Beaud*, Soziologe an der Universität Lausanne, und *Le Net*, Ingenieur und früherer Delegierter der französischen Kommission für Gesundheitserziehung, auseinandergehen.

Im zweiten Teil wurden mehrere Ärzte gebeten, die Modalitäten der Gesundheitserziehung unter verschiedenen Rahmenbedingungen zu beschreiben: im Rahmen eines präventivmedizinischen Zentrums (*Deschamps*), im Rahmen der Schule (*Ducommun* und *Hazeghi; Abelin* und Mitarbeiter), sowie im Zusammenhang mit der Krankenversicherung (*van Parijs*), wo der sekundären Prävention besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Ein dritter Teil ist schliesslich der Evaluation der Resultate gewidmet und enthält vier Beiträge: denjenigen von *Le Net* (Frankreich), eine Arbeit einer interdisziplinären Gruppe aus Basel (*Erne* und Mitarbeiter), neue Resultate des Arztes und Erziehers *Biener* (Zürich), die alle von höchster Aktualität sind, eingeleitet durch eine Übersicht von *M. Schär* (Zürich), einem der Pioniere der Gesundheitserziehung in der Schweiz.

Am Ende dieses Heftes findet der Leser wertvolle praktische Angaben. Verschiedene internationale und schweizerische Stellen, die sich mit der Gesundheitserziehung befassen, werden vorgestellt, ebenso wie eine Publikationsliste der Weltgesundheitsorganisation (Europäisches Regionalbureau) und ein Bericht von *J. Martin*, einem der wenigen schweizerischen Vertreter an der 9. Internationalen Konferenz für Gesundheitserziehung von 1976 in Ottawa.

Eine so reiche und vielfältige Ernte von Originalbeiträgen gibt uns *Grund*, an eine fruchtbare Zukunft der Gesundheitserziehung zu glauben, in dem Masse jedenfalls, als sie sich im wissenschaftlichen Rahmen hält und sich ständig um kritische Evaluation bemüht; sie gibt uns ebenso *Grund zu hoffen*, dass unser Land auch auf diesem Gebiet mehr als bisher an den Initiativen und Anstrengungen der entsprechenden internationalen Stellen teilnehmen wird.

Literatur

- [1] *Cartwright, D.* (1949), cit. in *M. L. Collis* (1977).
- [2] *Collis, M. L.*, Behaviour modification techniques: their use in individual and community programmes, *Internat. J. Health Educ.* 20, 29–37 (1977).
- [3] *Kalb, M.*, The myth of alcoholism prevention, *Prev. Med.* 4, 404–416 (1975).
- [4] *Lalonde, M.*, New perspectives on the health of Canadians: a working document, Ottawa, Ministry of Health and Welfare, Canada (1974).
- [5] *Levin, L. S., Katz, A. H. und Holst, E.*, Self care: lay initiatives in health Prodist, New York, 1976).
- [6] *Modolo, M. A. und Figà-Talamanca, I.*, Interaction between consumers and providers of health services: new roles and their implications, *Internat. J. Health Educ.* 20, 41–47 (1977).
- [7] *Ramakrishna, V.*, The real challenge: a self-health system with genuine commitment, *Internat. J. Health Educ.* 20, 19–28 (1977).
- [8] *Schär, M.*, Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin (H. Huber, Bern, 2. Aufl., 1973).
- [9] *Sournia, Ch.*, Ces malades qu'on fabrique – la médecine gaspillée (Ch. VI: la prévention médicale, mirages et réalités) (Le Seuil, Paris, 1977).
- [10] Status Report on Multiphasic Health Testing, *Prev. med.* 2, 175–301 (1973).
- [11] WHO, Report of a WHO Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services, Geneva, Techn. Rep. Series No. 409 (1969).

⁴ Siehe die Mitteilung der Redaktion auf Seite 297