

Massenkommunikation und personale Kommunikation in der Gesundheitserziehung

Ein Tagungsbericht¹

R. Mühlemann² und G. Bretscher³

Schulartzamt Basel-Stadt und Dokumentationsstelle für Gesundheitserziehung, Zürich

Vorbemerkungen

Dieser kurze Bericht ist ausschliesslich als Beitrag für das vorliegende Heft der Sozial- und Präventivmedizin aufzufassen und vermittelt lediglich Eindrücke der Berichterstatter, besonders in bezug auf die Schwerpunkte des Seminars: Massenkommunikation und personale Kommunikation in der Gesundheitserziehung. Der offizielle Seminarbericht wird (wie dies schon bei den drei vorangegangenen Seminarerien der Bundeszentrale der Fall war) wiederum als spezieller Band im Frühjahr 1978 erscheinen. Die Herausgeber sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das «Internationale Journal für Gesundheitserziehung» (Redaktion: Frau Annette Le Meitour-Kaplun, Genf).

Gesamteindruck

Das Seminar, an dem über 90 Personen (darunter Psychologen, Pädagogen, Soziologen, Mediziner, Behindertemitglieder) aus 22 Ländern teilnahmen, hinterliess bei den meisten Teilnehmern einen guten Gesamteindruck. Neben der vorzüglichen Organisation unter Berücksichtigung kleinster Details in der Planung fanden die diversen Hauptreferate von internationalen Experten hohe Beachtung. Auch dem verhältnismässig hohen zeitlichen Anteil von Gruppenveranstaltungen mit Einbezug unterschiedlicher gruppenmethodischer Ansätze wurde vom anwesenden internationalen Gremium zugestimmt. Die Gruppenarbeit ermöglichte nicht nur eine aktive Beteiligung jedes einzelnen Seminarteilnehmers, sondern vermittelte zugleich wesentliche, «hautnahe» Erfahrungen in personaler Kommunikation.

Sehr eindrücklich war auch die Führung durch das Berufsförderungswerk der «Stiftung Rehabilitation Heidelberg». Es werden dort jeweils innert 18 bis 36 Monaten gegen 2000 Behinderte in 50 verschiedenen Berufsrichtungen (auf Kammer-, Fach- und Hochschulebene) zu echten Professionals ausgebildet.

Zielsetzungen, Konzepte und Möglichkeiten in der Gesundheitserziehung

Was die Behörden bzw. die Deutsche Bundesregierung von Gesundheitserziehung erwarten, legte Franke dar: Es geht im wesentlichen darum, in der breiten Bevölkerung ein neues Einstellungssystem zum Komplex «Gesundheit» zu schaffen, die Affinitäten «gesund = Privatsache» und «krank = öffentliche Angelegenheit» aufzulösen. Dem gesetzlich verankerten Anspruch auf körperliche Unversehrtheit könnte unter anderem durch eine verstärkte Anwendung des Verursacherprinzips Nachachtung verschafft werden. Körperliche Unversehrtheit schliesst die Bereiche Psychohygiene und soziale Verantwortung mit ein. Als quantitativ erfassbares Ergebnis einer effizienten Gesundheitserziehung sieht Franke für die BRD Kosteneinsparungen von einem Viertel bis einem Drittel des jetzigen Gesamtumfanges. Daraus ergäbe sich ein Zugewinn für die Bekämpfung unvermeidbarer Krankheiten wie etwa der Krebsfrüherkennung.

Baric meinte, die Gesundheitserziehung sei nun den Kinderschuhen entwachsen und habe einen legitimen Anspruch, innerhalb der Gesundheitsvorsorge als eigenständige wissenschaftliche Disziplin anerkannt zu werden. In seinem ersten Fachreferat befasste er sich mit einigen Ergebnissen der Neubewertung der Tätigkeit von Gesundheitserziehern sowie mit neuen Wegen in der Gesundheitserziehung. Beachtung fand seine Gegenüberstellung des medizinischen und sozialwissenschaftlichen Konzepts in Prävention und Behandlung, in denen die Gewichte anders verteilt sind: Die klassische Medizin betreibt Prävention nur beim Risikoträger, der Sozialwissenschaftler möchte sich auf den Gesunden beschränken. Die Behandlung setzt in der klassischen Medizin erst im Erkrankungsfall ein, beim Sozialwissenschaftler ist die Behandlung vor allem beim Riskoträger relevant.

Massenkommunikation

Eingebettet in einen Überblick über spezifische Faktoren der Massenkommunikationsforschung nahm Bergler zu den Problemen massenkommunikativer Verarbeitung gesundheitserzieherischer Informationen Stellung. Die Wirkungen der Massenkommunikation werden aufgrund allzu einfacher Reiz-Reaktions-Vorstellungen oft überschätzt. Das soziale Feld, in dem massenmediale Botschaften kursieren, ist äusserst komplex. Gesundheitserziehung über solche Kanäle muss sich darüber im klaren sein, ob sie Wissen vermitteln,

¹ Ein Bericht über das IV. Internationale Seminar für Gesundheitserziehung «Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung», Heidelberg, 7.–11. November 1977. Veranstaltet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln) im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit (Bonn) und in Zusammenarbeit mit dem Regionalbureau für Europa der WHO (Kopenhagen).

² Dr. med., M.Sc. (Soc. Med.), Schulartzamt Basel-Stadt, St. Albanvorstadt 19, CH-4052 Basel.

³ Dr. phil., Sozialpsychologe, Dokumentationsstelle für Gesundheitserziehung, Nelkenstrasse 15, CH-8006 Zürich.

sensibilisieren, Normen schaffen, Verhaltensanweisungen verbreiten oder einen Übergang zu anderen Kommunikationsformen (personale!) herbeiführen will. Wirkungen – insbesondere auf der Verhaltensebene – können nur dann erzielt werden, wenn wesentliche Voraussetzungen erfüllt sind: Klarheit über die Lebensumstände der Zielgruppe, verständliche Sprache (verbale und non-verbale), Glaubwürdigkeit des Kommunikators usw.

Die Vorstellung von zwei neueren Projekten war bestens geeignet, die grundlegenden Probleme gesundheitserzieherischer Massenkommunikation zu illustrieren:

«*Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten in der BRD*» (Meyer). Im Rahmen einer 1975 gestarteten Aktion «Menschen wie wir» wurden umfangreiche Pretests (Assoziations- und Begriffstests, Copy-Tests) durchgeführt. Es handelt sich also um eine Abklärung der in der Massenkommunikation so wichtigen Prädisposition des Empfängers. Die ermittelten Tabus und Ängste können durch eine Anreicherung des Basiswissens in der Bevölkerung teilweise abgebaut werden. Während der Wunsch nach entsprechender Information nicht ausgeprägt ist, interessiert sich der «Gesunde» immerhin stark für Verhaltensanweisungen in bezug auf den richtigen Umgang mit physisch und psychisch Behinderten.

Spätere Umfrageergebnisse bestätigten diese Ausgangslage, wiesen aber nach, dass die entsprechende Aufklärungsarbeit über Massenmedien (Broschüren, Kleber, Posters, TV-Spots usw.) keine grösseren Veränderungen bewirkte.

«*Raucherentwöhnung in Holland – Methoden und Evaluationen*» (Peters). Das Projekt – eine Longitudinalstudie – beruhte auf dem Einsatz des Fernsehens: An sechs aufeinanderfolgenden Tagen wurden Sendungen von je einer Viertelstunde Dauer ausgestrahlt. Es ging sowohl darum, Rauchern zu helfen, die ihre Gewohnheit aufgeben wollten, als auch gelegentliche Zuschauer (Raucher) nicht abzuschrecken. Die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit war sehr umfassend, die Zuschauer erhielten auf Anfrage hin Materialien (35 000 Anfragsteller!), eine repräsentative Stichprobe diente Evaluationszwecken. Gleichzeitig erlebte eine Einwohnergruppe des Dorfes Didam die tägliche TV-Sendung gemeinsam, erhielt Gelegenheit zur Diskussion untereinander und mit Experten.

Die Bilanz nach 9 Monaten ist zwar etwa die gleiche, aber im Vergleich zur «reinen» TV-Gruppe verlief die Arbeit in der primärkommunikativ verstärkten «Didam-Gruppe» stabiler. 33 % bzw. 28 % hielten während maximal eines Monats, 25 % bzw. 26 % zwischen 1 und 9 Monaten und 22 % bzw. 24 % während mehr als 9 Monaten als Nichtraucher durch.

Personale Kommunikation

Mantek versteht «unter personaler Kommunikation den unmittelbaren Kontakt zweier Menschen oder einer Gruppe von Menschen zur gleichen Zeit am gleichen Ort ohne trennendes Medium». Nach ihr bedeu-

tet «personale Kommunikation Interaktion, Austausch und Kontakt. Sie schafft die Voraussetzung zum Aufbau einer Beziehung». Sie wendet sich mit ihren 7 Thesen insbesondere an Ärzte – an eine wichtige Gruppe von Gesundheitserziehern, also – wenn es ihr darum geht «deutlich zu machen, wie wichtig es ist, jeden Patienten und Klienten als ganze Person mit seiner individuellen Lebensgeschichte zu sehen und zu erfassen und ihn nicht nur als Symptomträger zu begreifen».

Ein wichtiges Anliegen von *Mantek* ist, «die eigene Körpersprache stärker bewusst werden zu lassen und sie in ihrer Möglichkeit zu offenerem Kontakt in der personalen Kommunikation einzusetzen». Der Bewusstmachung der Bedeutung von nichtsprachlichen Signalen räumten die Organisatoren des Seminars viel Zeit ein. In Arbeitsgruppen gelangten anhand von zwei Beispielen – der Betrachtung einer Fotografie und einer audiovisuellen Szene, beide eine Arztkonsultation darstellend – verschiedene Aspekte der non-verbale Kommunikation zur Analyse und Diskussion. Es war für jedes einzelne Gruppenmitglied ein Erlebnis, die Subjektivität bei der Interpretation von Signalen festzustellen. Die Deutung dieser nonverbalen Signale fielen sehr individuell gefärbt aus, waren geprägt von eigenem Wunschdenken, von spezifischen Rollenerwartungen, teilweise auch von stereotypen Vorstellungen und Denkweisen. Die meisten Teilnehmer empfanden die Schnelligkeit unserer subjektiven Beurteilung von Situationen und Menschen als nicht ungefährlich.

Als letzter Hauptbeitrag zum Thema «personale Kommunikation» vermittelte ein Film (*Tomic*) interessante Eindrücke über die praktische Arbeit von Gesundheitserziehern in Jugoslawien. In Gesundheitserziehung zusätzlich ausgebildete Krankenschwestern werden als sogenannte «Besuchsschwestern» in ländlichen, medizinisch unterversorgten Gebieten eingesetzt. Ihr Aufgabenbereich liegt vor allem in der Primär- und Sekundärprävention und richtet sich an alle Altersstufen, beginnend bei der Betreuung und Anleitung von Schwangeren bis hin zu regelmässigen Blutdruckmessungen bei den alten Dorfbewohnern. Auf diese Weise wird die Gesundheitsschwester zu einer zentralen Figur im Dorfleben, sie kennt praktisch jede Familie, und jedermann kennt sie. Bei Auftreten von irgendwelchen gesundheitlichen Problemen wird sie als erste konsultiert.

Bei allen vorgestellten Projekten, die sowohl mit Massenkommunikation als auch personaler Kommunikation arbeiten, zeigte es sich, dass man versucht, einen mit massenkommunikativen Mitteln eingeleiteten Prozess durch personale Kommunikation zu verstärken. Massenkommunikation wird in dieser Strategie vorwiegend dazu eingesetzt. Einstellungsänderungen in die Wege zu leiten, personale Kommunikation zielt mehr auf Verhaltensänderungen ab.

Überblick und Schlussfolgerungen

Was das Seminarthema als ganzes betrifft, ist es viel-

leicht nicht im erwarteten Ausmass gelungen, das *Kontinuum personale Kommunikation–Massenkommunikation* als solches darzustellen und zu behandeln. Diese Fragen der verschiedenen Kommunikationsfelder und Kommunikationsarten sind insbesondere für Regionen mit kultureller Vielfalt und kleinräumiger Gliederung (wie z. B. die Schweiz) von Interesse: Hier stehen einem breiten Einsatz der Massenkommunikationsmittel grosse Hindernisse entgegen. Da aber einerseits dieses Vorgehen keine Erfolge garantiert und andererseits Regionen mit kleinräumiger Gliederung in der Regel über verhältnismässig viele Massenkommunikationsnetze von mässiger Reichweite verfügen, lässt sich die massenmediale Information zielgruppengerechter gestalten. Die oft hinderliche Polarität Massenkommunikation–personale Kommunikation kann also zum vornherein durch strukturelle Gegebenheiten und entsprechende Medienarbeit gemildert werden.

Die im Rahmen des Seminars vorgestellte Fülle an Informationen – neue Materialien, Erkenntnisse, vertieftes Wissen, ausgetauschte Erfahrungen – drängte unter anderem auch die Frage der *Professionalisierung* in den Vordergrund. Die Mehrheit der Seminarteilnehmer betrachtete eine Professionalisierung als unumgängliche Konsequenz, so wurden auch entsprechende Postulate formuliert. Da sich das Arbeitsfeld des Gesundheitserziehers zunehmend über das Anstreben von Einstellungsänderungen und Wissenverbreitung hinaus auf die Ebene der Etablierung konkreter Verhaltensänderungen erstreckt, stellt sich in verstärktem Mass das Problem der Verteilung der Verantwortlichkeiten innerhalb eines dergestalt ausgedehnten Tätigkeitsfeldes. Für die Übernahme solcher Verantwortung sind nach *Baric* für den Gesundheitserzieher folgende Voraussetzungen Bedingung: Eine wissenschaftliche Grundlage – bestehend aus theoretischen und praktischen Kenntnissen –, eine Ausbildung auf akademischer Basis, gezielte Auswahl, die Beaufsichtigung gesundheitserzieherischer Tätigkeit verbunden mit Sanktionsmöglichkeiten. Prinzipiell sind zwei Wege zur Professionalisierung denkbar: Zum einen die Schaffung eines neuen Berufes mit eigenem Ausbildungsgang und -abschluss, zum anderen eine verstärkte Spezialisierung auf der Basis bereits existierender und anerkannter Berufe. Der zweiten Variante

wurde im allgemeinen der Vorzug gegeben, sie dürfte auch für die Schweiz im Sinne einer Optimierung – statt Maximierung – im Gesundheitswesen eher realisierbar sein.

Bei der Diskussion der Bedürfnisse der Professionalisierung und der unterschiedlichen Ausbildungsgänge wurde am Seminar beinahe als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt, dass in jedem Land eine *zentrale Institution* die vielfältigen Bemühungen und Projekte auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung koordiniert und dokumentiert. *Zentrale gesundheitserzieherische Institutionen* sollten sich sowohl mit aktualitätsbedingten Programmen befassen (z. B. Raucherentwöhnung, primäre Herz- und Kreislaufprophylaxe) als auch die Kontinuität der Gesundheitserziehung in ihrem Einzugsgebiet gewährleisten: Gesundheitserziehung in der Schule, Aus- und Weiterbildung von Gesundheitserziehern, Ausarbeitung von Curricula, Präsenz in Medien und Politik, Grundlagenforschung, Aufrechterhaltung der Kontakte / Kooperation mit anderen Stellen usw. Solche Tätigkeiten wurden von den Seminarteilnehmern fast ausnahmslos als öffentliche Angelegenheit aufgefasst. Mit anderen Worten: So wie die Kontrolle des Schul- und Gesundheitswesens Sache des Staates ist, müsste auch koordinierende Gesundheitserziehung auf dieser Ebene etabliert werden. Ein Beispiel: Die «Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung» in Köln beschäftigte 1976 96 Personen und verfügte über ein Budget von gegen 19 Millionen DM. Dazu kommen die unterschiedlich ausgerüsteten Stellen der verschiedenen Bundesländer.

Verzeichnis der zitierten Referate (deutsche Version)

- Baric, L.*, Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung.
Baric, L., Die Verbindung von Massenkommunikation und personaler Kommunikation in der Gesundheitserziehung.
Bergler, R., Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung durch Massenkommunikation.
Franke, M., Erwartungen an die Gesundheitserziehung aus der Sicht des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit.
Mantek, M., Möglichkeiten und Grenzen der personalen Kommunikation in der Gesundheitserziehung.
Meyer, W. F., Gutachten über die Möglichkeiten von Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.
Peters, G. J., Raucherentwöhnung in Holland – Methoden und Evaluationen.
Tomic, B., Darstellung eines gesundheitserzieherischen Projekts durch personale Kommunikation: «Der Einsatz von Besuchsschwestern als Feldexperiment in einem Gebiet Jugoslawiens».