

BUNDEZENTRALE FÜR
GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG



WHO-KOLLABORATIONSZENTRUM
FÜR GESUNDEITSERZIEHUNG
ICP/PHC 102 m01
Februar 1985

"FAMILIENSTRUKTUREN UND GESUNDEIT"

Internationaler Workshop für Gesundheitserziehung
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

in Zusammenarbeit mit
dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen
vom 26. - 29. Juni 1984 / Winterscheid über Hennef/Sieg

Bericht

Original Deutsch

Barbara Riedmüller
Johanna Beyer

ARCHIVEXEMPLAR

**Reg.-No. 20031
(2.3.3)**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 200, D-5000 Köln 91 (Merheim),
Fernruf: 0221 / 89 92-1, Telex: 8873658 bzga d

Gliederung

1. Gegenstand und Ziele der Tagung
2. Eröffnung und Begrüßung
3. Wandel der Familienstrukturen
 - 3.1. Familien- und Haushaltssysteme
 - 3.2. familiäre Beziehungen
 - 3.3. Folgen für die Gesundheit
4. Gesundheitsarbeit in der Familie
 - 4.1. Sozialisationsthesen
 - 4.2. die Rolle der Frau
 - 4.3. Selbsthilfe
 - 4.4. Familie im Verhältnis zum Gesundheitssystem
5. Gesundheitsbegriff
 - 5.1. ganzheitlich
 - 5.2. Körpererfahrung
6. Innovative Projekte
7. Familie in der Gesundheitspolitik
 - 7.1. Austausch: Geburtenpolitik
 - 7.2. Familie als Ort sozialer Sicherheit
8. Empfehlungen
9. Schlußbemerkung zu den forschungspolitischen Perspektiven des Seminars

1. Gegenstand und Ziele der Tagung

Die Bedeutung gesundheitlicher Primärversorgung durch Nicht-professionelle wird in der Regionalstrategie der WGO "Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000" als auch in verschiedenen nationalen Programmen zur Gesundheitsförderung und -erziehung betont. Damit rücken die gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Bevölkerung und vor allem Alltagshandeln der Familie in den Vordergrund. Die Anerkennung des alltäglichen Gesundheitshandelns kleinerer sozialer Netze steht nicht nur in Zusammenhang mit den Finanzierungsproblemen des weiteren Wachstums von Gesundheitsdiensten, sondern ebenfalls mit der Entwicklung einer bedürfnisgerechten und folglich optimalen institutionalisierten Versorgung bei gleichzeitiger Stärkung der Eigenkompetenz der Selbstfürsorge und -versorgung.

In diesem Kontext ist die Leistung primärer, intimer sozialer Kleingruppen, als institutionalisierte oder faktisch existierende Familie, für die lebenslange Entwicklung der Persönlichkeit in Gesundheit, Krisen, Behinderungen und Krankheit unbestritten. Dabei konkretisieren sich im Familienalltag die sozioökonomischen und -kulturellen Lebensbedingungen; hier werden Lebensweisen, deren Bedeutung für gesundheitsförderndes Handeln während des 33. Regionalkomitees 1983 in Madrid anerkannt wurde, geformt und praktiziert und modifiziert durch konditionierende Faktoren der Erwerbs-Arbeitswelt. Daraus folgt, daß Familie keine statische Einheit ist, sondern abhängig vom gesamtgesellschaftlichen System, den je national und historisch spezifischen politischen, wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Bedingungen, die kulturspezifische Familienstrukturen gestalten und den Stellenwert dieser Primärgruppe im Lebenskontext der sie tragenden Mitglieder beeinflussen. Dies alles in Gesundheitsförderungsprogramme einzubeziehen, fordert die Aneignung und den Austausch von Erkenntnissen über und Erfahrungen mit

Familie aus unterschiedlichen Perspektiven. Dieses Interesse bestimmte die Auswahl der Teilnehmer aus unterschiedlichen Wissenschaften und Praxiszusammenhängen.

Der Workshop "Familienstrukturen und Gesundheit" sollte folglich als wesentliches Ziel haben: die Entwicklung von Familienstrukturen sozial und historisch zu beschreiben, die gegenwärtige Situation im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Fragestellungen zu resümieren und mögliche Entwicklungen der Familienstrukturen sowie angemessene Strategien der Gesundheitsförderung vorzustellen; dabei sollte besondere Aufmerksamkeit den Veränderungen im Selbstverständnis und in den Rollen von Frauen geschenkt werden.

Die vier Hintergrund-Papiere sollten unter dem Aspekt von Gesundheitshandeln zu folgenden Themen erstellt werden:

1. Sozial-historische Darstellung und Analyse der Entwicklung von Familienstrukturen unter besonderer Berücksichtigung der sozialökonomischen Lebensbedingungen.
2. Frühkindliche Entwicklung und Eltern-Kind-Interaktionen auf dem Hintergrund sozial-struktureller Lebensbedingungen und kultureller Traditionen und Werte.
3. Lebensweisen und Alltagsorganisation von Familien in unterschiedlichen sozialen Schichten und kulturellen Gruppen unter dem Gesichtspunkt der Bewältigungspotentiale (coping strategies) von Familien unterschiedlicher Struktur.
4. Die Bedeutung der Familie für öffentliches Handeln und das Familienbild von staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen in ihren Programmen zur Gesundheitsförderung.

Wichtig war die Bestimmung von gesundheitsbezogenem Handeln als Alltagsverhalten, wobei die Qualität und Quantität der Eigenpotentiale und -strategien der Familien ebenso analysiert werden, wie deren Begrenztheit durch strukturelle

Systemgrößen, binnenfamiliale Bedingungen und Kapazitäten der Subjekte. Zu den Zielen des Workshops wurden Hintergrundpapiere erstellt, die einen historischen und aktuellen Überblick über den Zusammenhang von Familien- und Gesundheitspolitik geben sollen, die gegenwärtige Situation der Familie und gesundheitsbezogenes Alltagshandeln in (Familien)Haushalten beleuchten. In diesen Gesamtrahmen wurden spezifischer Fragestellungen von Referaten und Koreferaten thematisiert und Anregungen zur Diskussion gegeben. Dabei sollten die intendierten und nichtintendierten Folgen gesundheitsbezogener Programme mitdiskutiert werden, so daß diese Überlegungen in die Entwicklung neuer Gesundheitsförderungsprogramme eingehen können.

2. Eröffnung und Begrüßung

Herr Ministerialdirigent Prof.Dr.Schröder (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, BMJFG) betont in seiner Begrüßungsrede den hohen Stellenwert der Familien- und Gesundheitspolitik für die Bundesregierung. In der Familie werde auf wesentliche Aufgaben für das gesellschaftliche Leben vorbereitet, und bestehende und geplante familienpolitische Maßnahmen werden dafür die Bedingungen und Voraussetzungen weiter verbessern. Besonders unterstrich er den Aspekt der gegenseitigen Sorge der Familienmitglieder um Gesunderhaltung, Genesung und pflegerische Stütze sowohl für die heranwachsende wie für die ältere Generation. Ziel einer integrierten Familien-, Sozial- und Gesundheitspolitik sei es - unter Einbeziehung aller Politikbereiche - Wohlbefinden zu fördern, gerade durch eine Stärkung privater Versorgungsformen.

Dr. Ilona Kickbusch, (WGO-EURO, Regionalbeauftragte für Gesundheitserziehung) stellte das Thema dieses Workshops

"Familienstrukturen und Gesundheit" in den Zusammenhang von zentralen politischen Fragen der Gegenwart und Zukunft.

- Krise der wohlfahrtsstaatlichen Form der Solidarität
- Krise der unbezahlten Arbeit der Frau
- Wertekrise der Männergesellschaft.

- Die Krise der wohlfahrtsstaatlichen Form der Solidarität fordert zu einem Umdenken auf. Neue Formen der Solidarität und Gesundheitsversorgung als Antwort auf Probleme der sozialen Sicherung, so daß die Muster zum Ausgleich unterschiedlicher Lebensrisiken tragfähig sind und der Organisation der Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen angemessen, d.h. welche institutionellen und sozialen Rahmen geschaffen werden müssen, um Fürsorge und Versorgung bezahlbar und praktikierbar zu machen.

- Eng damit verbunden ist die Krise der Arbeit, der bezahlten und unbezahlten Arbeit. Viele Leistungen der Familie sind nicht Ersatz, sondern Voraussetzungen für die Inanspruchnahme wohlfahrtsstaatlicher Leistungen. So sind die Gesundheitsfunktionen der Familie, entgegen der These vom Funktionsverlust der Familie, ständig im Zunehmen. Dies bedeutet, daß die "Schattenarbeit", vor allem die unbezahlte Arbeit von Frauen in der Familie wächst.

- Die objektiv veränderte Situation und die subjektiv veränderten Wünsche und Bedürfnisse der Frauen in Zusammenhang mit den beiden oben genannten Krisen, lassen sich als Krise des Patriarchats beschreiben. Die Werte der Männergesellschaft werden als veränderungswürdig erkannt. Neue Werte des Zusammenlebens der Geschlechter müssen entwickelt werden.

Diese drei Krisen oder Umstrukturierungsprozesse bilden den Hintergrund für die Konzeptualisierung zukünftiger Gesundheitsversorgung. Deutlich gemacht wurden auch die Berührungspunkte dieses Workshops mit Programmen und Fragestellungen

der WGO. Das Programm Laienbetreuung beschäftigt sich auch mit Gesundheitsleistungen der Familie, unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsarbeit von Frauen. Die Entwicklung eines Programms zur Gesundheitsförderung beruht auf den beiden zentralen Begriffen "Lebensweise" und "Gesundheitskultur", die als konkret gelebter Alltag wesentlich beeinflusst sind von der primären Sozialisation in der Familie. In der Weiterentwicklung des Konzepts der "primary health care" (gemeinschaftliche Gesundheitssicherung) wird anerkannt, daß die Basis aller Gesundheits- und Krankheitsversorgung im Laiensystem - und damit auch in (Familien) Haushalten - liegt, deren Ausmaß lange verborgen war. Der umgekehrten Gefahr der Überforderung entgegenzuwirken, dient die Frage, wann ist Laienversorgung Arbeit, wann Selbsthilfe; wann ist Selbsthilfe Arbeit für andere, wann Eigenarbeit.

Dr. Ute Canaris (Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA), begründet in ihrer Einführung das Interesse der Bundeszentrale an der Tagung Familienstrukturen und Gesundheit aus den bisherigen Erfahrungen mit Programmen der Gesundheitsförderung in und durch Familie. Dabei entwickelte die Bundeszentrale zwei Strategien, die der Bedeutung sozialer Bezugssysteme der Familie Rechnung tragen: Präzise Definition der Zielgruppe, wobei nicht nur Gesundheitsprobleme, sondern auch soziale Lebenslagen als Parameter dienen; Einschaltung von Multiplikatorengruppen, die als Mediatoren zwischen der Institution und den Individuen und sozialen Gruppen wie Familien fungieren. Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, daß es die Familie nicht gibt. Familienbezogene Gesundheitsförderung hat nicht nur in der Gegenwart auf einer Vielzahl und Vielfalt von Lebenslagen und -problemen der Familien Bezug zu nehmen, sie ist auch mit einer ungewissen Zukunft von Familie konfrontiert. Darüber hinaus muß Gesundheitsförderung in Familien immer sensibel sein für das Spannungsfeld von Autonomie, freier

Entscheidung der Familie, und Kontrolle von außen, wie in bezug auf individuelle Gesundheit zwischen Eigenverantwortung und normativer Erwartung. Gleichzeitig ist zu bedenken, daß Gesundheitsförderungskonzepte nicht überfordernd für die Menschen sind.

Die Chancen dieses Workshops liegen in der gegenseitigen Anregung und im Erfahrungsaustausch der Teilnehmer unterschiedlicher nationaler und beruflicher Herkunft. Vor allem mit der Vorstellung von Gesundheitsförderungsprojekten für Familien stellt diese Tagung einen Beitrag dar zum Aufbau eines Netzwerkes, Gesundheitserziehung in der Familie, das in Kollaboration zwischen WGO und BZgA begonnen wurde.

3. Wandel der Familienstrukturen

Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Analyse der veränderten Familienstrukturen, die neue Anforderungen an die staatliche Gesundheitspolitik stellen. Sowohl in den Hauptreferaten (Agnès Pitrou, Rosemarie v. Schweitzer, Rita Süßmuth), als auch in vielen Diskussionsbeiträgen wurde die veränderte Familienwirklichkeit in den europäischen Ländern in ihren Folgen für die familiäre Gesundheitsarbeit betont.

3.1. Haushalts- und Familiensysteme

Die Zustandsdaten der einzelnen Länder variieren, bei gleichem Trend. Um nur einige Beispiele zu nennen hat sich in Jugoslawien der Anteil der Stadtbewohner im Zeitraum von knapp 30 Jahren mehr als verdoppelt (1953: 21,7%; 1981: 47,6% Grqurić & Svel). Die Haushaltsgröße nimmt ab, sie sinkt in Jugoslawien von durchschnittlich 4,37 im Jahre 1948 auf 3,6 im Jahre 1981. In der Bundesrepublik Deutschland nimmt der Anteil der 3 und 4-Personenhaushalte leicht ab, der der 5- und Mehrpersonenhaushalte halbiert sich (von 1962/63: 14,8%

auf 1983: 7,4%). Hingegen nimmt der Anteil der Einpersonenhaushalte in diesem Zeitraum von 19% auf 1983: 31,2% zu, bei relativer Konstanz des Anteils der Zweipersonenhaushalte (1962/63: 26,7%; 1983: 29,7%) (Rosmarie von Schweitzer nach Wirtschaft und Statistik 4/1984, S. 365). Der Familienhaushalt

+) ist in der BRD in der Minderheit.

Der Anteil von Einpersonenhaushalten erreicht in Frankreich 24%. (Agnés Pitrou).

Diese Entwicklung hängt zum einen zusammen mit der sinkenden Geburtenrate im westlichen Europa von 1950-55: 2,4 auf 1980: 1,6, im östlichen Europa im selben Zeitraum von 2,93 auf 2,19 sowie im südlichen Europa von 2,66 auf 2,09 (Rosmarie von Schweitzer nach Proceedings of the European Population Conference 1982, S. 34), der steigenden Quote der Ehescheidungen bei Abnahme der Eheschließungen (1960: 9% Scheidungen; 1982 33%) und der steigenden Lebenserwartung (westl. Europa 1950: 67 Jahre: 1980 73 Jahre - östl. Europa 61 Jahre auf 71 Jahre und südl. Europa 62 auf 72 Jahre im selben Zeitraum) (v. Schweitzer a.o.O. S. 27).

Neben den bekannten demografischen Veränderungen, wie sinkende Geburtenrate, erhöhte Scheidungsquote, Zunahme von Einpersonenhaushalten, Altersstruktur u.a., ist die damit verbundene veränderte Verknüpfung von Haushalts- und Familiensystemen bedeutsam. Ein Haushaltssystem bezeichnet eine zusammenlebende und -wirtschaftende Gruppe. Ein Familiensystem ist durch deren Verwandtschaftsgrad charakterisiert (vgl. Rosemarie v. Schweitzer). Beide Systeme gehören zwar zusammen können aber unterschiedlich miteinander verknüpft sein und damit unterschiedliche familiäre Ressourcen für Gesundheit bereitstellen. Mit Hilfe dieser analytischen Unterscheidung von Familien- und Haushaltssystemen läßt sich die heutige Familienwirklichkeit in ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit präziser erfassen.

Zu berücksichtigen sind vor allem neue Formen des (nichtverwandtschaftlichen) Zusammenlebens, Veränderung der typischen

Phasen des Familienzyklus (Heiratsverhalten, Kinderzahl, Scheidung, Wiederverheiratung, Lebenserwartung) und die steigende Zahl nichterwerbstätiger Haushalte.

Die Gliederung der privaten Haushalte (ohne Haushalte von Ausländern sowie Privathaushalten in Anstalten und ohne Haushalte mit besonders hohem Einkommen) nach sozialer Stellung der Bezugsperson zeigt, daß von 1962/63 bis 1983 der Anteil der Haushalte Nichterwerbstätiger von 29,8% auf 41,4% stieg.

Trotz eigenständiger Haushalte funktionieren familiäre Netze der Kommunikation und Unterstützung; aufgrund der Unbeständigkeit von Ehen z.B. können sie geradezu größer und verzweigter werden. So ist es nicht selten, daß Bindungen zwischen Enkeln und Großeltern weiterbestehen, trotz Scheidung, trotz Wiederheirat (vgl. Agnès Pitrou).

Wenn in der Mittelschicht Freunden und in der Unterschicht der Familie als Hilfssystem der Vorzug gegeben wird, wie Agnès Pitrou ausführt, so kann bei der Unterstützung im Familiennetz aufgrund der existierenden finanziellen, kulturellen und zwischenmenschlichen Ressourcen, sehr leicht ein "konservativer" Effekt eintreten, d.h. vorhandene soziale Ungleichheit wird perpetuiert (aufrechterhalten), wenn keine Hilfe von außen erfolgt. ⁺⁾

Erst wenn wir wissen, wie diese Haushalte untereinander "vernetzt" sind, wie die Hilfsmöglichkeiten und das Bedürfnis nach Hilfe tatsächlich aussehen, können wir Schlußfolgerungen im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsarbeit in der Familie ziehen.

Dabei sind die "unterirdischen Netze" (Pitrou) gegenseitige Hilfe ebenso zu betrachten, wie eine Neuverteilung der Last innerhalb der Familie, zwischen Mann und Frau. Von beiden Faktoren wird es abhängen, ob es gelingt, neue Ressourcen gegenseitiger Hilfe zu erschließen, oder ob das "Boot Familie" so lange beladen wird, bis es sinkt.

⁺⁾ Obgleich eine Vielfalt von Daten zur Situation von Familie vorliegen, mangelt es an Analysen über diese neuen Beziehungsformen.

3.2. Tendenzen der "Desorganisation" der Familie

Auf dem Hintergrund der Analyse veränderter "Familienwirklichkeiten" wäre die gesundheitspolitisch folgenreiche These zu überprüfen, ob es Tendenzen der Desorganisation der Familie gibt und wie sich diese auf die Gesundheit der Familie auswirken. Die Wandlung der Familienstruktur, die Zunahme der Einpersonenhaushalte, die Scheidungsrate und vor allem die Erwerbstätigkeit der Frau, diese Fakten sind in der Literatur als krankmachende Faktoren beschrieben worden.

In den Beiträgen zur Tagung wurden die Folgen der Instabilität der heutigen Familie für das Kind untersucht, ohne sich allerdings vorschnell dem Urteil anzuschließen, daß jede "unvollständige" Familie negative gesundheitliche Folgen für das Kind habe.

Die äußere Organisationsstruktur der Familie ist die eine Seite, die Binnenstruktur die andere. Das emotionale Konfliktpotential der Familie beschäftigt tiefenpsychologische wie systemische Familientherapeuten. Eine Vielzahl von psychischen, psychosomatischen und somatischen Störungen sind Ausdruck konflikthafter Familienbeziehungen.

Zum Einfluß der Erwerbstätigkeit der Frau auf die familiären Beziehungen gab es in der Diskussion zwei Positionen. Die Verschiebung der familialen Zeitstruktur durch Veränderungen der Mutterzeit in der Biographie (tendenziell später, kürzer) und größere Identität, Synchronisation der Lebensrhythmen von Frauen und Männern durch Erwerbsarbeit kann die innerfamilial Interaktion möglicherweise harmonisieren.

Die Konflikte, die aus den unterschiedlichen Bedürfnissen der Männer, die außerhäuslich arbeiten und den sogenannten Nur-Hausfrauen resultieren, werden durch die durch Erwerbsarbeit für beide veränderte Lebensorganisation vermindert. Hingegen produziert dies eine Trennung zwischen den Frauen, den erwerbsarbeitenden und den sogenannten Nur-Hausfrauen.

Dem wurde entgegengehalten, daß die Angleichung der Lebensrhythmen ein Euphemismus dafür sei, daß der gesellschaftliche Arbeitsthythmus alles durchdringe und dem Menschen dadurch seine inneren Rhythmisierungen entgleiten.

Konfliktminderung durch Angleichung habe als Kehrseite die Explosivkraft der Unterbewertung der Eigenrhythmen des Menschen und deren mögliche Folgen für Gesundheit.

Die vorhandenen Daten über die seelische Gesundheit (vgl.

Alfred Sand) und die körperliche Entwicklung der Kinder (Kurt Hartung) müssen nicht auf dem Hintergrund des normativen Bildes einer "intakten" Familie interpretiert werden. Bezüglich eines normativen Bezugsrahmens für die Analyse des Zusammenhangs von Familienstruktur und Gesundheit erbrachte die Diskussion wichtige Hinweise.

Differenzierte Forschung nach dem Lebensweisenkonzept würde einer Verengung auf die normative Perspektive entgegenwirken wie einer tendenziell paternalistischen Haltung gegenüber der aufgrund der 'Kontrollstruktur' eher auffällig werdenden Unterschichtfamilie. Es besteht die Gefahr der Übertherapeutisierung der Unterschicht statt materieller Hilfen.

Es wurde davor gewarnt, die Familienwirklichkeit auf dem Hintergrund der mitteleuropäischen Familienmodelle zu beschreiben. In vergleichender Perspektive ergeben sich bereits innerhalb Europas bedeutende regionale Unterschiede, was die kulturellen Traditionen anbelangt, Dabei wurde besonders auf die unterschiedliche Rolle der Religion hingewiesen. Auch die demografischen Daten zeigen erhebliche regionale Unterschiede z.B. im Hinblick auf die Erwerbstätigkeit der Frau. Dagegen läßt sich in allen europäischen Ländern eine sinkende Tendenz der Geburtenrate feststellen. Das bedeutet für viele Kinder ohne Geschwister (und Geschwistersolidarität als stabilisierendes Moment) aufzuwachsen.

In historischer Perspektive läßt sich die Skepsis gegenüber dem normativen Modell der Normalfamilie (Vater - Mutter - Kind) weiter begründen. Fragt man nach der zeitlichen Existenz dieser Familienstrukturen, die allgemein als normal vorausgesetzt werden, so ist die Antwort, daß diese "Normalfamilie" sehr jung ist. Sie ist historisch betrachtet nicht nur jung, sondern sie stellt in der Form der "Kernfamilie" fast eine Ausnahme dar. Denn gab es diese Familie in der Zeit der großen Völkerwanderungen, der Landflucht, dem gesetzlichen Verbot der Eheschließung, in den zwei Weltkriegen? Diese geschichtlichen Daten legen den Schluß nahe, daß die "desorganisierte" die "instabile" Familie der Regelfall war. Dies würden auch aktuelle Entwicklungen bestätigen. Es gibt neue Völkerwanderungen, es existieren neue Formen des Zusammenlebens, es sind Folgen neuer ökonomischer und sozialer Krisen zu bewältigen.

Auf der Folie der "Kernfamilie" werden pathogene Strukturen gezeichnet, die möglicherweise neue Ressourcen von Hilfen innerhalb und zwischen den Generationen verdecken und die Abhängigkeit von Gesundheitsdiensten verstärken. Dies gilt vor allem in Ländern der 3. Welt, wo durch den Export des europäisch orientierten paarbezogenen Familienmodells, funktionsfähige Verwandtschaftssysteme zerstört werden.

Auf der anderen Seite erfordern die genannten Veränderungen der Familienstruktur neue Formen von Gesundheitsdiensten, die beratend und unterstützend auf die Familie wirken (z.B. kann durch unterstützende Hilfen vermieden werden, daß das Kind eine Scheidung als Vertrauensverlust erlebt).

In der Diskussion wurde darauf aufmerksam gemacht, daß Zweitehen für die Partner offensichtlich befriedigender sind, was sich an ihrer größeren Stabilität zeigt, daß es aber für Kinder keine Modelle für diese Situation der Wiederverheiratung eines Elternteils gibt: den Stiefvater oder die Stief-

mutter zu akzeptieren und gleichzeitig den getrennten Elternteil nicht zu verleugnen. Denn die heutige Instabilität der Familie ist nach wie vor von einer subjektiven Orientierung an der intakten Normalfamilie begleitet, auf deren Hintergrund z.B. eine Trennung als persönliches Versagen erlebt wird.

4. Gesundheitsarbeit in der Familie

Die Analyse der familiären Beziehungen soll sowohl Aufschluß geben über die Bedeutung der Gesundheitsarbeit in der Familie als auch Hinweise auf die Voraussetzung einer Gesundheitspolitik für die Familie liefern. Im Mittelpunkt der vorbereitenden Beiträge und der Diskussion stand die Analyse geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhaltens und die besondere Rolle der Frau als Gesundheitsarbeiterin in der Familie.

4.1. Sozialisationsthesen

Bei der Entwicklung von Konzepten der Gesundheitserziehung wurde bisher vernachlässigt, daß es geschlechtsspezifische Unterschiede von Gesundheitsverhalten gibt. Diese sind Resultat geschlechtsspezifischer Sozialisationsprozesse, wie sie die Sozialisationsforschung bereits untersucht hatte, ohne allerdings diese Forschung auf Fragen der Gesundheitserziehung zu beziehen (vgl. Rita Süßmuth).

Gesundheitserziehung in der Familie kann auf zwei Ebenen betrachtet werden. Einmal steht die Aufforderung der Eltern an die Kinder sich gesundheitlich zu verhalten in deutlichem Widerspruch zur gesundheitlichen Praxis vieler Familien. Kindern werden demnach höchst widersprüchliche gesundheitsbezogene Lernprozesse zugemutet.

In der eigenen Biographie erfahren sie einen Bruch zwischen dem personenbezogenen Interesse am Wohlbefinden im Säuglings- und Kleinkindalter und dem mit Leistungserwartungen verknüpften funktionalisierten Gesundheitsverständnis spätestens ab dem Einschulungsalter, erfahrbar als Voraussetzung anerkannt und sozialintegriert zu sein.

Den Zielkonflikt zwischen familiären, personenbezogenen Gesundheitskonzepten der Beachtung der individuellen Konstitution und Achtung der eigenen Bedürfnisse und gesellschaftlichen Erwartungen an Funktionsfähigkeit (bis an die Grenzen und z.T. darüberhinaus) am Erwerbs- oder Hausarbeitsplatz erleben Kinder. Dieser Konflikt oder die Priorität eines der Konzepte wird bewußt oder unbewußt weitergegeben (vgl. Rita Süßmuth). Zum anderen werden Männer und Frauen zu einer unterschiedlichen Beachtung und zu einem unterschiedlichen Umgang mit dem eigenen Körper erzogen. Normen wie weibliche Schwäche und männliche Stärke werden im frühen Kindesalter erlernt.

Widersprüche prägen auch die geschlechtsspezifische Sozialisation, in der Mädchen ihre Körperkräfte zu 'gebrechlicher Attraktivität', Jungen zu 'trainierter Härte' gemäß dem Geschlechtsstereotyp formen lernen, wobei sie gleichzeitig erleben, daß ihre Mütter oft widerstandsfähiger und belastbarer sind als es dies Stereotyp entwirft (vgl. Rita Süßmuth).

Ein funktionalistisches Gesundheitsverständnis, in dem Gesundheit nur Mittel zur Erfüllung gesellschaftlicher Anforderungen an Männlichkeit und an Weiblichkeit ist, verstärkt dieses geschlechtsspezifische Gesundheitsverhalten. Die geschlechtsspezifische Gesundheitserziehung in der Familie wird zusätzlich dadurch verstärkt, daß es die Frauen sind, die allein für die Erziehung der Kinder zuständig sind. Aus der sozialisationsspezifischen Analyse des Gesundheitsverhaltens

in der Familie ergeben sich wichtige Anregungen für Programme der Gesundheitserziehung im Hinblick auf Körperwahrnehmung und Körpererfahrung von Männern und Frauen.

4.2. Zur Rolle der Frauen

Es war ein Verdienst der Referate und der Diskussion, die Rolle der Frauen spezifisch zu analysieren. Die Tatsache, daß Frauen bei der familiären Gesundheitserziehung und Gesundheitsarbeit eine zentrale Rolle spielen, ist sowohl in der Gesundheitspolitik als auch in der Forschung zumeist vernachlässigt worden. Denn die Alleinzuständigkeit und Ausschließlichkeit von Frauen für die Betreuung von Kindern bedingt das spätere Modell für Gesundheitshilfe.

Die allmächtige Mutter, das Bild von Mütterlichkeit als soziale Norm, prägt die Beziehung von Mann und Frau, deren Sensibilität und Erfahrungsfähigkeit oder umgekehrt deren emotionale Distanzierung und Ausdruckslosigkeit gegenüber dem eigenen Wohlbefinden oder gegenüber körperlichen Symptomen (vgl.

Caterina Arcidiacono).

Im allgemeinen kümmern sich Väter in der Familie wenig um Körper- und Gesundheitsfragen, so ergab eine Untersuchung, daß sich nur 50% der Väter um erkrankte Kinder kümmern.

Befassen sie sich mit Kinderbetreuung, so reagieren sie eher ängstlich bis panisch bei Anzeichen von Krankheit. Es scheint so, als ob beide Formen Distanz oder Ängstlichkeit dieselbe psychodynamische Wurzel haben; die männliche Verleugnung der Ohnmacht (vgl. Caterina Arcidiacono).

Die besondere Rolle der Frauen im Hinblick auf Körpererfahrung läßt sich auf zwei Ebenen analysieren. Frauen haben in hohem Maße die Fähigkeit zur "Pflege" herausgebildet. Sie sind Expertinnen für das Emotionale, die Beziehungen, der Hilfe für andere. In dieser Eigenschaft übernehmen sie sowohl in der Familie, als auch in den Gesundheitsberufen wichtige Funktionen.

tionen. Als Gesundheitsarbeiterinnen sind sie sowohl innerhalb der Familie, als auch im Gesundheitssystem hohen Belastungen ausgesetzt.

Die Frau und/oder Mutter übernimmt vornehmlich die Aufgabe der Sorge für die anderen Familienmitglieder, fordert sie dazu auf und unterstützt sie dabei, es gelingt ihr aber in vielen Fällen nicht, dieselbe Fürsorglichkeit auch für sich selbst zu verwirklichen. Daneben haben Frauen ein spezifisches Körperverhalten ausgebildet, das ihre ohnmächtige soziale Rolle symbolisiert. Frauen sind auf Körperlichkeit, auf Körperausdruck, auf Schwäche usf. festgelegt. Die Frau orientiert sich am Fremdbild ihres Körpers. Schönheit und Sexualität bestimmen das symbolische Körperbild. Mit dem weiblichen Körper ist zart, schön, klein, schwach, ohnmächtig assoziiert (vgl. Christine Woesler de Panafieu).

Dieser weibliche Körperausdruck prägt das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Frauen, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die "Flucht" in die Krankheit als Folge sozialer Ohnmacht.

Krankheit als die Form der Verhaltensabweichung, in der sich die Konflikte von Frauen auf 'sozial akzeptierte' Weise ausdrücken können, der weiblichen Sozialisationsgeschichte entsprechen und die mit den institutionellen Angeboten (des Gesundheitssystems) korrespondiert.

Immer mehr Frauen artikulieren ihre psychischen und sozialen Konflikte gegenüber den medizinischen und sozialen Diensten. Bis zu 80% der Inanspruchnahme von sozialen Beratungsstellen erfolgt durch Frauen (vgl. Barbara Riedmüller). Der Ausbau dieser professionellen Hilfen verstärkt möglicherweise die ohnehin vorhandene Neigung von Frauen, ihre psychosozialen Konflikte somatisch auszudrücken.

Die Diskussion stellte einige dieser Thesen infrage, besonders was das innerfamiliäre Rollenverhalten anbelangt. Die alleinige Dominanz der Mütter wurde für die heutige Zeit infrage-

gestellt. Vor allem wurde die neue Rolle der Väter betont, die veränderten Beziehungsformen zwischen Mann und Frau, zwischen Mann und Kind charakterisiert. Bildet sich durch Emotionalisierung der Paarbeziehung, die heute zu beobachten ist, ein neues Verhältnis von Mütterlichkeit und Väterlichkeit heraus, oder werden von den Männern heute "weibliche" Räume und Ressourcen (die Geburt, die Zuständigkeit für Entscheidungen etc.) nur "besetzt", ohne daß sich an der Beziehung zwischen Mann und Frau etwas grundlegend ändert? Modernisierung des Patriarchats? Werden durch die Emotionalisierung der Binnenstruktur der Familie neue soziale Ressourcen von Erfahrung, Wissen und Praxis erschlossen oder werden durch diese Emotionalisierung traditionelle Strukturen von Hilfe in der Verwandtschaft, der Gemeinschaft zerstört? Was die "neuen" Väter in der Familie leisten, sieht im internationalen Vergleich noch nicht sehr neu aus: z.B. wird in der Bundesrepublik einer arbeitenden Frau mit 1 Kind nur bei 15% von einem Mann geholfen, in Belgrad sind es 40%, in Frankreich 21%, in Italien 9%, in Holland 19% (vgl. Hilary Rose & Sue Ward).

Mit der Erwerbstätigkeit der Frauen schwindet ihre Bereitschaft die sogenannte 'natürliche' Arbeitsteilung anzuerkennen, sondern sind es, die aktiv nach anderen Ressourcen der Gesundheitsförderung selbsthilfe suchen.

4.3. Selbsthilfe

Gesundheitsarbeit in der Familie - so lautet die zentrale These - ist immer Alltagsarbeit und an die Bedingungen dieser Alltagsorganisation gebunden. Seit einigen Jahren wird dieser alltäglichen Gesundheitsarbeit in der Familie unter dem Aspekt der Selbsthilfe im Unterschied zum professionellen Gesundheitssystem zunehmend Beachtung geschenkt. Die

empirischen Befunde über Selbsthilfe im Haushalt, im Freundeskreis, Nachbarschaften und Betrieben zeigen, daß die Bereitschaft sich in Selbsthilfe(gruppen) zu betätigen, weit verbreitet ist. Die vorgelegten Daten (vgl. Dieter Grunow) sprechen von 30% Interessenten an Selbsthilfegruppen. Allerdings beträgt die Zahl der aktiv Beteiligten nur 3%. Es wurde darauf verwiesen, daß die Zahl der Selbsthilfegruppen in Europa sehr viel geringer ist als in den USA.

Über die Definition von Gesundheitsselbsthilfe (Gesundheitsselbsthilfe meint hier die "laienhaft, nicht erwerbsmäßig und informell im Rahmen sozialer Gruppen erbrachte(r) Eigenleistungen und gegenseitige(r) Hilfestellungen, die auf die Gesunderhaltung oder Bewältigung von Krankheiten gerichtet sind" (vgl. Grunow, S.3)) wurde z.T. kontrovers diskutiert. Der Vortrag betonte die Fakten der meßbaren Gesundheitshilfe in der Familie, die sich an abgrenzbaren Krankheitsepisoden und -definitionen orientiert. In der Diskussion wird diese Eingrenzung von Selbsthilfe als zu eng betrachtet. Wird der Gesundheitsbegriff um die psychosoziale Dimension erweitert, dann sind gesundheitsbezogene Aktivitäten in der Familie weniger instrumentell auf Krankheit bezogen, sondern auf lebensweltliche Bereiche wie Arbeit, Wohnen, Freizeit, Sexualität beziehbar. Dadurch erhält die alltägliche Gesundheitsarbeit in der Familie einen präventiven Charakter. Dieser Aspekt der Selbsthilfediskussion könnte wichtige Anregungen für familienbezogene Gesundheitshilfen geben. Denn in diesem erweiterten Konzept von Gesundheitsarbeit ist die Familie nicht als in sich geschlossenes Handlungssystem betrachtet, sondern in ihrer Beziehung zur Umwelt, zu den professionellen Gesundheitsdiensten, zu den verfügbaren materiellen, zeitlichen und kulturellen Ressourcen.

In den Arbeitsgruppen wurde vor allem darauf hingewiesen, daß die gesellschaftliche Situation, der Streß der Erwerbsarbeit oder der Migration ebensowenig allein von der Familie

aufgefangen werden kann, wie ökologische Bedrohungen. Mit der gesellschaftlichen Anerkennung der Gesundheitsselbsthilfe in der Familie könnte sich auch mehr Selbstbewußtsein entwickeln, damit würde nicht nur das Gesundheitssystem gefördert, so daß es solche Leistungen verfügbar macht, die Familie entlasten und die sie tatsächlich brauchen, sondern würden Zusammenschlüsse zur politischen Durchsetzung von Gesundheitsinteressen gestärkt werden.

Ein erweiterter Gesundheitsbegriff eröffnet die Perspektive auf die Asymmetrie der Gesundheitshilfe in der Familie, die ungleiche Verteilung der Ressourcen für Gesundheitsselbsthilfe zwischen den sozialen Schichten (hier wurde vor allem der Zeitfaktor betont) und der kulturellen Bedeutung von Selbsthilfeaktivitäten als Alternative zum professionellen Medizinsystem (vgl. Marco Ingresso).

4.4. Familie im Verhältnis zum Gesundheitssystem

Die Analyse der alltäglichen Gesundheitsarbeit in der Familie zeigte nicht nur, daß Gesundheitsarbeit in den alltäglichen Erfahrungszusammenhang eingebettet ist, sondern sie bracht eine Vielzahl von Anhaltspunkten über diesen Alltag selber. Eine wichtige Diskussionsgrundlage lieferte Ingressos Versuch einer Schematisierung von familiären Gesundheitsstrategien nach kulturellen Merkmalen.

In seiner Typologie der kulturellen Einstellungen zum seelisch-körperlichen Wohlbefinden unterscheidet er sechs Typen:

- 1) Eine traditionalistische und defensive Einstellung ist sehr kultur-, religions- und familiengebunden und abwehrend gegenüber dem medizinischen Angebot, das nur im Falle der schwersten Gefahr (Invalidität oder Todesbedrohung) in Anspruch genommen wird.
- 2) Eine modernistisch und delegierende Einstellung funktionalisiert medizinische Experten zum Check-up des Wohlbe-

findens und tendiert dazu, Alltagslebens(probleme) zu medikalisieren.

- 3) Eine modernistisch und partizipative Einstellung trennt medizinische und soziale Problemlagen und behält sich für letztere Eigenaktivität vor.
- 4) Eine epidemiologisch-sozialisierende Einstellung betont die systemorientierte Primärprävention ebenso wie die Tertiärprävention. Diese Gesundheitskultur praktiziert kritische Kooperation mit dem Medizinsystem.
- 5) Eine pluralistisch und pragmatische Einstellung entspricht dem Idealtyp eines mündigen Patienten, der über psychische und somatische Wechselbeziehungen informiert ist und unter den Angeboten des Gesundheitssystems seine (Aus)wahl treffen kann.
- 6) Eine systemische und zur Selbstverwaltung tendierende Einstellung beschränkt sich in der selektiven Inanspruchnahme nicht nur auf das Gesundheitssystem, sondern auf alle Möglichkeiten die Selbstregulierungskräfte zu aktivieren. Aus dieser Einstellung ergibt sich das Bestreben, die Umweltbedingungen zu verbessern und eine Gesundheitskultur zu entwickeln (vgl. Marco Ingrosso).

Gesundheitsarbeit in der Familie ist entscheidend geprägt von kulturellen Einstellungen und Wertorientierungen. Auf dem Hintergrund einer kulturellen Differenzierung von Gesundheitsverhalten und Gesundheitsarbeit lassen sich Kriterien zur Bewertung der professionellen Hilfen für die Familie aufstellen, z.B. ob die familiären Gesundheitsstrategien auf Barrieren des institutionellen Systems stoßen oder nicht, oder ob die Gesundheitsdienste an den alltäglichen Erfahrungen der Familien anknüpfen, oder diesen ein professionelles Handlungswissen überstülpen. Insgesamt wurde eine stärkere Einbeziehung von Alltagswissen und Alltagserfahrung in die Gesundheitspolitik gefordert.

Das Versorgungssystem teilt Familien zu sehr mit, was sie nicht können. Jede Familie hat aber Kräfte und Ressourcen in sich, um sich zu entfalten. Hilfe setzt da an, wo diese blockierten Ressourcen freigelegt werden als Hilfe zur Selbsthilfe. Die zentrale Betrachtung des Problems Krankheit kann hinderlich sein, die verborgene Weisheit und das Wissen der Betroffenen schneller und stärker zu fördern und positive Elemente im Alltag und außerfamilialen Lebenszusammenhang bestärken.

In europäischem und außereuropäischem Vergleich sind erhebliche kulturelle Unterschiede bei der Vermittlung familiärer und professioneller Gesundheitshilfen zu berücksichtigen. Dort wo familiäre Traditionen und Wertorientierungen wie Religion, soziale Stellung der Frau u.a. von den staatlichen Gesundheitsdiensten vernachlässigt werden, stoßen professionelle Systeme häufig auf Widerstand. Ein einschlägiges Beispiel ist hier immer noch die medizinische Geburtshilfe, die familienbezogene Hilfen einbeziehen sollte.

Im Unterschied zu materiellen Interventionen sind immaterielle Hilfen, wie Aufklärung, Beratung u.a., an den unterschiedlichen kulturellen und sozialen Voraussetzungen, die das Gesundheitsverhalten in der Familie bedingen, zu orientieren, wenn sie nicht scheitern sollen.

Betont wurden hierbei vor allem unterschiedliche materielle und soziale Ressourcen der Haushalte und Familien (vgl.

Rita Süßmuth und Marco Ingrosso). Der Faktor Zeit spielt als Ressource für Gesundheitsarbeit ebenso eine Rolle, wie Geld und Rechte; durch begrenzte Ressourcen in diesen Dimensionen würden vor allem alte Menschen und Frauen benachteiligt. Eine familiengerechte Gesundheitspolitik sollte diese unterschiedlichen Voraussetzungen berücksichtigen und Alternativen, die dies leisten können, fördern.

Die Familie soll in ihrer Leistungsfähigkeit weder überfordert noch unterschätzt werden; vielmehr gilt es intermediäre Instanzen zwischen der Familie und dem medizinischen System auszubauen und die organisatorischen Strukturen der Gesundheitsdienste entsprechend umzugestalten; das italienische Experiment der Öffnung der Gesundheitsdienste in Richtung Partizipation durch die Benutzer gab hier wichtige Anregungen.

5. Ein erweiterter Gesundheitsbegriff

Als ein wichtiges Ergebnis der Tagung ist festzuhalten, daß viele selbstverständliche Begriffe wie Gesundheit neu zu definieren sind und neue Wege der Gesundheitspolitik für Familien zu suchen sind. Dabei ist von Gesundheit als einem positiven Begriff und nicht von Krankheit auszugehen. Dieser Ausgangspunkt bringt Unklarheiten und Unsicherheiten mit sich, führt aber auch zu einem positiven Konzept von Gesundheitsarbeit und Gesundheitserziehung. Die Diskussion ermöglichte sich der Unsicherheit im Umgang mit neuen Definitionen eines Gesundheitsbegriffs zu stellen und sich vom Druck der Praxis freizumachen. Ein funktionalistisches Gesundheitsverständnis, in dem Gesundheit nur Mittel zur Erfüllung gesellschaftlicher Anforderungen ist, wurde abgelehnt (vgl. Rita Süßmuth).

5.1. ganzheitlich

Gesundheit kann nur "ganzheitlich" verstanden werden. Gesundheit ist personengebunden und erfahrungsbezogen.

"Ich" bin Träger der Gesundheit, weder die Familie, noch der Staat kann mir Gesundheit garantieren - dies war eine zentrale These in der Diskussion. Gesundheit ist an die konkreten Ar-

beits- und Lebensbedingungen gebunden und schließt körperliche, seelische, geistige und soziale Aspekte ein.

Die Organisation des gesellschaftlichen Lebens muß sich da fragen lassen, wieviel Leben, wieviel Gesundheit möglich ist und wo dieses Ziel begrenzt wird zugunsten anderer Bereiche. Dies wurde z.T. sehr anschaulich in der Art der bebauten Umwelt. Sinnliche Unterforderung wirkt als Streß, Bauweise und -materialien, so wurde gefordert, sollten den Wahrnehmungsfähigkeiten und Bedürfnissen Rechnung tragen und Lebenszeichen tragen.

Gesundheitsarbeit muß sich an den Bedingungen orientieren, ohne das Bestreben aufzugeben, diese zu überschreiten. Für Gesundheit als tagtäglich zu erarbeitende Balance gilt, "Der Weg ist das Ziel" (vgl. Annelie Keil & Jürgen Koch).

Auch auf die Bedeutung religiöser, spiritueller und politischer sozialer Orientierungen für die Gesundheit wurde verwiesen. "Wer nicht hoffen kann, wird nicht gesund" (vgl. Annelie Keil). Das Prinzip der Ganzheitlichkeit ist in der Geschichte der Medizin durchaus dagewesen, muß aber heute neu entdeckt werden. Die moderne Medizin arbeitet nach einer "Checkliste" möglicher Symptome, sie hat keinen sinnhaften "Entwurf" vom Menschen. Doch Gesundheit kann man nicht "verordnen", sie ist zu erarbeiten. Eine solche Gesundheitsarbeit beginnt beim eigenen Selbst, der Erfahrung, der Interaktion mit Anderen.

Familien haben einen sehr umfassenden Gesundheitsbegriff, ergab sich in der Diskussion. Dieser relative Gesundheitsbegriff bezieht eine Disposition für Krankheit ebenso ein wie die Lebensdynamik z.B. Älterwerden. Gesundheit ist keine idealisierte Norm, sondern eine Entwicklungsperspektive, die darin enthaltenen Gesundheitsmängel werden nicht als Behinderungen interpretiert, sondern als eine Vorgabe aus der es situativ das Beste zu machen gilt. Dieser Bezugnahme auf das Subjekt und seiner Befindlichkeit ordnen sie auch explizit

medizinische Diagnosen unter. Der Gesundheitsbegriff in Familien zeichnet sich vor allem durch einen Zielbezug der Handlung aus: Wohlbefinden unter den gegebenen gesundheitlichen Bedingungen.

Welche Bedeutung hat die Familie in diesem Konzept der Gesundheits'arbeit'? Die Familie soll zum Wohlbefinden ihrer Mitglieder beitragen, ohne daß allein die Frau für die Gesundheit anderer instrumentalisiert wird. Die Mutter soll stützen und begleiten, soll Körpererfahrung fördern. In dem Maße, wie erfahrungsbezogenes Wissen "wie lebt das Leben" als Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs gegenüber der "Technik" der Behandlung und Hilfe an Bedeutung gewinnt, ist die Familie ein zentraler Ort der Erfahrungsbildung geworden.

5.2. Körpererfahrung

Aus einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit folgt das Konzept einer Gesundheitsförderung, das auf Körperwahrnehmung und Körpererfahrung aufbaut. Lernen vollzieht sich im Umgang mit dem Körper, lernen ist Fühlen, Erleben, Wiederholen, Imitation. Die Diskussion zentrierte sich um diesen Erfahrungsbegriff und löst sich darin von der gängigen Vorstellung, daß sich Gesundheitserziehung durch Angst, Aufklärung oder Expertenwissen vollziehe, gegen die unwissende Familie und Vorurteile im familiären Milieu anzukämpfen habe (vgl. Francoise Loux).

Wenn die Familie der Ort ist, in dem der Körper sozialisiert wird, d.h. seine soziale Gestalt erhält (vgl.

Francoise Loux und Christine Woesler de Panafieu), dann ist Lernen mit dem Körper und durch den Körper die Basis für Gesundheitserfahrung. Ein solches körpererfahrungsbezogenes Gesundheitskonzept konnte im Rahmen einer Veranstaltung an praktischen Beispielen erlebt werden (vgl. Annelie Keil/Jürgen Koch).

Geht man davon aus, daß "Körperlichkeit" in unserer Kultur neu erlernt werden muß, dann bedeutet Gesundheitserziehung auch, daß sie ein "Modell" vom Körper, vom Umgang mit dem Körper entwickelt.

Dazu liefern sozialgeschichtliche Untersuchungen wichtige Hinweise. Im historischen Prozeß hat sich die körperliche Erscheinung der Geschlechter angeglichen, wobei der männliche Körper als Ideal fungiert, wenn auch noch immer Schminke, Kleidung und andere Rituale die biologischen Unterschiede sozial signalisieren. Im Körperbild, der inneren Repräsentanz, vollzieht sich ebenfalls eine Angleichung. Frauen transformieren ihr redundanteres Körperbild zu einem funktionaleren, aktiveren, das eher männlich genannt werden kann, während Männer Aspekte wie Emotionalität in ihr Selbst- und Körperbild zu integrieren beginnen (vgl. Christine Woesler de Panafieu). In neueren wissenschaftlichen Arbeiten wird berichtet, daß der Körper in den vergangenen Jahren ein zentrales Diskussionsthema geworden ist. Es wird ein veränderter Umgang mit dem Körper festgestellt, z.B. was Nacktheit in der Familie betrifft. Entsprechend verändern sich die Körperbilder. Im Mittelpunkt steht nicht die "Morbidität", sondern die "Lust", die morbiden Momente werden in das professionelle Medizinsystem abgedrängt. Dieses Körperbild würde erklären, warum Krankheit und Tod aus dem sichtbaren Alltag verdrängt und professionalisiert wurden.

Körperbilder und Körperschemata sind sowohl schichtspezifisch als auch klassenspezifisch geprägt. Auch dieser Aspekt ist bei Konzepten der Gesundheitserziehung zu berücksichtigen.

6. Innovative Projekte

Die Vorstellung von Projekten familienbezogener Gesundheitsförderung während dieses Workshops von Teilnehmern aus unterschiedlichen nationalen und kulturellen Zusammenhängen, zeigte die Vielfalt von Konzepten. Diese beruhen auf regional unterschiedlichen Strukturen, kulturell spezifischen Problemlagen und Zugeweisen in der Gesundheitserziehung und -förderung und nicht zuletzt darauf, wie sie organisatorisch eingebunden sind. Um die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen in und mit Familien zu unterstützen, richtet sich das Interesse auf innovative Projekte zur Gesundheitserziehung und -förderung in der europäischen Region.

Im Kollaborationsvertrag zwischen WGO/EURO und der BZgA wird dieses Ziel in dem Projekt Netzwerk "Gesundheitserziehung in der Familie" verfolgt, das eine internationale Dokumentation und Erfahrungsaustausch zu Aktionen, Programmen und Materialien zur Gesundheitserziehung in der Familie aufbaut und mit einem Büro in der Bundesrepublik bei der BZgA in Köln institutionalisiert, konzeptionell analysiert und vernetzt werden, d.h. Koordination von Projekten und Erstellung effektiver Kommunikationskanäle z.B. Newsletter. In das Netzwerk gehen aus jedem Land 5 ausgewählte Projekte ein, so daß ein intermediäres transnationales System entsteht. Der Anfang für das Netzwerk in der Region Europa wurde mit den Ländern BRD, Italien und Jugoslawien 1983 gemacht, für dieses Jahr werden Frankreich, Spanien und Portugal aufgenommen und für 1985 erweitert es sich um Großbritannien und Länder Skandinaviens. Die Projekte sollen sich durch Schwerpunkte im primärpräventiven Bereich auszeichnen und ihre Arbeit sollte die Integration von Kognition und Emotion, die Kommunikationsfähigkeit und das Körperbewußtsein fördern, sowie die jeweils spezifischen sozial, ökologisch und kulturell geprägten Umwelten. Dabei ist in Betracht zu ziehen, wie Umwelt die Fa-

milie prägt und Familie wiederum sie prägen. Damit zeichnen sich die Projekte durch eine enge Bindung an den umfassenden Gesundheitsbegriff der WGO aus. Die vorgestellten Projekte gewichten die Dimensionen Gesundheitserziehung, Rolle der Frau und Geburtenplanung je unterschiedlich.

Zentral auf Gesundheitserziehung bezogen waren die 3 Forschungsprojekte am Institut zum Schutz von Mutter und Kind Zagreb, Jugoslawien. Fragestellungen waren die Auswirkung von (zeitweise) unvollständiger Familie und Gesundheitserziehung auf den Gesundheitszustand der Kinder. Diese für a Migrationsprobleme relevante Untersuchung ergab, daß trotz vorübergehender Abwesenheit des Vaters die Familie stabil bleibt und aufnahmefähig für Gesundheitserziehung. Die Untersuchung von Gründen für die hohe Hospitalisierungsrate von Kindern in einigen Regionen Jugoslawiens ergab, daß die Inanspruchnahme vor allem durch mangelnde bzw. ungenügende Gesundheitserziehung bedingt ist. Aus allen Untersuchungen läßt sich die Folgerung ziehen, daß Gesundheitserziehung als wichtige Maßnahme sowohl im Schulbereich aufgenommen werden muß wie auch bei den Professionellen Anstrengungen in diese Richtung unternommen werden müssen.

Aus Marokko berichtete die Leiterin des zentralen Dienstes für Gesundheitserziehung über die präventive Gesundheitspolitik und -aktionen auf der Basis der spezifischen demographischen Voraussetzungen. Neben der Zentralinstitution werden in den Provinzen dezentralisierte Regionalprojekte durchgeführt. Diese haben sowohl stationäre wie mobile Einrichtung (Ausstellungswagen, -zelte), so daß sie das Konzept realisieren können, Anlaufstellen dicht bei den Familien zu sein. Die Medien der Gesundheitserziehung beziehen den Entwicklungsstand mit ein, d.h. sinnennahe Darstellung und audiovisuelle Programme.

Aufgrund der demographischen Bedingungen nimmt die Familienplanung einen bedeutenden Platz in der Gesundheitserziehung ein. Familienplanung als Schutz für Mutter und Kind umfaßt notwendigerweise neben Verhütung auch das Ziel der Erhaltung des Lebens von Kindern.

Eine Aufgabe, die bereits in Angriff genommen wurde, ist die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit der Gesundheitserzieher. Die staatliche Organisation der Gesundheitserziehung und die Einbeziehung aller Träger von Gesundheitserziehungsmaßnahmen (auch militärische, freie Träger wie der Rote Halbmond) fördert die Einheitlichkeit der gesundheitsrelevanten Aussagen, eine notwendige Voraussetzung für die Glaubwürdigkeit von Gesundheitsförderung.

Ein Element der Gesundheitserziehung ist Familienplanung, wie das Beispiel aus Marokko zeigt.

Die folgenden zwei Projekte zeigen den Zugang zu gesundheitsrelevanten Problemen in Familien über die Frage der Familienplanung.

Aus Spanien wird von einem Gesundheitsförderungsprojekt aus Katalonien berichtet. Der Servei de Planificacio Familiar ist eine kommunale Institution mit 6 Mitarbeitern, die präventiv über Aufklärung und Hilfen arbeitet. Entsprechend dem Familienplanungsansatz sind die meisten Besucher Frauen, mit denen in Gruppen gearbeitet wird, woraus sich ein gegenseitiger Lernprozeß von Professionellen und Laien ergibt. Grundlage des Beratungskonzepts ist, die Wertvorstellungen der Frauen achten, Verknüpfungen mit dem bisherigen Erfahrungshorizont herstellen und über Einsichten Problemlösungen anregen, also das Individuum zum Konflikt befähigen.

Als neue Projekte der Familienplanungsstelle werden gerade eine verstärkte Stadtteilarbeit und die Dynamisierung der Frauengruppen initiiert.

Aus der Bundesrepublik Deutschland wird das Modellprojekt der Pro familia, Hausbesuche bei türkischen Frauen in Berlin vorgestellt. Dieses Projekt einer etablierten Familienplanungsinstitution war geleitet von der Fragestellung, wie das Beratungsangebot modifiziert werden, um angemessen für Migrantinnen, insbesondere türkische Frauen zu sein. Das Konzept, über Schlüsselpersonen Frauengruppen in Privatwohnungen zusammentreffen zu lassen, die von den Beraterinnen dann besucht werden, bedeutet das Rausgehen aus der Beratungsstelle und den Gaststatus für die Beraterinnen. Dieser Zugang kam der Lebens- und Arbeitssituation der Türkinnen näher als das Aufsuchen einer Beratungsstelle und gleichzeitig wurde die Themenwahl von dem "Beratungskontext" modifiziert. Familienplanung hat nicht erste Priorität, sondern vorrangige Probleme dieser Gruppe (meistens erwerbstätige Frauen zwischen 25 und 40 Jahren) sind Wohnung und Arbeit. Trotz des Erfolgs dieses Projekts Hausbesuche, ist es wegen des notwendigen Arbeitseinsatzes (Kosten, Zeit) nicht zur Regaleinrichtung geworden.

Obwohl Familienplanung, eine partnerschaftliche Entscheidung über die Zukunft sein soll, sind die Auswirkungen noch immer unterschiedlich für Frauen und Männer. Die Konsequenzen von Mutterschaft als soziales Konzept für alle Frauen und geschlechtsbezogenen Folgen thematisiert ein selbstorganisiertes Projekt am feministischen Kulturzentrum Virginia Wolf in Rom, Italien. Die Planung und Durchführung von Seminaren zu Mütterlichkeit und mütterlichen Kompetenz ist die Entwicklung eines Ansatzes der Gesundheitserziehung, der sehr stark bezogen ist auf das Wohlergehen der Frau. Ansatzpunkt sind nicht konkrete Problemlagen, sondern die Probleme, die sich aus den gesellschaftlichen Veränderungen für Frauen ergeben, die zu reflektieren einen Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Familie darstellen.

Trotz der Vielfalt der organisatorischen Einbindung und spezifischer kultureller und nationaler Anforderungen zeigen die vorgestellten Projekte Gemeinsamkeiten: Die transnationale Dimension der Gedanken der Familienplanung als Hilfe zur Entscheidung über die Anzahl und den Zeitpunkt Kinder zu bekommen, was verhindert, daß Familienplanung Bevölkerungspolitik wird; Gesundheitserziehung als Befähigung die gewünschten Kinder aufzuziehen und ihnen ein gesundes Leben zu ermöglichen; das Denken und die Ideologie einer Bewegung, der Frauenbewegung, die Einfluß auf die Entwicklung und Praxis der Projekte hat.

7. Familie in der Gesundheitspolitik

Der aufgezeigte Strukturwandel der Familie hat Folgen für die staatliche Gesundheitsförderung. Wie kann die Gesundheitspolitik auf die veränderten Bedingungen reagieren und mit welchen Inhalten?

Im Mittelpunkt der Diskussion über gesundheitspolitische Maßnahmen und Alternativen stand die Frage, ob das Interesse des Staates an der Familie von dieser geteilt wird. Diese Frage ist sowohl in historischer Perspektive, als auch im Hinblick auf aktuelle gesellschaftspolitische Entwicklungen interessant.

7.1. "Gebärpolitik"

Eine historische Analyse der Anfänge staatlicher Gesundheitspolitik zeigt, daß das Interesse an der Familie in erster Linie der Geburt und der "Aufzucht" der Kinder galt.

Am Beispiel der Entwicklung der Geburtenpolitik in Frankreich seit dem 18. Jahrhundert konnten die Wurzeln der Entstehung der Gesundheitspolitik als Bevölkerungspolitik dargestellt werden.

Indem der absolutistische Staat erkennt, daß seine Macht von vielen und gesunden Untertanen abhängig ist, wird er Wegbereiter eines modernen Gedankens: Gesundheit des Einzelnen zu fördern durch politische Einflußnahme auf die familiäre Privatsphäre mit Hilfe von Ärzten. Jahrhundertertealte Traditionen der Geburt und der Kinderaufzucht wurden durch neue "verwissenschaftlichte" Methoden abgelöst (vgl. Marie France Morel). Die Diskussion ergab, daß die Entwicklung in anderen Ländern, wenn auch historisch ungleichzeitig ähnlich verlief. Mit der Entwicklung staatlicher Gesundheitspolitik als "Gebärpolitik" geht Hand in Hand die "Medikalisierung" der Geburt, die Anwendung medizinischer Geburtsmethoden und damit verbunden die Zurückdrängung und Verdrängung der Hebammen. Indem nun die Hebammen staatlich ausgebildet und kontrolliert werden und auf diese Weise unter die Regie ärztlichen Handelns geraten, wird die Geburtshilfe von Männern besetzt. Dieses Beispiel einer Professionalisierung der Geburtshilfe demonstriert gleichzeitig die Ambivalenz gesundheitspolitischer Interventionen in die Familie, denn bis ins 20. Jahrhundert hinein kann man Widerstände gegen die modernen Geburtstechniken und Hygieneforderungen verfolgen, deren Ursachen in der Verdrängung traditioneller Geburtsmethoden, die von den Frauen demoniert waren, liegen. Die Diskussion beschäftigte sich mit der Frage, welche sozi-historischen Bedingungen diese Entwicklung der Ausbreitung neuer medizinischer Methoden und Technologien beeinflusst haben und welche soziale Gruppen dabei eine tragende Rolle spielten. Diese Frage stellt sich auch für die heutige umgekehrte Entwicklung der Anwendung neuer Geburtsmethoden und

der Rückkehr zur "Hausgeburt". Diese Tendenz ist allerdings in den europäischen Ländern unterschiedlich.

Gleichzeitig ist aber die Durchsetzung dieser "Gebärpolitik" verflochten mit einer Neuorientierung der Familie, sie zentriert sich um das Kind und formt im 19. Jahrhundert das familien- und kindzentrierte Mutterideal. Eine neue Qualität der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung korrespondiert mit dieser staatlichen Gesundheitspolitik. Doch als Kehrseite der Bemühungen um eine hohe Geburtenrate richten sich die so produzierten emotionalen Bedürfnisse der modernen Familie nicht nach den Köpfen der Bevölkerungspolitik. Auf die Geburtenbeschränkung der Familie ab dem 18. Jahrhundert zuerst im Bürgertum, dann im Adel und im einfachen Volk hat staatliches Handeln geringen Einfluß.⁺⁾ Bevölkerungspolitische Motive haben die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch entscheidend geprägt. In allen europäischen Ländern wird heute der Widerspruch zwischen familienpolitischen, bevölkerungspolitischen und Interessen der Familie bzw. der Frau aktualisiert. In der Diskussion wurde herausgestellt, daß unter gesundheitspolitischen Aspekten auch die Autonomie der Frau zu berücksichtigen sei.

Liberalisierung der Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch lassen sich darin begründen, daß gesundheitliches Wohlbefinden auch davon abhängig ist, daß der/die Einzelnen über den eigenen Körper selbstbestimmen kann. Darüberhinaus sind die vorhandenen Methoden der Familienplanung unsicher oder gesundheitsschädlich, so daß sich das Problem unerwünschter Schwangerschaften nicht beseitigen läßt. Folglich ist die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs ein Ausdruck davon, welche gesundheitliche Möglichkeiten im Sinne von Wohlbefinden eine Gesellschaft Frauen zugesteht.

^{+) Das staatliche Interesse an der Geburt schließt auch die Geburtenkontrolle ein.}

7.2. Gesundheit und Familie als Gegenstand der Politik

Eine Kernthese der Diskussion lautete, daß staatliche Gesundheitsförderung an die Erfahrung und an die Praxis im Umgang mit Gesundheit in der Familie anknüpfen soll. Es wurde darauf gewarnt, daß gesundheitspolitische Interventionen sich gegen das Interesse der Familie und der einzelnen Familienmitglieder richten könnten. Hilfe soll nicht in Kontrolle umschlagen (vgl. Rita Süßmuth).

Dies bedeutet sowohl für die politische Ebene ein Ausbalancieren von Hilfe und Kontrolle, wie für die Familien selbst eine Gratwanderung zwischen Autonomie und Öffnung um der Gefahr der Abschottung ebenso zu begegnen, wie der der Abhängigkeit und Fremdbestimmung im Rahmen von Gesundheitsstrategien.

Staatliche Gesundheitsprogramme sind oft zum Scheitern verurteilt, wenn sie die kulturellen Traditionen, die Einstellungen und Interessen nicht berücksichtigen. Aus verschiedenen Ländern wurden derartige Probleme bei der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderungsprogrammen diskutiert. Aus osteuropäischen Ländern z.B. wurde eine tendenzielle Wirkungslosigkeit von staatlichen Maßnahmen berichtet (vgl. Koferat Piroshka Komlosi). Eine Fülle von Verordnungen, die die Familie stützen und viele Institutionen sind von der Familie nicht "angenommen" worden. Als Ergebnis der Tagung läßt sich festhalten: Einstellungen und Verhaltensweisen von Familien ändern sich, neue Familienleitbilder, veränderte Beziehungsstrukturen in der Familie entwickeln sich. Dagegen ist das öffentliche Bild der Familie, ist staatliches Handeln nach wie vor an der sog. Kernfamilie, der vollständigen Familie, mit der Frau als Hausfrau und Mutter orientiert. Gesundheitspolitik für die Familie war im wesentlichen "Gebärpolitik". Die Frau war zumeist der explizite oder implizite Adressat der Gesundheitserziehung; ihrer Gesundheitsarbeit für andere

nicht für sich, galt das staatliche Interesse.

Von dieser These ausgehend, wurde nach der notwendigen Neubestimmung familienpolitischer Maßnahmen gefragt, die den veränderten Strukturen und den Interessen der Familie gerecht würden. Eine Analyse der Familienpolitik (vgl. Barbara Riedmüller) ergibt einen Wechsel familienpolitischer Leitbilder nach drei Phasen: die Idealisierung der Familie, der politischen und wissenschaftlichen Diagnose eines Funktionsverlustes der Familie und zuletzt der erneuten Betonung ihrer Leistungsfähigkeit. In diesen Phasen schlagen sich kulturelle, politische und soziale Leitbilder nieder, die sich vor allem in einer Tendenz zur Individualisierung, zur Ausgestaltung individueller sozialer Rechte einzelner Familienmitglieder niederschlug, vor allem die soziale Sicherung der Frau wäre hier zu erwähnen.

Gesundheitspolitik ist in allen Industrieländern immer weniger Teil der Familienpolitik. Sie ist im wesentlichen Sozialversicherungspolitik. Seit der Entstehung der Krankenversicherung ist Gesundheit als Risiko versichert, dem marktförmig organisierte Güter, Gesundheitsleistungen zugeordnet sind. Diese Gesundheitsleistungen sind aber Leistungen im Falle von Krankheit mit dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Dieses Leistungsnetz ist immer mehr ausgeweitet worden, immer mehr "Risiken" wurden auf diese Weise als Versicherungsleistungen institutionalisiert und dem professionellen Behandlungssystem zugeführt, so sind Schwangerschaft, Geburt, Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen und andere Früherkennungsmaßnahmen in die Krankenversicherung aufgenommen worden. Auf diese Weise kamen Frauen, auch wenn sie nicht erwerbstätig waren, in den Genuß von Gesundheits- bzw. Krankheitsleistungen - aber, daß muß man hervorheben in ihrer Funktion als Mütter, als Gebärende. Auf die nichterwerbstätige Frau wird nicht als Individuum, als Person mit eigenen Bedürfnissen und

Gesundheitsvorstellungen im Krankenversicherungssystem eingegangen. Die Frauen wurden zu einer Restgröße der Gesundheitspolitik als Folge der funktionalen Bindung des Gutes "Gesundheit" an Erwerbsarbeit: Als soziale Tatsache, die einen eigenen Versicherungsanspruch kontituiert, als Ziel des Leistungseinsatzes des Gesundheitssystems und als Form der Bearbeitung von Krankheit. Dieses Dilemma drückt sich auch in der politischen Kompetenz des Familienministeriums aus, ein Ministerium, das in der Bundesrepublik "Familie" und "Gesundheit" verwaltet, ohne für die Gesundheit im Sinne der Sozialversicherung zuständig zu sein.

In der Bundesrepublik und auch in anderen europäischen Ländern läßt sich heute eine erneute Rückbesinnung auf familiäre Werte, auf Selbsthilfe und Solidarität feststellen.

An diesem Punkt entzündete sich eine interessante und z.T. höchst kontroverse Diskussion. Denn auf der einen Seite wurde verneint, daß das Rad der Geschichte zurückgedreht werden kann, daß die Frau ihre Emanzipationsansprüche aufgibt, daß die Funktionsverluste und Störungen der Familie wegdefiniert werden könnten. Dabei wurde auf die eingangs festgestellte realen demografischen und sozialen Prozesse des Wandels von Familien- und Haushaltssystemen verwiesen. Auf der anderen Seite wurde auch die Gefahr gesehen, daß alte familiäre Solidaritäten zerbrechen und keine neuen Formen von Solidarität entstehen. Wie läßt sich ein Bezug auf das berechtigte Interesse der einzelnen Familienmitglieder herstellen, ohne einseitigen negativen Prozeß der Individualisierung als Vereinzelung und in vielen Fällen Vereinsamung zu beschleunigen? Die Geschichte der Sozialversicherung zeigt die Ambivalenz personenbezogener sozialer Rechte. Obwohl die Familie als "soziales Netz" den sozialen Leistungssystemen immer vorausgesetzt war, mit all den negativen Folgen für die soziale Sicherung der Frau, ist der solidarische Charakter dieser

sozialen Sicherung verschwunden. Heute kann keinesfalls mehr unterstellt werden, daß die Familie ein Ort sozialer Sicherung ist. Dagegen sprechen die Fakten der Armut von vor allem alten Frauen in allen europäischen Ländern. Was aber sind die Auswege aus einer Politik der Individualisierung, in dem das einzelne Familienmitglied mehr Rechte erhält, ohne daß damit solidarische Netze zerstört werden? Eine "Zwangssolidarität", in der das "Personal" früherer Lebenszusammenhänge zusammengeschweißt wird, wo keine substantielle Gemeinsamkeit mehr vorherrscht, wurde ablehnend kritisiert. Gibt es überhaupt noch eine von den Familienmitgliedern positiv beurteilte solidarische Hilfe? Diese Frage wurde vor allem im Hinblick auf die Unterstützung zwischen den Generationen bejaht; wobei die kulturellen Unterschiede der jeweiligen Länder berücksichtigt werden müssen.

Eine Alternative wurde vor allem in Hilfesystemen gesehen, die nicht individualistisch gestaltet sind, die an Nachbarschaften, an Gemeindestrukturen anknüpfen und die den Einzelnen in seinen Interessen unterstützen. Vor allem aus Selbsthilfeprojekten sind solche neuen Formen solidarischer Hilfe bekannt. Solche Hilfesysteme könnten eine Familienpolitik überwinden, die die Familie als "System" betrachtet, in die man Gesundheit "einträufelt".

8. Empfehlungen der Arbeitsgruppen

Gesundheitspolitik und -pädagogik darf die Jahrhunderttrends nicht übergehen, z.B. sinkende Geburtenrate, die Erwerbstätigkeit der Frau und die Entwicklung unterschiedlicher privater Lebensformen.

In Bezug auf familiäre Gesundheitsarbeit muß sie sich der Grenzen bewußt sein, die ihr durch aktuelle politische, wirtschaftliche und ökologische Systeme gesetzt sind.

Gesundheitsförderung hat auszugehen von den Wünschen und Bedürfnissen und allgemeinen Kapazitäten der Familien.

Die kulturellen, sozialen und regionalen Unterschiede von Gesundheitskonzepten der Familie, wie z.B. im Mittelmeerraum, müssen erforscht werden, um neue Kriterien für Gesundheitsprogramme zu entwickeln.

Gesundheitsprogramme, die auf einzelne Familienmitglieder, wie z.B. Mütter und Kinder ausgerichtet waren, müssen auf ihre gesundheitlichen Effekte auf andere Familienmitglieder überprüft werden.

Dies trifft insbesondere auf die Überlastung von Frauen zu. Frauen tragen die Hauptlast bezahlter und unbezahlter Gesundheitsarbeit in Institutionen und in der Familie. Ihre eigene Gesundheit dagegen wird von der Gesundheitspolitik vernachlässigt. Es müßte daher Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, eine neue Arbeitsverteilung in der Familie zu fördern.

Eine wichtige Voraussetzung für Gesundheitsförderung ist die Anerkennung der positiven Bewältigungspotentiale der Familien. Bisher sind Gesundheitsprogramme von Versorgungsinstitutionen ausgegangen. Dagegen ist ein Ansatz zu nutzen, der von der familiären Gesundheitsarbeit ausgeht und die Gesundheitsdienste darauf aufbaut. Diese Programme sollen mit den Familien gemeinsam entwickelt werden.

Die Orientierung an der alltäglichen Gesundheitsarbeit muß sich in einer Veränderung der professionellen Hilfen niederschlagen. Dies beinhaltet

- eine Anerkennung des Alltagswissens und der Alltagskompetenz der Familien
- ein Akzeptieren der Eigenständigkeit von Selbsthilfegruppen
- Sozialarbeiter und Gesundheitsarbeiter müssen die Kompetenz und Erfahrung besitzen, mit der Familie zu kommunizieren
- Gesundheitserziehung soll Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Professionellen werden.

Gesundheitsförderungsprogramme sollten folgende Kriterien erfüllen:

- "unterstützende Gesundheitserziehung", d.h. Ressourcen, Rechte und Räume zur Verfügung stellen
- Flexible, situative und gemeindenahe Unterstützung aufbauen.

Dadurch, daß das Leistungssystem der institutionalisierten Gesundheitsversorgung auf Krankheit bezogen ist, wird der Einzelne auf Krankheit festgelegt.

Gesundheitsförderung darf diese Trennung zwischen Krankheit und Gesundheit nicht mitvollziehen, darf Krankheit und Behinderung nicht tabuisieren.

9. Schlußbemerkung zu den forschungspolitischen Perspektiven des Seminars

Das Seminar hat sich vor allem auf die heutige Entwicklung der Familienstrukturen, der daraus folgenden Veränderung der Beziehung zwischen Mann und Frau, wie sie sich im geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten ausdrückt konzentriert. Aus dieser Perspektive folgt, daß sich das Verständnis von Gesundheit in der Familie gewandelt hat. Daß auf der einen Seite familiäre Gesundheitsarbeit nicht mehr einfach als Arbeit der Frau vorausgesetzt werden kann, daß aber auf der anderen Seite auch neue Ressourcen an familiärer Selbsthilfe erschlossen werden. Auf beide Prozesse hätte staatliche Gesundheitsförderung einzugehen, indem Defizite durch professionelle Hilfen ausgeglichen werden und die sich verändernden Interessenlagen und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Wie aber sollen diese Gesundheitshilfen aussehen? Welche Inhalte, welche Organisationsformen entsprechen diesen neuen

Bedürfnissen. Diese Frage ist weitgehend unbeantwortet geblieben. Sie richtet sich auf ein Forschungsfeld, das die Vernetzung familiärer Gesundheitsarbeit mit den professionellen Gesundheitsdiensten zum Gegenstand hat. Hierbei wäre die Rolle von sog. intermediären Instanzen wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u.a. ebenso zu untersuchen, wie die Lernprozesse, die professionalisierte Hilfssysteme unterliegen im Umgang mit veränderten Interessen und Bedürfnissen der Familien. Gesundheitsförderung würde sich dann nicht nur an einer "imaginären" intakten Familie oder umgekehrt deren Defizite orientieren, sondern an den Nahtstellen der Inanspruchnahme und Artikulation von Hilfsbedürfnissen im Vorfeld und Umfeld des Gesundheitssystems. Die Berichte der innovativen Projekte der einzelnen Länder enthalten wichtige Ansatzpunkte für einen solchen Erfahrungsprozess.