

# Zielsetzung und Evaluation in der Gesundheitserziehung und Gesundheitsinformation

Bericht einer Arbeitsgruppe<sup>1</sup>

G. Bretscher<sup>2</sup> und R. Mühlemann<sup>3</sup>

Für die Aktualität und Vielschichtigkeit gesundheits-erzieherischer Problemstellungen sprach bereits die Anzahl der Diskussionsteilnehmer und das weite Spektrum der vertretenen Disziplinen und Arbeitsgebiete. Die mit Abstand grösste Arbeitsgruppe musste in zwei Subgruppen aufgeteilt werden, die je 15 bis 20 Mitglieder umfassten. Das Spektrum der Teilnehmer reichte von eigentlichen «Frontkämpfern», die in direktem Kontakt mit ausgewählten Bevölkerungsgruppen Gesundheitserziehung praktisch betreiben, über Ausbilder von Gesundheitserziehern, Leiter von Koordinations-, Informations- und Dokumentationsstellen bis hin zu den «Strategen», die auf wissenschaftlicher Basis und anhand praktischer Erfahrungen gesundheits-erzieherische Programme entwerfen und weiterentwickeln, und zu Entscheidungsträgern, die auf politischer Ebene die Realisation von Programmen ermöglichen.

Die Grösse und heterogene Zusammensetzung der Gruppe erschwerten die Aufgabe nicht wenig, ein möglichst systematisches Vorgehen bei der Gruppenarbeit einzuhalten. Der vorliegende Schlussbericht – die Synthese zweier Protokolle – dürfte recht aufschlussreich für die Situation der Gesundheitserziehung in der Schweiz sein.

## 1. Zielvorstellungen

Der zu Beginn der Gruppenarbeit unternommene Versuch einer Definition des Begriffes «Gesundheitserziehung» war sicher sehr wertvoll, jedoch nicht zuletzt aufgrund der vielfältigen Zusammensetzung der Diskussionsrunden und der entsprechend divergierenden Vorstellungen über Gesundheitserziehung nicht zu bewerkstelligen. Es kristallisierten sich jedoch sehr bald zwei grundlegende *Zielvorstellungen* gesundheits-erzieherischer Tätigkeit heraus:

*Zielvorstellung 1:* Durch pädagogische Aktivitäten soll der Mensch in Richtung auf erwünschte Verhaltensweisen und Einstellungen beeinflusst werden. Die Normen setzt einseitig der Gesundheitserzieher. In diesem Modell wird der Mensch gewissermassen als

**Lohnt sich die Gesundheitserziehung? Wie ist sie zu organisieren, damit sie sich optimal lohnt?**

«Objekt» im gesundheits-erzieherischen Prozess betrachtet.

*Zielvorstellung 2:* Der Mensch soll zu selbstverantwortlichem Handeln befähigt werden. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass dem Individuum auch die entsprechenden Kompetenzen zu einer derartigen Selbstverwirklichung eingeräumt werden. Hier wird vom Menschen als «Subjekt» ausgegangen, das demzufolge auch alle Konsequenzen seines Handelns zu tragen hat.

Wenn die beiden voneinander abweichenden Zielvorstellungen auch nicht ausdiskutiert und einander gegenübergestellt werden konnten, ging aus der Diskussion doch hervor, dass sich die beiden Modelle nicht unbedingt ausschliessen. Eine spezielle Abklärung, wo Berührungspunkte liegen, und inwiefern sich die Modelle ergänzen, wäre sicher wertvoll.

## 2. Erfahrungen

Besonders lehrreich waren diverse Ausführungen von Gruppenteilnehmern über praktische Erfahrungen mit gesundheits-erzieherischen Aktionen und die damit verbundenen Probleme und Erfolge. Es kamen Projekte zur Sprache, die in der Schweiz bereits erfolgreich durchgeführt werden konnten. Deren Ziele bestanden unter anderem in:

- Elternerziehung und -weiterbildung
- Verbesserung der Zahnhygiene und Verminderung der Karies bei Schulkindern
- Verhütung von Strassenverkehrs- und anderen Unfällen
- Erziehung zu einem kritischen und verantwortungsbewussten Konsumverhalten
- Motivierung zur Beteiligung an Impfkationen
- Bewusstmachung der Konsequenzen von übermässigem Alkoholenuss oder von Rauchen
- Ausbildung- und Weiterbildung von Lehrern im Fach Gesundheitserziehung
- Theorie und Praxis einer quantitativ und qualitativ adäquaten Ernährung

## 3. Limitierende Randbedingungen

Leider erfahren solche Bemühungen praktisch immer stark einschränkende Randbedingungen. Die föderalistischen Strukturen unseres Landes und entspre-

<sup>1</sup> Bericht einer Arbeitsgruppe anlässlich der Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin zum Thema «Systematisches Vorgehen im Gesundheitswesen», Luzern, 20./21. Oktober 1977.

<sup>2</sup> Dr. phil., Leiter der Dokumentationsstelle für Gesundheitserziehung, Nelkenstrasse 15, CH-8006 Zürich.

<sup>3</sup> Dr. med., M. Sc. Soc. Med., Schularzt am Schularztamt des Kantons Basel-Stadt, St. Alban-Vorstadt 19, CH-4052 Basel.

chende Denkweisen führen meist zu sehr beschränkten Aktionen auf Kantons-, Bezirks- oder Gemeindeebene. Es mangelt sogar oft an einer gegenseitigen Orientierung und dem Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern der verschiedenen gesundheitserzieherischen Arbeitsbereiche. Für viele Gruppenteilnehmer stellten die Luzerner Tage die erste Gelegenheit dar, sich gegenseitig – sei es anlässlich der Gruppendiskussion oder in persönlichen Gesprächen ausserhalb des offiziellen Programms – zu informieren und kennenzulernen.

Kritisiert wurden auch immer wieder die in sehr beschränktem Ausmass zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel für gesundheitserzieherische Programme. Als weitere Mängel kam zur Sprache: Unpräzise Kenntnisse über Zielgruppen (besonders in bezug auf deren zeitliche und situationsbedingte Ansprechbarkeit), Verwendung einer für die Zielgruppe inadäquaten Kommunikationsart und Sprache, zu geringer Einbezug der Möglichkeit, gewisse Situationen erleben zu können und somit durch Selbsterfahrung zu lernen, Unglaubwürdigkeit von Gesundheitserziehern, die oft keine «Vorbilder» sind, Mangel an einem gewissen Marketingdenken innerhalb der Gesundheitserziehung, Mangel auch an fachlicher Kompetenz (medizinisches und pädagogisches Wissen, Kommunikationsfähigkeit).

Nicht zu überhören waren auch Stimmen, die das gelegentlich auftretende Konkurrenzdenken gesundheitserzieherischer Institutionen, doppelspuriges Arbeiten und fehlende Arbeitsteilung (vor allem in bezug auf verschiedene Zielgruppen) beanstandeten.

#### 4. Strategische Konzepte

Entsprechend der beiden erwähnten Zielvorstellungen gestalten sich die Wünsche, Ansichten und Initiativen der Gruppenteilnehmer unterschiedlich:

Die einen tendieren eher zu einem Ausbau der gesetzlichen Grundlagen und deren konsequenter Realisation (z. B. Verankerung der Gesundheitserziehung in den kantonalen Schulgesetzen).

Andere möchten zunächst durch eine Intensivierung individueller Anstrengungen beziehungsweise institutioneller oder Gruppenaktivitäten die Gesundheitserziehung propagieren und ihr im Hinblick auf eine Institutionalisierung den Weg ebnen.

Über die Notwendigkeit einer vermehrten Koordination aller gesundheitserzieherischen Bemühungen herrschte Einmütigkeit.

#### 5. Postulate

Im folgenden seien die wichtigsten Postulate der Arbeitsgruppe «Gesundheitserziehung» aufgeführt. Sie finden auch ihren Niederschlag in einer Resolution, die von der Plenarversammlung der SGSPM gutgeheissen wurde.

1. Gesundheitserziehung soll auf die Erhöhung der Handlungsfähigkeit des einzelnen ausgerichtet sein.

2. Bemühungen um die Gesundheitserziehung müssen interdisziplinär angegangen werden.

3. Die Zielgruppen bedürfen klarerer Definitionen. Ihre zeitlich und situativ fluktuierenden Ansprechbarkeitsphasen müssen berücksichtigt werden. Einzelnen Vertretern aus den Zielgruppen sollte die Möglichkeit geboten werden, bei Planung, Ausarbeitung und Durchführung von Gesundheitserziehungsprogrammen mitwirken zu können.

4. Eine Evaluierung von gesundheitserzieherischen Bemühungen ist anzustreben. Ziel dieser Tätigkeit bildet eine Optimierung des gesundheitserzieherischen Prozesses.

Neben der Analyse allfälliger Einstellungs- und Verhaltensänderungen sollte auch geprüft werden, ob den Adressaten entsprechende Kompetenzen für derartige Änderungen zur Verfügung stehen.

5. Wirksame Gesundheitserziehung bedarf mehr Kontinuität, verbunden mit dem Wissen um die Wirkweise gesundheitserzieherischer Botschaften. Blosser «Berieselung» ist zu vermeiden.
6. Der Ausbildung gesundheitserzieherisch tätiger Personen muss vermehrt Beachtung geschenkt werden. Ihre fachliche Kompetenz und Vorbildfunktion sollte klarer erkannt und umschrieben werden. Dies wäre insbesondere auch beim Rollenverständnis in der kurativen Medizin zu beachten.
7. Der Gesundheitserzieher soll mehr Rücksicht auf die Motivationslage seiner Zielgruppe nehmen, um schliesslich ein grösstmögliches Mass an Betroffenheit (ego-involvement) zu erreichen.
8. Die SGSPM hat sich gesundheitserzieherischer Anliegen anzunehmen.
9. Die SGSPM soll sich für die Schaffung einer gesamtschweizerischen zentralen Stelle für die Koordination gesundheitserzieherischer Tätigkeiten einsetzen.
10. Es bedarf einer vermehrten Bereitstellung öffentlicher Finanzen und einer Förderung der bestehenden Institutionen (öffentliche und private).

#### Teilnehmer der Arbeitsgruppe C (Gesundheitserziehung)

A. Bächlin, A. Bonvin, N. Bourcart, G. Bretscher, H. Dauwalder, G. Ducel, E. Flückiger, A. Hirt, R. D. Huguenin, M. Iselin-Löffler, M. Just, Ch. Kaufmann, L. Knaak, P. J. Kopp, U. Kranholdt, J. Lächler, M. de Loës, R. Lötscher, E. Muggli, R. Mühlemann, H. Pfisterer, G. Ritzel, V. Ruef, M. Schär, A. Schlaepfer, H. Schneider, H. Selinger, N. Senn, I. Spillmann, E. Streich-Schlossmacher, M. Taddei, K. Tercha, Ch. Tobler, J.-C. Vuille, H. U. Wanner, F. Wassmer, M. Wopelka, E. Zbinden.

**Empfehlungen der Arbeitsgruppe C:  
Gesundheitserziehung**

1. Als einziges europäisches Land verfügt die Schweiz über kein nationales Komitee für Gesundheitserziehung.
2. Die Schaffung eines interdisziplinären gesamtschweizerischen Gremiums, das alle Partner im Bereich der Gesundheitserziehung umfasst und eine zentrale Koordination von allen Bemühungen von seiten der Eltern, Lehrer, Sozialarbeiter, des Pflegepersonals und der Ärzte herbeiführt, ist dringend einzuleiten.
3. Die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin soll sich vermehrt mit Fragen der Gesundheitserziehung befassen und ein entsprechendes Gremium bilden.
4. Die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin soll sich aktiv für ein schweizerisches Koordinationszentrum für Gesundheitserziehung einsetzen. Zu den vordringlichen Aufgaben eines solchen Zentrums gehören: die Erhebung des Ist- und Soll-Zustands auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und die Koordination zwischen verschiedenen Stellen.

**Recommandations du groupe de travail C:  
Education pour la santé**

1. La Suisse est le seul pays européen qui ne dispose pas d'un Comité national d'éducation pour la santé.
2. Il est urgent d'envisager la création d'une instance interdisciplinaire et représentant l'ensemble de la Suisse, qui rassemble tous les partenaires intéressés à l'éducation pour la santé et qui contribue à la coordination au niveau central de tous les efforts entrepris dans ce domaine, de la part des parents, des enseignants, des travailleurs sociaux, du personnel soignant et des médecins.
3. La Société suisse de médecine sociale et préventive doit s'occuper de façon accrue des questions d'éducation pour la santé, et doit constituer un groupe traitant de ce domaine.
4. La Société suisse de médecine sociale et préventive doit s'engager activement en faveur de la création d'un Centre suisse de coordination pour l'éducation pour la santé. Les tâches prioritaires d'un tel centre comprennent l'étude de la situation actuelle et des développements souhaitables dans l'avenir dans ce domaine, ainsi que la coordination entre les différentes institutions concernées.