

Ernährung und Bewegung

III. INTERNATIONALES SEMINAR FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG

100007

BUNDEZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

KÖLN

1974

Ernährung und Bewegung

die Rolle der Gesundheitserziehung

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 100007
(10.7)

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

Ernährung und Bewegung

die Rolle der Gesundheitserziehung



**III. Internationales Seminar
für Gesundheitserziehung**

Köln, 18.-22. November 1974

**Gesamtherstellung:
Internationales Journal für Gesundheitserziehung**

- VERANSTALTER :** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Ostmerheimer Str. 200
5 Köln 91
Bundesrepublik Deutschland
- IM AUFTRAG :** des Bundesministers für Jugend, Familie und
Gesundheit
5300 Bonn-Bad Godesberg
- IN ZUSAMMENARBEIT
MIT :** dem Regionalbüro für Europa der Weltge-
sundheitsorganisation
8 Scherfigsvej
Kopenhagen
Dänemark
- MITWIRKUNG :** Internationale kardiologische Föderation
34, rue de l'Athénée
CH-1211 Genf 12
- SEMINARLEITUNG :** Prof. Dr. med. Wolfgang FRITSCHÉ
Präsident
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Köln
- BERATUNG :** Dr. A. P. WOUDEBERG
Regionalbeauftragter für Gesundheitserziehung
und Sozialwissenschaften
Regionalbüro für Europa
der Weltgesundheitsorganisation,
Kopenhagen
- VORBEREITUNG UND
ORGANISATION** Dipl.-Psych. Rosmarie ERBEN
Dipl.-Volkswirt Günther WELSCH
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Köln
- SEMINARSPRACHEN :** Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch
- TAGUNGSORT :** Hotel Mondial, Bechergasse 10, 5 Köln 1
- SEMINARBERICHT :** *Redaktion:*
Annette LE MEITOUR-KAPLUN (IUGE)
Rosmarie ERBEN (BZgA)
Übersetzung:
Karin JUNGFER (BZgA)

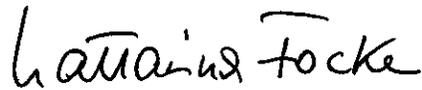
Vorwort

Wie die beiden ersten Internationalen Seminare für Gesundheitserziehung, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit und in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation veranstaltet worden waren, sollte auch das Kölner Seminar « Ernährung und Bewegung » im November 1974 dem internationalen Erfahrungsaustausch dienen. Ziel der Veranstaltung war, herauszufinden, wie sich Gesundheitserziehung wirkungsvoll zur Veränderung des Eßverhaltens und der Gewohnheiten im Bezug auf körperliche Bewegung einsetzen läßt, die — insbesondere im Hinblick auf die Herz- und Kreislauf-Krankheiten — als gesundheitsschädlich gelten.

Die Kölner Veranstaltung steht im Zusammenhang mit der Aktion « Ernährung und Bewegung » und schließt unmittelbar an das II. Internationale Seminar für Gesundheitserziehung an, das 1970 in Höhenried stattfand und der Rolle der Gesundheitserziehung bei der Erst- und Zweitprävention von Herz- und Kreislauf-Krankheiten gewidmet war: Damals standen Gewichtskontrolle und Bewegungstraining ganz oben auf der Liste der Forderungen nach Verhaltensänderungen, die nach Ansicht der Seminarteilnehmer gesundheitserzieherische Initiativen verlangten. So war auch damals beschlossen worden, diese Aspekte noch einmal eingehender zu untersuchen. Zu diesem Zweck kamen dann in Köln Experten aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens, Sportmediziner, Kardiologen, Erziehungswissenschaftler, Fachleute auf dem Gebiet der schulischen Gesundheitserziehung, Sozial- und Verhaltenswissenschaftler zusammen. Diese Gelegenheit wurde einerseits dazu genutzt, Bilanz zu ziehen: Inwieweit waren die bisherigen Bemühungen, der Öffentlichkeit klarzumachen, wie wichtig eine vernünftige Ernährungsweise ist, und sie zum Sporttreiben oder zu anderen Formen körperlicher Bewegung zu motivieren, erfolgreich? Andererseits überlegte man, wie Motivation, Einstellung und Verhalten sich durch kombinierte

Kampagnen ändern lassen, da ja zwischen Nahrungsaufnahme und Energieverbrauch bei Muskeltätigkeit ein enger Zusammenhang besteht.

Wir freuen uns sehr darüber, daß fünfzehn Nationen sowie zwei nichtstaatliche Organisationen unserer Einladung zu diesem Seminar gefolgt sind. So hatten sechzig Experten aus Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Jugoslawien, den Niederlanden, Österreich, Polen, Schweden, der Schweiz, Ungarn und dem Vereinigten Königreich sowie Vertreter der Internationalen kardiologischen Föderation und der Internationalen Union für Gesundheitserziehung Gelegenheit, ihre Erfahrungen zusammenzutragen. Uns hat dieses Seminar für unsere zukünftigen Aktivitäten nützliche Hinweise und Anregungen geliefert.



Dr. KATHARINA FOCKE
Bundesminister für Jugend, Familie
und Gesundheit

Geleitwort

Fehlernährung und Bewegungsmangel gelten als Risikofaktoren, die nicht nur die Entstehung von Herz- und Kreislaufkrankheiten begünstigen. Eß- und körperliches Bewegungsverhalten sind erlernt und veränderbar. Sie bieten daher Ansatzmöglichkeiten für gesundheitserzieherisches Bemühen im Rahmen der Vorsorgemedizin.

Obwohl die Einsicht in eigenes Fehlverhalten durch Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen geweckt werden kann, bleiben Verhaltensänderungen selten. Essens- und Bewegungsgewohnheiten sind Faktoren des individuellen Wohlbefindens. Nur allzuoft aber wecken die Forderungen der Gesundheitserziehung Unlust, weil sie mit Unbequemlichkeit verbunden sind.

Die Frage ist: Wie kann Gesundheitserziehung erfolgreich Verhaltensänderungen auf dem Ernährungs- und Bewegungssektor bewirken und gleichzeitig Lebensfreude erhalten oder verbessern?

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation ist stark an Fragen der Gesundheitserziehung interessiert. So wurde 1973 eine Abteilung für Gesundheitserziehung und Sozialwissenschaften eingerichtet, die u.a. die Aufgabe hat, in der europäischen Region Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung anzuregen, zu fördern und aktiv zu unterstützen. Die Tatsache, daß die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit dieses III. Internationale Seminar für Gesundheitserziehung veranstaltete, war somit für das Regionalbüro auch Gelegenheit und Anlaß, diese Veranstaltung mit vorzubereiten und zu unterstützen.

Das Thema des Seminars sowie der damit implizierte Versuch, einen Beitrag zur Prävention der Herz- und Kreislauf-Krankheiten — insbesondere der ischämischen Herzkrankheiten — zu leisten, sind für das Regionalbüro von großem Interesse. Das Büro hat selbst im Jahre 1968 ein Langzeitprogramm aufgestellt, um Methoden und Organisationsformen zu entwickeln und zu testen, die die betroffenen Länder in die Lage versetzen

sollen, wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung der Herz- und Kreislauf-Krankheiten zu ergreifen. Dieses Programm war in der europäischen Region das erste seiner Art. In der Anfangsphase ging es hauptsächlich um das Problem der ischämischen Herzkrankheiten. Wegen der positiven Ergebnisse wurde das Programm dann später erweitert: Im zweiten Abschnitt, der bis 1977 laufen soll, werden auch andere Herz- und Kreislauf-Krankheiten berücksichtigt. Das Programm beinhaltet Projekte zur Prävention sowie zur Feststellung, Früherkennung und Rehabilitation von Herz- und Kreislauf-Krankheiten. Dabei wird in diesem Langzeitprogramm zunehmend Gewicht auf die Rolle der Gesundheitserziehung bei der Prävention ischämischer Herzkrankheiten gelegt.

Somit ist das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, zum Thema Ernährung und Bewegung veranstaltete Seminar für die WHO und ihre Arbeit von großer Wichtigkeit. Ein solches Seminar kann nicht anders als zu einem fruchtbaren Gedankenaustausch führen, der sich schließlich in konkreten, aufgabenorientierten Programmen niederschlagen wird, die im Rahmen von Projekten auf Gemeinwesen-Basis durchgeführt werden müssen.



Leo Kaprio
Direktor
Regionalbüro für Europa
Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsangabe

Vorwort des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit	v
Geleitwort des Direktors des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation	vii
I. THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR GESUNDHEITSERZIEHUNG	
Gesundheitserziehung zur Prävention von Koronarerkrankungen: Haben wir ausreichende wissenschaftliche Grundlagen?	3
<i>Martti J. Karvonen und Ilkka Vuori</i>	
Gesundheitserziehung in unserer sich wandelnden Welt: Die Notwendigkeit größerer Effizienz	8
<i>Martti J. Karvonen</i>	
Die Gesundheitserziehung und das Individuum: Machen wir Gesunde krank?	14
<i>Maurice Serisé</i>	
II. DIE PRAXIS DER GESUNDHEITSERZIEHUNG: PROJEKTBERICHTE	
Das Nordkarelien-Projekt: Integration der Gesundheitserziehung in die Gesamtmaßnahmen	21
<i>Kaj Koskela und Pekka Puska</i>	
Experimente zur verhaltenstherapeutischen Behandlung des Übergewichts	27
<i>Roman Ferstl, Ulrich Jokusch und J. C. Brengelmann</i>	
„Ernährung und Bewegung“ in Schweden: vorläufige Ergebnisse der Kampagne	45
<i>Nils Östby</i>	
Trimmy, der freundliche kleine Botschafter	54
<i>Jürgen Palm</i>	

Gewichtsreduktion in der Gruppe	57
<i>Anita Rieger und Ursula Loch</i>	
III. VERHALTENSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE UND KULTURELLE NORMEN	
Motivationale Widerstände gegen körperliche Bewegung und Möglichkeiten ihrer Überwindung	61
<i>Manfred Steinbach</i>	
Die Erziehung zu Ernährungsgewohnheiten im Kindesalter	73
<i>Leo Baric</i>	
Verhaltenstherapie bei Übergewicht: Bericht über die Entwicklung und Erprobung eines Selbstkontrollprogramms	77
<i>Margarete Reiss, Gisela Bartling, Wolfgang Fiegenbaum und Elisabeth Müller</i>	
IV. ERFOLGSKONTROLLE	
Einige Gedanken zur Planung des Erfolgskontroll-Teils eines gesundheitserzieherischen Projekts	93
<i>Leonarda M. Klinkert</i>	
Richtlinien zur Erfolgskontrolle verschiedener Aspekte gesundheits- erzieherischer Maßnahmen	100
<i>Auszug aus einem Bericht von einem Fachausschuß der WHO</i>	
Mehr Forschung ist erforderlich	105
<i>H. D. Cremer — N. D. Milev</i>	
V. NATIONALE PROGRAMME UND MASSNAHMEN	
Berichte aus	
Bulgarien	109
Dänemark	111
der Bundesrepublik Deutschland	113
Frankreich	116
Österreich	120
der Schweiz,	121
der Tschechoslowakei	124
Ungarn	125
dem Vereinigten Königreich	128
VI. SYNTHESE	
Überblick über Gruppenarbeit und Diskussionen	133
<i>Annette Kaplun-Le Meitour</i>	
VII. TEILNEHMERLISTE	147

ERSTER TEIL

**Theoretische Überlegungen
zur Gesundheitserziehung**

■ **Gesundheitserziehung zur Prävention von Koronarerkrankungen**

Haben wir ausreichende wissenschaftliche Grundlagen?

von Prof. **Martti J. Karvonen**
Generalarzt der Finnischen Streitkräfte, Finnland
und Dr **Ilkka Vuori**
Leiter des klinischen Labors
Zentrum für Rehabilitationsforschung
der Sozialversicherungsanstalt, Finnland

Ist es hinreichend wissenschaftlich erwiesen, daß sich Herz-Kreislauf-Krankheiten durch eine ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung verhindern lassen? Welcher Zusammenhang besteht z. B. zwischen dem Cholesterinspiegel und Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Wieviel Bewegung ist tatsächlich für ein gesundes Herz-Kreislauf-System notwendig? Können wir behaupten, daß diejenigen, die sich wenig bewegt haben bzw. sich wenig bewegen und große Mengen gesättigter Fette in ihrer Nahrung aufnehmen, sehr viel mehr gefährdet sind als andere?

Prof. Martti Karvonen, der bei diesem Seminar als Consultant fungierte, hat zusammen mit Dr. Ilkka Vuori einen Beitrag geliefert, in dem die neuesten Informationen zu diesem Thema präsentiert werden.

ERNÄHRUNG UND KORONARERKRANKUNG

Jedes Merkmal einer Person oder einer Gruppe, aufgrund dessen sich ein erhöhtes Risiko im Hinblick auf Koronarerkrankungen voraussagen läßt, kann als Risikofaktor bezeichnet werden. Die zuverlässigste Methode zur Ermittlung von Risikofaktoren ist die Längsschnittstudie, bei der zu Beginn der Studie der Umfang der mutmaßlichen Risikofaktoren für jedes Mitglied einer Population ungefähr festgestellt wird. In den folgenden Jahren wird dann beobachtet, bei welchen Personen sich eine Koronarerkrankung einstellt.

Fünf Hauptrisikofaktoren

Bei solchen Studien, die in verschiedenen Ländern gelaufen sind, wurden fünf große Risikofaktoren für eine Koronarerkrankung herausgefunden:

- das männliche Geschlecht
- Alter

- hoher Blutdruck
- hoher Serum-Cholesterinspiegel
- Rauchen.

In einigen Studien ergab sich noch eine Reihe weiterer Risikofaktoren wie Fettleibigkeit, Diabetes, Gicht, hohe Serum-Triglyzeridwerte, ein bestimmter Persönlichkeitstypus und psycho-sozialer Streß. Vergleiche zwischen verschiedenen Populationen zeigten noch andere Risikofaktoren wie z.B. „weiches“ Trinkwasser. Ganz allgemein läßt sich das Risiko einer Koronarerkrankung wohl ungefähr mindestens zur Hälfte durch die bereits bekannten Risikofaktoren erklären. Es wird künftigen Forschungsarbeiten vorbehalten bleiben, herauszufinden, welche Rolle noch wenig untersuchte und/oder noch völlig unbekannt Risikofaktoren spielen. Wir wissen jedoch bereits genug, um diese Kenntnisse in die praktische Prävention einbringen zu können.

Die Häufigkeit der Koronarerkrankungen ist von Land zu Land verschieden

In den verschiedenen Gemeinschaften wurde eine ganze Skala von Serum-Cholesterinwerten beobachtet; die Ursache dieser Unterschiede ist weitgehend unbekannt. Wir wissen jedoch, daß die durchschnittliche Serum-Cholesterinkonzentration bei einer Population in engem Zusammenhang mit deren Ernährungsgewohnheiten steht. Die Zufuhr von gesättigten Fettsäuren und Cholesterin mit der Nahrung sowie eine Gewichtszunahme führen zu einem Ansteigen des Serum-Cholesterinspiegels, die Aufnahme vielfach ungesättigter Fettsäuren dagegen zu einem Absinken. In der Praxis stellt die in den gesättigten Fettsäuren enthaltene Energiemenge die wichtigste Ernährungsvariable dar.

So sind die Diskrepanzen zwischen den Ländern im Hinblick auf die Häufigkeit von und die Sterblichkeit bei Koronarerkrankungen auf die Tatsache zurückzuführen, daß die Menge gesättigter Fette, die die bei ihnen übliche Nahrung enthält, jeweils eine andere ist. Das zeigen auch die Ergebnisse einer *Sieben-Länder-Studie* über Finnland, Griechenland, Italien, Japan, Jugoslawien, die Niederlande und die Vereinigten Staaten. Später beteiligte sich auch noch Ungarn als achte Nation. Zu Beginn dieser Studie wurden Männer im Alter von 40 bis 59 Jahren auf ihre Gesundheit und eventuelle Risikofaktoren hin untersucht. Sie wurden dann zehn Jahre lang kontrolliert und noch weitere zwei Mal — nach 5 und nach 10 Jahren — untersucht. Die Anzahl der in der Zwischenzeit in den einzelnen Ländern eingetretenen Fälle von Koronarerkrankung wies eine große Schwankungsbreite auf: In Japan und den Mittelmeerländern war die Zahl der Krankheitsfälle am niedrigsten, während Finnland und die Vereinigten Staaten an der Spitze standen. Was das Risiko des einzelnen betrifft, wurde festgestellt, daß Bluthochdruck, hoher Serum-Cholesterinspiegel und Rauchen sowohl in den Ländern mit geringerem Erkrankungsrisiko als auch in den Risikoländern ein erhöhtes Risiko mit sich bringen.

Wie nun lassen sich die starken Schwankungen in der Koronarstatistik verschiedener Länder erklären? Der Faktor *Rauchen* hilft uns hier nicht weiter; denn die Unterschiede im Tabakkonsum waren nur gering, und die Japaner, die ja die wenigsten Koronarerkrankungen zu verzeichnen hatten, rauchten sogar am meisten. Was den *Blutdruck* angeht, war eine gewisse Parallelität zwischen den Durchschnittswerten der einzelnen Länder und ihrer Koronarstatistik festzustellen. Bei weitem am besten jedoch ließen sich die Schwankungen der Koronarstatistik von Land zu Land durch den *Serum-Cholesterinspiegel* erklären. Zwischen der Zahl der

während der ersten 5 Jahre eingetretenen Koronarerkrankungen und dem entsprechenden Cholesterinspiegel bestand eine Korrelation von 0,8! Die durchschnittlichen Cholesterinspiegelwerte konnten weitgehend auf die Zufuhr unterschiedlicher Mengen gesättigter Fette zurückgeführt werden. Die Korrelation zwischen der Zufuhr an gesättigten Fetten und der Häufigkeit von Koronarerkrankungen war genauso hoch wie beim Cholesterinspiegel.

Zur Berechnung der Erkrankungswahrscheinlichkeit wurden die verschiedenen Risikofaktoren in einer mathematischen Gleichung zusammengefaßt. Obwohl die Berechnungen im allgemeinen der Realität entsprachen, lag die Zahl der Koronarerkrankungen in einigen Ländern über, in anderen unter dem Wert, der sich aus den Hauptrisikofaktoren ergab. So zeigte sich, nachdem man anhand der in Europa gewonnenen Daten den Wert für die USA berechnet hatte, daß die Zahl der Koronarerkrankungen in Wirklichkeit etwa doppelt so hoch war, wie der aufgrund der bekannten Risikofaktoren ermittelte Wert. Mit anderen Worten: Es muß in Amerika einen weiteren Risikofaktor X geben, den wir noch nicht kennen. Ähnlich unterschiedliche Bedingungen sind in Ost- und Westfinnland anzutreffen: Im Osten liegt die Zahl der Koronarerkrankungen doppelt so hoch wie im Westen, wobei dieser Unterschied jedoch nur zur Hälfte durch die bekannten Risikofaktoren zu erklären ist. Somit bleibt ein Viertel der Koronarerkrankungen in Ostfinnland nach wie vor ungeklärt.

Läßt sich die Zahl der Koronarerkrankungen durch eine andere Ernährung auf die Hälfte reduzieren?

Die Feststellung eines Risikofaktors bedeutet nicht zwangsläufig, daß er zu einer Koronarerkrankung führen würde. Um Koronarerkrankungen präventiv angehen zu können, müßten wir wissen, ob sich die Änderung eines bestimmten Risikofaktors auch auf das Ausmaß des Risikos auswirkt.

Zum Thema „Primärprävention von Koronarerkrankungen durch Ernährungsumstellung“ wurden vom *New York Anti-Coronary Club*, von den *Los Angeles Veterans* und vom Landeskrankenhaus Helsinki drei große Studien durchgeführt. Bei jeder dieser Untersuchungen war eine Prävention von Koronarerkrankungen in signifikantem Umfang möglich. Untersuchungen zur Sekundärprävention dagegen, bei denen die Versuchspersonen also bereits unter einer Koronarerkrankung im klinischen Stadium litten, haben unterschiedliche Ergebnisse gezeitigt: Manchmal ist es gelungen, das Leben des Patienten zu verlängern, in anderen Fällen blieben die Präventivmaßnahmen erfolglos.

Atherosklerose der Koronararterien ist ein Prozeß, der sich über Jahrzehnte hinzieht. Daher wäre eine anti-atherogene Diät wahrscheinlich nur voll wirksam, wenn sie bereits in der Kindheit einsetzt. Eine solche Diät wirkt sich auch auf den Blutgerinnungsmechanismus aus: Die Bereitschaft der Thrombozyten zur Koagulation wird reduziert. Somit kann sich eine Diät, bei der die gesättigten Fettsäuren in hohem Maße durch vielfach ungesättigte ersetzt werden, in doppelter Hinsicht positiv auswirken: Sie könnte durch Reduzierung des Serum-Cholesterins die Bildung von Atheromen und durch ihre Wirkung auf die Thrombozyten die Bildung von Thrombosen verhindern.

Nach Ergebnissen bisheriger Untersuchungen läßt sich ein durchschnittlicher Cholesterinspiegel von ca. 260 mg-% durch eine zumutbare Ernährungsumstellung auf ca. 210-220 mg-% senken. Allein schon dadurch würde sich die Zahl der Koronarerkrankungen voraussichtlich auf die Hälfte reduzieren.

Die Richtigkeit einer solchen Prognose müßte jedoch durch großangelegte Untersuchungen an Tausenden von Freiwilligen überprüft werden, die vorzugsweise über viele Jahre in verschiedenen Gemeinwesen laufen sollten. Solche Untersuchungen sind jedoch noch nicht durchgeführt worden, und angesichts des Personal- und Mittelaufwandes, der erforderlich wäre, ist es auch fraglich, ob sie je stattfinden werden.

Das dem Körper mit der Nahrung zugeführte Fett und Cholesterin sind mit Sicherheit nicht die einzigen Ursachen der Koronarerkrankung. Doch bietet sich uns hier eine konkrete Möglichkeit, auf einen Risikofaktor Einfluß zu nehmen. Wenn eine solche Änderung einmal irgendwo in großem Maßstab stattgefunden hat, ist es wichtig, dann sorgfältig zu untersuchen, ob der erwartete Präventiveffekt tatsächlich erzielt wird.

BEWEGUNG ALS GESUNDHEITSFÖRDERNDER FAKTOR

Bewegung am Arbeitsplatz und eine aktive Freizeitgestaltung sind im Hinblick auf ihren gesundheitlichen Wert nicht gleichwertig. Einige prospektive Studien zur Häufigkeit von Koronarerkrankungen ergaben, daß Bewegung am Arbeitsplatz wirkungslos war, während Menschen, die sich während der Freizeit Bewegung verschafften, seltener einer Koronarerkrankung zum Opfer fielen als die anderen. Am eindeutigsten waren diejenigen dagegen geschützt, die regelmäßig intensiv Sport trieben.

Das Betreiben eines Ausdauersports über mehrere Jahre hinweg wirkt sich auf viele Gewohnheiten des Menschen aus und löst verschiedene Veränderungen im Organismus — insbesondere im kardio-vaskulären System — aus, die auf den Trainingseffekt zurückzuführen sind. Bei Sportlern, die über lange Zeit einen Ausdauersport betrieben hatten, waren folgende Risikofaktoren weniger stark ausgeprägt als bei der restlichen Bevölkerung:

- Rauchen
- Bluthochdruck
- Lipoidüberschuß
- Fettleibigkeit
- Neigung zu Stoffwechselstörungen.

Keine absolute Sicherheit, aber bessere Chancen

Eine gute Kondition bedeutet jedoch nicht absolute Sicherheit vor einem Myokardinfarkt. Wenn jedoch eine solche Person einen Infarkt bekommt, ist sie vor der Gefahr eines plötzlichen Todes relativ sicher. Auch hat sie insofern bessere Aussichten, als die Dauer des Krankenhausaufenthalts im Durchschnitt kürzer ist und die Arbeit früher wiederaufgenommen werden kann.

Neben ihrer Wirkung im Hinblick auf Koronarerkrankungen kann körperliche Bewegung auch bei einer Reihe anderer Krankheiten bzw. Funktionsstörungen Prävention, Behandlung und Rehabilitation unterstützen:

- leichte Hypertonie
- vasoregulatorische Störungen
- klimakterische Symptome

- Erkrankung der peripheren Arterien
- leichte Fettleibigkeit
- Rückenschmerzen aufgrund von Muskelschwäche
- Osteoporose und Reduzierung neuromuskulärer Funktionen bei älteren Menschen.

Diese Vorzüge der körperlichen Bewegung rechtfertigen die Bemühungen, jeden einzelnen dazu zu bringen, sich jeden Tag genügend Bewegung zu verschaffen.

Bewegung: das gesellschaftlich akzeptabelste Mittel, um Spannungen und Aggressionen loszuwerden

Außerdem — und das ist vielleicht noch wichtiger — ist Bewegung eines der aus physiologischer und sozialer Sicht akzeptabelsten Mittel, um Spannungen, Aggressionen und Streß abzubauen. Dieser Effekt läßt sich auf angenehme Weise erzielen. Aus diesen Gründen ist Bewegung einer der Faktoren, mit denen man arbeiten kann, um vielen Menschen zu größerem physischen und geistigen Wohlbefinden zu verhelfen.

■ **Gesundheitserziehung in unserer sich wandelnden Welt**

Die Notwendigkeit größerer Effizienz

von Prof. **Martti J. Karvonen**
Generalarzt der Finnischen Streitkräfte, Finnland

Kommunikation — eine Chance für quantitativen und qualitativen Fortschritt?

Mit der technologischen Revolution haben sich die Möglichkeiten der Informationsvermittlung unendlich vergrößert. Mehr und mehr Publikationen sind jedem ohne weiteres zugänglich. Radio, Fernsehen und verschiedene Instrumente zur Reproduktion aufgezeichneten akustischen oder visuellen Materials sind in den Industrieländern für jeden erreichbar. Während sich früher die meisten Menschen selbst um Informationen bemühen mußten, sind sie seit der „Informationsexplosion“ gezwungen, die Informationen, mit denen sie laufend überschüttet werden, ständig zu selektieren, um auf ein angemessenes Verhältnis zwischen Signalpegel und Störpegel zu kommen. Sogar in den Entwicklungsländern ist das Transistorradio jetzt bis in die entlegensten Dörfer vorgedrungen.

Schon bei der traditionellen mündlichen Überlieferung wurde bei der Übermittlung einer Botschaft das Prinzip der Redundanz beachtet. In der Runendichtung Kalewala, dem finnischen Nationalepos, wird jede Aussage noch einmal mit anderen Worten wiederholt. In den modernen Massenmedien werden dieselben Informationen oder Werbeslogans ständig wiederholt. Ein sehr großer Teil der Informationen, die auf den Menschen einströmen, ist redundant. Diejenigen, die verkaufen wollen, und diejenigen, die die Macht wollen, nehmen bereits einen Großteil der gesamten Informationsaufnahmekapazität der Menschen für ihre Zwecke in Anspruch. Sie hoffen, daß ihre Botschaft durch ständige Wiederholung schließlich bei der Bevölkerung ankommt.

Auch bei persönlichen Kontakten werden Informationen übermittelt. Je mehr sich der Mensch also der Bewußtseinsindustrie überläßt, desto weniger Zeit bleibt ihm für zwischenmenschliche Beziehungen. Menschliche Kontakte haben die Menschen zu allen Zeiten als wichtig empfunden. Für den modernen Menschen hat die durch persönliche Beziehungen vermittelte Information wohl auch kaum an Bedeutung verloren. Vielleicht ist sogar der Störabstand größer geworden.

Immer wieder, wenn auf dem Gebiet der Kommunikationsmittel eine Neuheit auftaucht, hatte man die Hoffnung, daß dies den Beginn einer neuen Ära der Auf-

klärung ankündigte. Die Realität sah dann hinterher allerdings nicht ganz so rosig aus: Der quantitative Fortschritt ging nicht Hand in Hand mit einem qualitativen Fortschritt. Die Gesellschaft als kybernetisches System wird nicht zwangsläufig immer besser — selbst wenn die Massenmedien sich so entwickeln, daß sie einen Fortschritt begünstigen. Das Sozialverhalten einer jeden Gesellschaft als Ganzes gesehen ist die Summe ihrer Wertvorstellungen und der Bestimmungen, die von einem komplexen System von Institutionen ausgehen. Wenn man etwas für die Gesundheit tun will, dann reicht es nicht aus, eine Botschaft über die Massenmedien zu verbreiten. Die Gesundheitsbehörden müssen dafür sowohl eine eigene personelle Infrastruktur schaffen als auch versuchen, auf die verschiedenen anderen existenten Institutionen Einfluß zu nehmen.

Das Recht des Menschen, selbst Erfahrungen zu sammeln

Durch Erziehung soll die Rationalität des Menschen gefördert und er dazu befähigt werden, Entscheidungen zu treffen. So langwierig und beschwerlich dieser Prozeß auch sein mag, so stellt er doch eine der Hauptkomponenten der gegenwärtigen sozialen Entwicklung dar. Mitbestimmung in der Schule, im Betrieb, im Dorf bzw. in der Stadt und in der Partei sind als Mittel der Selbsterziehung bis zur staatsbürgerlichen Reife anzusehen. Paternalismus — auch wenn er noch so gut gemeint ist — ist heutzutage suspekt. Das Recht jedes Menschen, seine Erfahrungen selbst zu machen, ist auf dem besten Wege dazu, ein Menschenrecht zu werden. Gemeinwesenarbeit ist heute immer mehr die treibende Kraft jeder sozialen Reform oder Neuerung. Anzunehmen, in diesem politischen Klima könnte ein paternalistischer Ansatz in der Gesundheitserziehung zum Erfolg führen, wäre gewagt — wahrscheinlich aber auch falsch. Gesundheitserziehung kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie in Form von Gemeinwesenarbeit stattfindet.

Ein Mehr an Lebensqualität — doch nach welchen Kriterien?

Bei uns werden zur Ermittlung des Gesundheitsniveaus die Geburten- und Todesstatistiken als Maßstab zugrundegelegt. Als Maßstab sind sie nützlich — aber eben auch nur als Maßstab; denn was uns eigentlich interessiert, ist die Qualität des Lebens des einzelnen. Ein modernes Gesundheitswesen kann sich in seiner Zielsetzung nicht lediglich darauf beschränken, Leben zu retten. Ein größerer Teil der Mittel wird eingesetzt, um Leiden und physische Beeinträchtigung zu verhüten bzw. zu lindern. Der Trend geht in Richtung einer Schaffung besserer gesundheitlicher Bedingungen: von der kurativen zur präventiven Medizin oder sogar noch weiter zu einer konkreten Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung.

Die Beurteilung der Lebensqualität ist nicht ganz einfach. Eine Möglichkeit ist, die Entscheidung zwischen mehreren Alternativen als Kriterium anzusetzen. Dann bedeutet alles, wodurch diese Freiheit größer wird, eine Verbesserung der Lebensqualität und umgekehrt. Mit jeder Verschlechterung der Gesundheit aber wird natürlich auch die Entscheidungsfreiheit eingeengt. In diesem Sinne ist Gesundheit eine wichtige Determinante für die Lebensqualität.

Eine Schwäche dieses Ansatzes liegt darin, daß er dazu verleitet, Entscheidungsfreiheit mit der Zahl der tatsächlich getroffenen Entscheidungen gleichzusetzen. Dann wäre die qualitativ beste Lebensweise ja ein rastloses Hasten von einem Ereignis zum nächsten. Und es gibt auch tatsächlich Menschen, die so leben und

damit ihre Individualität einem vielfältigen Streß aussetzen. Andere wieder beschränken ihr Leben von sich aus und konzentrieren sich lieber auf einige wenige Schwerpunkte. Sie gehen Änderungen aus dem Wege. Das Verhältnis zwischen Tradition und Wandel war in den verschiedenen Kulturen und zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich. Mit der Abwanderung vom Lande in die Stadt werden im allgemeinen viele Bindungen zerrissen und traditionelle Wertvorstellungen in Frage gestellt. Somit wird durch den Urbanisierungsprozeß der Widerstand gegenüber Änderungen geringer.

Der Begriff der Gesundheit umfaßt den physischen, den geistigen und den sozialen Bereich. Auch bei der Beurteilung der Qualität des Lebens ist jede dieser drei Dimensionen zu beachten. Bisher haben die offiziellen Stellen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung viel für das physische Wohl des Menschen getan, sie beginnen aber jetzt auch, allmählich die Erziehung zu seelischer Gesundheit als ihre Aufgabe zu akzeptieren, wenn sie sich dabei bis jetzt auch nur um ganz bestimmte Risikofaktoren — Alkohol und Drogen — gekümmert haben. Die Erziehung zur sozialen Gesundheit ist bisher ausschließlich anderen Institutionen — wie Schule, Kirche und Privatorganisationen — überlassen worden. Im Grunde würden nur wenige der Kräfte, die im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind, akzeptieren, daß sie auch für die soziale Gesundheit der Menschen zuständig sind — zu Recht oder zu Unrecht?

Möglichkeiten der Gesundheitserziehung im öffentlichen Gesundheitswesen auf dem Gebiet der Prävention

In den Industrieländern stellen die durch den Menschen selbst verschuldeten Krankheiten heute die größte Herausforderung dar: Unsere modernen Epidemien heißen Koronarerkrankung, Lungenkrebs, Verkehrsunfälle und Drogensucht. Die traditionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens, bei denen der Schwerpunkt auf den Infektionskrankheiten, der Gesundheit von Mutter und Kind und auf der Krankenhausversorgung lag, waren und sind wenig geeignet, es mit den neuen Risikofaktoren aufzunehmen. Die Methoden, mit denen man diesen Feinden hätte zu Leibe rücken können, kamen einer Gesundheitsbehörde nicht zu, oder sie existierten überhaupt nirgendwo im ganzen Staatsapparat. Heute steht das Gesundheitswesen vor der Aufgabe, neuartige Aufgaben zu kreieren und für eine ganze Skala von Verwaltungsbeamten, Privatorganisationen und die Gesellschaft als Ganzes die Führungsrolle zu übernehmen.

Es wäre Aufgabe der zentralen Gesundheitsbehörden, Durchführbarkeitsstudien und Modellprojekte zur Prävention auf Gemeindeebene zu initiieren. Vor allem aber sollten die Gesundheitsstellen sich darüber klar werden, daß sie den verschiedensten auf Gemeindeebene entstehenden und organisierten Vorhaben laufend Informationen zu Gesundheitsfragen zur Verfügung stellen müssen.

Die lokalen Verwaltungsstellen wiederum haben ihrerseits enge Kontakte zu den verschiedensten Einrichtungen in der Gemeinde. Sie sollten diese Verbindungen dazu nutzen, lokale Präventionsmaßnahmen anzuregen. Wenn es darum geht, die Menschen zu einer Änderung ihrer Denkweise oder ihrer Gewohnheiten zu bringen, läßt sich über eine Hausfrauenvereinigung oder einen Geschäftsclub u.U. mehr erreichen als ein Professor der Medizin mit seinem ganzen Wissen vermag. All die maßgeblichen Persönlichkeiten in einer Gemeinde sind nicht an den exponierten Stellen zu finden. In den lokalen Gesundheitseinrichtungen sollte man bemüht sein, mit möglichst vielen von ihnen in Kontakt zu kommen und in einen

Dialog über die verschiedensten gesundheitlichen Probleme der Gemeinde einzutreten. Die Strategien, die vorher anhand der Durchführbarkeitsstudien getestet worden sind, sollten den maßgeblichen lokalen Persönlichkeiten erläutert und dann den örtlichen Verhältnissen und Bedürfnissen so flexibel angepaßt werden, daß noch genügend Spielraum für Wettbewerbsgeist und Kreativität übrig bleibt.

Lassen sich Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ändern?

Die Durchführbarkeitsstudien zur Veränderung menschlicher Gewohnheiten, die es bisher gegeben hat, haben zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt. In Helsinki wurden Männer der sozialen Klasse I zu einem kontrollierten achtzehnmonatigen Bewegungstest herangezogen. Die aus 89 freiwilligen Versuchspersonen bestehende Untersuchungsgruppe hatte dreimal wöchentlich ein einstündiges Programm mit hartem körperlichem Training zu absolvieren. Nur wenige sprangen ab; die Teilnahmezahlen waren recht hoch (Pyörälä et al. 1971). Parallele Untersuchungen in den Vereinigten Staaten liefen jedoch in dieser Hinsicht weniger gut. Offensichtlich hängt der Erfolg vom allgemeinen Bildungsstand der Bevölkerung ab, so daß sich die Ergebnisse kaum verallgemeinern lassen.

Unter der Bevölkerung der Vereinigten Staaten ist die Häufigkeit von Fettleibigkeit der Länge der genossenen Schulbildung indirekt proportional. Schlankheit kann sowohl auf die Ernährungsgewohnheiten als auch auf die Bewegungsgewohnheiten zurückzuführen sein. Viele Änderungen in der Lebensweise gehen von der obersten sozialen Schicht aus und setzen sich dann nach und nach in allen Schichten durch. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob auch im Hinblick auf das Schlanksein das Beispiel der obersten Schichten eindringlich genug ist, um den entgegengesetzten Tendenzen zur Freßsucht und zur körperlichen Trägheit unter den weniger Gebildeten entgegenzuwirken.

In Finnland ist körperliche Bewegung — insbesondere Laufen — in den letzten Jahren sehr in Mode gekommen. Ganz deutlich festzustellen war, daß die mittleren Altersgruppen — die Männer, aber auch Frauen — bei dieser Entwicklung führend waren. Die Jugend zieht nur langsam nach, doch vielleicht macht sie letztlich auch noch mit. Das gleiche gilt auch für das Rauchen: Während die Bevölkerung mittleren Alters das Rauchen einschränkt, nimmt der Tabakkonsum unter der Jugend weiter zu.

In einer Gesellschaft, in der die Allgemeinbildung zur Tradition geworden ist, haben die Älteren ja immer schon mehr Zeit gehabt, aus ihren Erfahrungen zu lernen als die Jüngeren. Somit stehen die Älteren sozial auf einer höheren Stufe als die Jüngeren. Ist es daher wirklich sinnvoll, die begrenzten Mittel, über die man verfügt, nach dem Gießkannenprinzip gleichmäßig auf alle Schichten der Bevölkerung zu verteilen oder aber sich blind auf die Jugend zu konzentrieren, in der Hoffnung, daß sie es einmal besser macht als wir? Wäre es nicht lohnender, sich seine Zielgruppe aus Personen zusammenzustellen, von denen man weiß, daß ihr Beispiel Schule macht?

Ist Gesundheitserziehung sinnvoll?

In der Diskussion um die Gesundheitserziehung lassen sich drei Auffassungen von Gesundheitserziehung unterscheiden: Die einen legen vor allem auf die Informationstätigkeit Wert, die anderen auf die Herbeiführung von Einstellungsänderungen, während eine dritte Gruppe von einem ganzheitlichen Ansatz ausgeht und fordert, daß dem Kind primär eine gesunde Lebensweise beigebracht wird.

Diesen drei Punkten kann noch ein vierter Aspekt hinzugefügt werden: Gesundheitserziehung soll dem Menschen grundsätzlich zu einer rationaleren Einstellung zum Leben verhelfen. Im Rahmen einer von der finnischen Herz- Gesellschaft geförderten Untersuchung wurden Versuchspersonen gefragt, ob sie je Symptome einer Herz- oder Gefäßerkrankung an sich festgestellt hätten. Diejenigen unter den Befragten, die die geringste Schulbildung genossen hatten, gaben doppelt so oft an, solche Symptome beobachtet zu haben, wie diejenigen mit längerer Schulbildung. Dem subjektiven Befinden nach zu urteilen, sind also Personen mit einer längeren geistigen Schulung offenbar viel gesünder.

Eine Untersuchung zur Häufigkeit von Herzkrankheiten unter ehemaligen Soldaten ergab, daß unter Unteroffizieren Herzkrankheiten seltener waren als unter einfachen Soldaten. Dies galt sowohl für den objektiven als auch für den subjektiven Gesundheitszustand (Karvonen, Nygård und Punsar, in Vorbereitung). Zwar ist die Distanz zwischen diesen beiden Gruppen im Hinblick auf die soziale Schicht, der sie angehören, nicht groß, doch besteht wahrscheinlich ein größerer Unterschied hinsichtlich der Intellektualität bzw. Rationalität, der sich zugunsten der Unteroffiziere auswirkt.

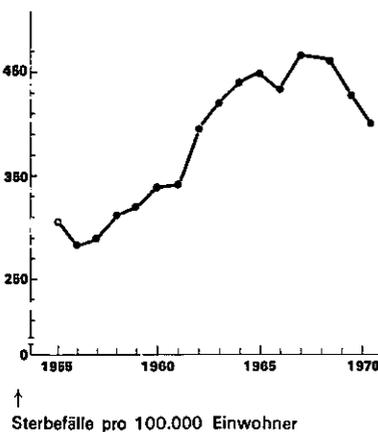
Die modernen Epidemien haben immer in den begüterten Schichten ihren Ausgang genommen. Vielleicht lassen sie sich auch zuerst von dorthier bekämpfen.

Ich sehe eine der Aufgaben der Gesundheitserziehung darin, zu einem rationalen Verständnis des „menschlichen Funktionsmechanismus“ beizutragen, das es dem Menschen ermöglicht, auf Funktionsstörungen bzw. deren Symptome ohne unangemessene Angst zu reagieren bzw. situationsgemäß zu handeln.

Wir müssen uns mit «weichen Daten» zufriedengeben

Schließlich sollte Gesundheitserziehung zu einer meßbaren Anhebung des Gesundheitsniveaus führen. In der Gesundheitserziehung kann man weder mit Placebos

ABB. 1. STERBLICHKEIT BEI KORONARERKRANKUNG UNTER DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG FINNLANDS IM ALTER VON 35 BIS 44 JAHREN FÜR 1955 BIS 1970 (links)



↑
Sterbefälle pro 100.000 Einwohner

ABB. 2. PRO-KOPF-TAGESVERBRAUCH AN MILCHFETT IN FINNLAND 1958 BIS 1973 (rechts)



↑
Milchfettverbrauch in g/Tag

noch mit Doppelblindversuchen arbeiten. Offensichtlich muß man sich also mit weniger hieb- und stichfesten Daten begnügen als sie etwa von einem klinischen Pharmakologen verlangt werden, der Arzneimittel testet. Wenn sich der Gesundheitszustand in einer Gemeinde zu einer Zeit verbessert, zu der Gesundheitserziehung praktiziert wird, so kann das genausogut auf das Wirken des Gesundheitserziehers wie auf irgendeine andere gleichzeitige Entwicklung zurückzuführen sein. Letztlich ist das immer Interpretationssache.

So lag z.B. in Finnland bis etwa 1965 bei Männern die Sterblichkeit bei Koronarerkrankung höher als in irgendeinem anderen Land und nahm dabei noch ständig weiter zu. 1965 erreichte sie ihr Maximum und ging dann — insbesondere in den jüngeren Altersgruppen — allmählich wieder zurück (Abb. 1). In diesen Jahren zeigte der Verbrauch an Milchfett eine parallele Entwicklung (Abb. 2). Niemand kann nachweisen, daß das Zurückgehen der Sterblichkeitsziffer das Resultat der Ernährungserziehung ist, doch spricht sicher eine Menge dafür, daß es so ist.

LITERATURNACHWEIS

Karvonen, M. J., K. Nygard & S. Punsar (1974), in Vorbereitung.

Pyörälä, K., R. Kärävä, S. Punsar, P. Oja, Teräslinna, T. Partanen, M. Jääskeläinen, M.-L. Pekkarinen & A. Koskela (1971). A controlled study of the effects of 18 months' physical training in sedentary middle-aged men with high indexes of risk relative to coronary heart disease. In: *Coronary heart disease and physical fitness*, Kopenhagen Munksgaard, S. 261

■ **Die Gesundheitserziehung und das Individuum**

Machen wir Gesunde krank?

von Prof. Maurice Serisé

Medizinische Fakultät der Universität Bordeaux II, Frankreich

Heute erübrigt es sich, die Vorteile der Gesundheitserziehung sowohl für den Einzelnen als auch für die Gemeinschaft aufzuzeigen. Als eine relativ junge Disziplin hat sie inzwischen schon so weit Fuß gefaßt, daß kein öffentliches Gesundheitsprogramm mehr über sie hinweggehen kann. Dies vorausgeschickt, können wir uns aber fragen, ob die Gesundheitserziehung dem Individuum unter bestimmten Umständen nicht vielleicht zu nahe tritt und dann mit einer Reihe von Nachteilen verbunden ist.

Das « gesundheitliche Anspruchsniveau »

Zunächst einmal hat sich durch die gesundheitserzieherische Arbeit vielleicht die Vorstellung, die jeder von Gesundheit hat, unser Gesundheitsbegriff, geändert: Unser „gesundheitliches Anspruchsniveau“ — wir wollen es einmal so bezeichnen — ist gestiegen. Dazu zwei Beispiele: Viele Menschen haben behauptet — und manche tun dies noch heute —, daß Husten und Spucken in einer bestimmten Lebensphase ganz normal sind, es seien eben Symptome, die sich sozusagen unweigerlich mit dem Alter einstellten. Heute sind die Fachleute der Ansicht, daß das nicht stimmt und daß ständiges Husten und Expektoration immer Zeichen einer chronischen Entzündung des respiratorischen Systems sind. Wenn nun diese Auffassung durch unsere gesundheitserzieherische Arbeit verbreitet wird, so machen wir aus einem Menschen, der sich für gesund hielt, einen Menschen, der unter chronischer Bronchitis leidet. Der Gesundheitsbegriff umfaßt ja zwei Aspekte — wie es auch die inzwischen klassisch gewordene Definition der WHO impliziert: einmal den objektiven Gesundheitszustand, so wie ihn ein Außenstehender sieht, und zum anderen den subjektiven Gesundheitszustand, das Gefühl des Betroffenen, gesund oder krank zu sein, also sein persönliches Erleben.

Das zweite Beispiel paßt zum Thema dieser Veranstaltung. Stellen wir uns einmal einen Mann vor, der offensichtlich zu wenig Bewegung hat, infolge seiner Ernährungsgewohnheiten übergewichtig, aber ansonsten mit seinem Zustand zufrieden ist. Wenn er nun durch unsere Aufklärungsarbeit erfährt, daß sein Zustand nach Ansicht der Ärzte nicht völlig normal ist, daß er mehr Bewegung

brauchte und weniger wiegen dürfte, dann machen wiederum wir aus ihm einen „Kranken“. Wir wecken höhere „gesundheitliche Ansprüche“, die dann Anlaß zu einer individuellen Unzufriedenheit sind und negative Auswirkungen auf die psychische Verfassung des Individuums haben können.

Natürlich ist es auch möglich, daß die Adressaten durch unsere Aufklärungs- und Erziehungsarbeit dazu gebracht werden, ihr Verhalten im Sinne eines größeren Wohlbefindens und einer besseren Entfaltung ihrer Persönlichkeit zu ändern; schließlich ist das ja unser Ziel. Wir wissen aber auch, daß wir in vielen Fällen das von uns angestrebte Ziel nicht erreichen und zwar aus den verschiedensten Gründen — soziologischen, psychologischen oder anderen schwer zu präzisierenden Gründen. Kommen wir noch einmal auf den fettleibigen Mann zurück. Er kann z.B. beschließen, Gymnastik zu treiben und das Essen einzuschränken. Doch hat sich erwiesen, daß ein derartiger Entschluß — wenn er überhaupt gefaßt wird — eine solche Selbstdisziplin verlangt, daß er oft nicht lange durchgehalten wird. So wurde z.B. durch eine Reihe von Untersuchungen festgestellt, daß von 100 Männern bzw. 100 Frauen, die eine Abmagerungskur gemacht haben, nach fünf Jahren nur 10% ihr neues Gewicht gehalten hatten.

Nehmen wir ein anderes Beispiel einer Fehlernährung: übermäßiger Alkoholgenuß. Wir machen jemanden, der unserer Ansicht nach zu viel trinkt, ohne sich darüber im klaren zu sein, auf die verhängnisvollen Folgen aufmerksam, die sein Verhalten für ihn haben kann. Oft ist er — obwohl er angeblich nicht vom Alkohol abhängig ist — nicht in der Lage, sein tägliches Quantum an Wein oder anderen Alkoholika zu reduzieren, sondern bleibt bei seinem alten Verhalten. Doch jetzt haben wir bei ihm Unbehagen und Schuldgefühle geweckt, die ihm die Freude am Leben zum Teil verderben. Ohne daß sich sein objektiver Gesundheitszustand verändert, entwickelt er möglicherweise Gewissensbisse, die ihm den Spaß am Trinken verderben. Unsere Arbeit hat also sowohl einen positiven Effekt — wir schaffen unserer Ansicht nach ein Klima, das eine Verbesserung der gesundheitlichen Zustände begünstigt — als auch einen negativen Effekt — wir geben bestimmten Menschen Anlaß zu Unzufriedenheit, ohne daß dies zu einer Änderung führt.

Jeder hat ein schlechtes Gewissen

Das wichtigste Ziel der Aufklärung, für die wir plädieren, ist präventiver Art, d.h. wir wenden uns in einer Vielzahl von Fällen an Bevölkerungsgruppen, die noch nicht krank sind, um sie vor bestimmten Leiden zu bewahren. Aus diesem Grund arbeiten wir auch gern mit Kindern und Jugendlichen; denn wir glauben, daß sich gewisse Gewohnheiten bekämpfen lassen, solange sie sich noch nicht verfestigt haben. Und zweifellos ist diese Methode sinnvoll. Wir wissen aber — denken wir an die eben zitierten einfachen Beispiele —, daß unter der Bevölkerung auch Männer und Frauen sind, bei denen sich Gewohnheiten nur sehr schwer ausrotten lassen, wenn sie sich einmal verfestigt haben. Selbstverständlich sind wir heute so weit, daß wir einsehen und zugeben, daß ein Übergewichtiger oder ein körperlich Träger oder ein Alkoholiker moralisch nicht für seinen Zustand verantwortlich ist, daß er nicht mit einem „Laster“ behaftet ist, sondern im Gegenteil krank bzw. Opfer seiner eigenen Unwissenheit ist. Trotzdem neigen diejenigen, die kein solches Problem haben, verständlicherweise (denn damit werten sie ja sich selbst auf) dazu, die Betroffenen für ihren Zustand verantwortlich zu machen. Ein Jugendlicher — ob Junge oder Mädchen —, der nicht trinkt und eine sogenannte „gute Figur“ hat, wird ohne weiteres behaupten, daß ein Älterer,

der zuviel trinkt und zu dick ist, eindeutig selbst daran schuld sei. Er wird ihn negativ beurteilen, und es kann leicht dazu kommen, daß er ihm Vorhaltungen macht.

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle eine Anekdote einzuflechten, mit der nichts belegt, sondern nur etwas illustriert werden soll: Ein etwa zwölfjähriges Kind, das in der Schule gelernt hat, daß Alkohol ein Gift ist, sicherlich jedoch das Gelernte nicht ganz verstanden hat, sieht zu Hause, wie der Vater zum Mittagessen ein Glas Wein trinkt. An einem der nächsten Tage sagt es, sein Vater sei ein Alkoholiker. Diese Beobachtung läßt sich sicherlich in gewissem Maße verallgemeinern. So kann es kommen, daß derjenige, der den von uns in der Gesundheitserziehung vertretenen Normen nicht entspricht, sich plötzlich von anderen Vorhaltungen machen lassen muß. Daraus folgt dann das Gefühl einer Abwertung — und zwar nicht mehr aufgrund einer Verinnerlichung der angebotenen Normen, sondern infolge der Einstellung bestimmter Glieder der Gemeinschaft. Dieses Gefühl kann wiederum Angst erzeugen. Es kann auch dazu führen, daß der Betreffende versucht, seine Schwächen zu verheimlichen, oder im äußersten Fall sogar lügt — wie die dicke Mutti, die behauptet, sie esse ganz wenig, oder der Mann, der abstreitet, daß er viel trinkt. Das kann unter anderem auch dazu führen, daß die Kluft zwischen den Generationen noch größer wird.

Mit anderen Worten: Wir verbreiten Ansichten, die — das ließe sich durch vielerlei andere Beispiele aus den verschiedensten Bereichen zeigen — bei bestimmten Populationen Schuldgefühle aufkommen lassen, sie damit in eine Außenseiterposition abdrängen und ihrer Integration in die Gesamtgesellschaft im Wege stehen.

Eine der voraussehbaren Konsequenzen, die ein solches Scherbengericht nach sich zieht, besteht darin, daß das betreffende Individuum erst recht auf seinem Verhalten beharrt, womit die Chance einer Änderung seiner Gewohnheiten noch geringer wird. Es wird im stillen denken: „Die anderen kritisieren mich ohnehin und lehnen mich ab; also ziehe ich mich zurück und mache weiter wie bisher. Da sie mir sowieso Vorwürfe machen, brauche ich mich ja erst garnicht anzustrengen.“

Hier werden bewußt ausschließlich Beispiele herangezogen, die das Thema dieser Veranstaltung betreffen; doch ließe sich diese Kritik sicherlich auch auf andere Bereiche ausdehnen und allgemeiner formulieren. Wir können daher — und das ist nicht paradox — sagen, daß durch gesundheitliche Aufklärung die gesundheitlichen Ansprüche heraufgesetzt und eben dadurch neue „Kranke“ geschaffen werden. Verfolgt man diesen Gedanken weiter, dann kann im Extremfall das Individuum das Gefühl bekommen, nicht richtig zu leben — ein Gefühl, das sich bis zur Angst steigern kann. Schließlich tragen wir, dadurch daß wir bestimmte Personen abwerten, weil wir ihnen und den anderen bewußt machen, daß sie unseren Normen nicht entsprechen, zu deren Isolierung bei und machen sie eben dadurch zu Außenseitern.

Die Frage nach der Motivation

Letzten Endes müssen wir uns nach unserer Motivation und nach der Motivation der Gesellschaft befragen, die uns veranlaßt, nach diesem Konzept vorzugehen.

Zweifellos haben wir das Wohl des Einzelnen im Auge; denn wir glauben, daß Krankheit und Leiden objektiv ein Übel sind, und darin besteht der philanthropische Aspekt unserer Arbeit. Andererseits aber ist es in einer Zeit, in der das Ökono-

mische stark im Vordergrund steht und Krankheit eine finanzielle Mehrbelastung bedeutet, durchaus legitim darauf hinzuweisen, daß wir das Bestreben haben, die erheblichen finanziellen Einbußen auf ein begrenztes Maß zurückzuführen. Und schließlich ist mit der Infragestellung bestimmter religiöser, sittlicher oder ganz allgemein traditioneller Werte das Streben nach Gesundheit in den Vordergrund gerückt, weil Gesundheit unter gewissen Bedingungen Voraussetzung dafür ist, daß wir bestimmte Annehmlichkeiten — nicht nur körperliche Freuden, sondern vielleicht auch intellektuelle Genüsse oder sittliche Befriedigung — möglichst intensiv erleben können. Diese Entwicklung können wir mitmachen — und vielleicht müssen wir es sogar. Vorher aber sollten wir uns noch einmal über unsere Motivation und die Motivation unserer Gesellschaft möglichst klar werden. Im übrigen sollten wir mit einer gewissen Vorsicht zu Werke gehen und — das ist zwar recht banal, wird aber nicht immer beachtet — über die Konsequenzen nachdenken, die unser Verhalten nach sich ziehen könnte.

Ich habe mich hier bewußt zum „Advocatus diaboli“ gemacht, indem ich die Gefahren der Gesundheitserziehung in den Vordergrund gestellt habe. Nichtsdestoweniger halte ich Gesundheitserziehung nach wie vor für notwendig, und ich habe diese Position vor allem vertreten, um zu provozieren und jeden Einzelnen anzuregen, sich selbst über diese Fragen Gedanken zu machen.

ZWEITER TEIL

**Die Praxis
der
Gesundheitserziehung:
Projektberichte**

Das Nordkarelien-Projekt

Integration der Gesundheitserziehung in die Gesamtmaßnahmen

von **Kaj Koskela**, Forschungs-Assistent
und **Dr Pekka Puska**, Forschungsleiter
Nordkarelien-Projekt, Universität Kuopio, Finnland

Die Projektplanung

Das Nordkarelien-Projekt wurde gestartet, weil in der Provinz Nordkarelien in Ostfinnland die Sterblichkeitsrate für Herz-Kreislauf-Krankheiten die höchste in der Welt ist und somit dringend etwas gegen diese Krankheiten unternommen werden mußte.

Geplant war ein umfassendes integriertes Projekt zur Prävention, das auf kommunaler Basis durchgeführt werden und sowohl *Primär-* als auch *Sekundärprävention* beinhalten sollte. Den theoretischen Rahmen für die Primärprävention lieferte eine auf die gesamte Population ausgedehnte multifaktorielle Vorsorgeuntersuchung auf Koronarerkrankung. Ziel der Primärprävention sollte eine allgemeine Reduzierung der wichtigsten Risikofaktoren für Koronarerkrankung (Cholesterinspiegel, Rauchen, Hypertonie) bei der nordkarelistischen Bevölkerung sein. Ziele der Sekundärprävention waren Förderung der Frühdiagnose, Verbesserung der Behandlung sowie Intensivierung der Rehabilitationsmaßnahmen bei Herz-Kreislauf-Krankheiten.

DAS PROJEKT

Das Projekt bestand aus fünf Unterprogrammen:

1. **Gesundheitserziehung:** Hier wurden dauerhafte Verhaltensänderungen angestrebt, aufgrund derer sich die Risikofaktoren auf ein Minimum reduzieren lassen. Als Mittel der Gesundheitserziehung wurden eingesetzt (a) eingehende Information (Presse, Radio, Broschüren, Poster, öffentliche Veranstaltungen), (b) die Ausbildung von Gesundheitserziehern und von Beschäftigten im Gesundheitswesen, in Schulen, in sozialen Einrichtungen u. ä. und (c) Änderungen in der Umwelt (Milch, Kantinenessen, Rauchverbote usw.).

2. Ärztliche Untersuchungen
3. Hypertonie-Programm
4. Intensivierung der Behandlung
5. Rehabilitation.

DIE ERFOLGSKONTROLLE

Die Erfolgskontrolle setzte sich aus vier Hauptbestandteilen zusammen:

1. Feststellung der bei der Bevölkerung mittleren Alters eingetretenen Änderungen im Hinblick auf die Risikofaktoren, soweit sie auf das Projekt zurückzuführen sind, anhand von: (a) einer Ausgangsuntersuchung im Projektgebiet und einem Kontrollgebiet vor Beginn der Arbeit zur Ermittlung des ursprünglichen Ausmaßes der Risikofaktoren (1972) und (b) einer Schlußuntersuchung an einer anderen Zufallsstichprobe zur Ermittlung des Umfangs der Risikofaktoren im Projektgebiet und im Kontrollgebiet nach Abschluß der Aktivitäten (1977).

EINIGE ERGEBNISSE AUS VORUNTERSUCHUNGEN ZU RISIKOFAKTOREN FÜR HERZ-KREISLAUF-KRANKHEITEN BEI MÄNNERN IN FINNLAND

ERNÄHRUNG: MÄNNLICHE BEVÖLKERUNG MITTLEREN ALTERS AUF DEM LANDE (Roine *et al.* 1968)

	<i>in Form von Fett aufgenommene Kalorien</i>	<i>Verhältnis von vielfach ungesättigten zu gesättigten Fettsäuren</i>
Ostfinnland (Ilomantsi)	39,2%	0,13
Südwestfinnland (Pöytyä, Mellilä)	35,4%	0,17
Statistische Signifikanz	p < 0,01	p < 0,02

CHOLESTERIN: MÄNNLICHE BEVÖLKERUNG (nicht veröffentlichte, aus dem Nordkarelien-Projekt stammende Daten 1972)

ALTER	DURCHSCHNITTLICHER CHOLESTERIN-SPIEGEL (mg/100 ml)			
	<i>Landbevölkerung</i>		<i>Stadtbevölkerung</i>	
	Osten (Nordkarelien)	Westen (Pöytyä, Paimio)	Osten (Joensuu)	Westen (Turku)
26-28	240	217	230	218
36-38	257	256	244	240
46-48	285	256	266	267
56-58	273	255	272	274

HYPERTONIE: MÄNNLICHE BEVÖLKERUNG MITTLEREN ALTERS AUF DEM LANDE (Rautaharju *et al.* 1961)

	<i>Osten (%)</i>	<i>Westen (%)</i>
Hypertonie mit linkem Kammerübergewicht beim EKG	5,7	2,1
Hypertonie mit anderen Unregelmäßigkeiten beim EKG	1,1	1,2
Hypertonie ohne weitere Komplikationen	30,5	21,7
Insgesamt	37,3	25,0

2. Feststellung der auf das Projekt zurückzuführenden Änderungen in den Kranken- und Sterbeziffern anhand von (a) offiziellen Sterbetafeln der gewählten Provinz und anderer Provinzen und (b) Statistiken über Myokardinfarkt und Herzschlag zur Ermittlung der Häufigkeit von und der Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt und Herzschlag während der Projektlaufzeit im Projektgebiet.
3. Feststellung weiterer Veränderungen bei der betroffenen Bevölkerung, die auf das Projekt zurückzuführen sind.
4. Interne Projekterfolgskontrolle: Sie sollte dazu dienen, den Beteiligten schon während ihrer Tätigkeit schnell auf verschiedene Weise ein Feedback über die mögliche Wirkung ihrer Arbeit zu verschaffen. Wichtigstes Mittel dazu waren die gleich von Anfang an zweimal jährlich im Projektgebiet vorgenommenen Nachuntersuchungen.

Aktivitäten der ersten zwei Jahre und vorläufige Ergebnisse

Die erste Projektphase begann mit der Ausgangsuntersuchung im Frühjahr 1972 und dauerte bis Ende 1973 als dem Zeitpunkt, zu dem die Projektarbeit umorganisiert wurde. Im folgenden werden die im Rahmen der verschiedenen Unterprogramme durchgeführten Maßnahmen sowie die erzielten Ergebnisse dargestellt.

1. Das Gesundheitserziehungsprogramm

Die Projektplanung für 1972 und 1973 wurde eingehalten. Speziell für dieses Unterprogramm wurden ein Sekretär für Gesundheitserziehung sowie ein Ausschuß für Gesundheitserziehung in der betreffenden Provinz eingesetzt, die während der gesamten Zeit tätig waren. Außerdem wurden während eines Teils dieser Zeit noch ein Sekretär für Informationsfragen und ein Sekretär für Ernährungsfragen beschäftigt.

Große Mengen von Gesundheitserziehungsmaterial, darunter auch viele Broschüren zu den verschiedensten gesundheitserzieherischen Themen, sind zur Verteilung gelangt: etwa 11 000 Stück zu allgemeinen gesundheitlichen Themen, 15 000 Stück zum Thema „Rauchen“, 70 000 Stück zum Thema „Ernährung“, 5 000 Stück zum Thema „Hypertonie“, 15 000 Stück zum Thema „Bewegung“ und 4 000 Stück zum Thema „Sekundärprävention“. Außerdem wurden etwa 4 000 Anti-Rauch-Aufkleber und 30 000 Anti-Rauch-Abzeichen verteilt sowie insgesamt etwa 5 000 Poster (2 000 Stück zu einem allgemeinen Problem, 1 500 Stück zum Thema „Gemüse“ und 1 000 Stück zum Thema „Bewegung in der Schule“) sowie sechs verschiedene kleinere Plakate zum Aufhängen (allgemeine Thematik, Rauchen, Bewegung, Ernährung, Gemüse, fettarme Milcherzeugnisse) in je 3 000 Exemplaren.

Hinzu kam noch eine allgemeine gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung über die Symptome eines möglicherweise bevorstehenden Herzanfalls sowie angemessene Verhaltensweisen.

Weiterhin erschien in der lokalen Presse eine Vielzahl von Artikeln zum Thema „Gesundheitserziehung“. Über lokale Radiosender wurden etwa fünfzehn Sendungen ausgestrahlt. In der ganzen Provinz wurden ungefähr 150 gesundheitserzieherische Veranstaltungen zur Prävention der Koronarerkrankung veranstaltet, die durchschnittlich 100 Besucher zählten. Schließlich wurde noch auf der lokalen Messe im Rahmen des Projekts ein Stand aufgebaut, der von fast 100 000 Menschen besucht wurde.

Die Ausbildung von Gesundheitserziehern wurde auf verschiedene Weise angegangen: Vorträge, Treffen, Seminare, Verteilung von schriftlichem Material, Empfehlungen usw. Gleichzeitig bemühte man sich um Änderungen in der Umwelt — insbesondere im Hinblick auf das Rauchen und die Ernährung: Herstellung und Vermarktung fettarmer Milchprodukte wurden verbessert, eine besonders fettarme Wurst entwickelt und eine Kampagne zur Propagierung des Gemüseanbaus durchgeführt.

Die erste Nachuntersuchung zeigte, daß die im Rahmen des Projekts vermittelten Informationen bereits Ende 1972 eine breite Öffentlichkeit erreicht hatten. Dies bestätigte auch eine gesonderte Studie, die zeigte, daß mehr als die Hälfte der Hausfrauen, die die Ernährungsbroschüre bekommen hatten, sich mit ihr vertraut gemacht hatten.

Vorläufige Daten (Männer; Altersgruppe: 25 bis 59 Jahre) aus den ersten vier über zwei Jahre verteilten Nachuntersuchungen deuten darauf hin, daß sich das Risikoverhalten in der gewünschten Richtung verändert hat: Der Prozentsatz der zum Zeitpunkt der Untersuchung rauchenden Männer ist von 54% bei der Ausgangsuntersuchung auf 47% zurückgegangen. In der Altersgruppe der 45- bis 59-jährigen war diese Entwicklung am ausgeprägtesten. Der Prozentsatz von Männern, die fettarme Milch verwenden, (ursprünglich 17%) ist auf 46% angestiegen. Der Prozentsatz von Haushalten, in denen für die Zubereitung der Mahlzeiten hauptsächlich Butter benutzt wird, ist von 69% auf 54% und der Prozentsatz der Männer, die vorwiegend Butter als Streichfett verwenden, von 86% auf 73% zurückgegangen. Der Prozentsatz von Männern, die gar keinen Zucker oder nur ein Stück in den Kaffee bzw. Tee nehmen, ist von 25% auf 39% gestiegen. Leider liegen über das Kontrollgebiet bisher noch keine Angaben vor.

Der Prozentsatz der Männer, deren Blutcholesterinspiegel im Vorjahr gemessen worden war, stieg von ursprünglich 11% auf 29% — was auch die Entwicklung des Dienstleistungsbereichs verdeutlicht. Entsprechend stieg auch der Prozentsatz der Männer, bei denen ein überhöhter Cholesterinspiegel festgestellt wurde von 7% auf 18%.

2. Ärztliche Untersuchungen

Zusätzlich zu den im Rahmen der Ausgangsuntersuchung vorgenommenen ärztlichen Untersuchungen hat man in den Gesundheitszentren allmählich Untersuchungen zu Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gemäß den Projektempfehlungen eingeführt.

3. Das Hypertonie-Programm

Zu dem Hypertonie-Programm gehörten Gesundheitserziehungsmaßnahmen, medizinische Untersuchungen, die Schaffung geeigneter Einrichtungen sowie die statistische Erfassung. Bis Ende 1973 waren sowohl die statistische Arbeit als auch die anderen Aktivitäten in allen Gesundheitszentralen gut angelaufen und mehr als 8 000 Hypertoniepatienten bereits registriert worden.

4. Die Intensivierung der Behandlung

Zu den Aktivitäten im Hinblick auf eine Intensivierung der Behandlung von Myokardinfarktpatienten gehörten: die Veranstaltung von Seminaren zur Information der am Projekt beteiligten Ärzte, die Standardisierung diagnostischer Verfahren

anhand der Statistiken sowie eine Umorganisation der ambulanten Behandlung krankenhausentlassener Patienten.

5. Das Rehabilitationsprogramm

Hier standen im Vordergrund: die Information der Ärzteschaft, eine Umorganisation der ambulanten medizinischen Nachsorge am Hauptkrankenhaus sowie die Einrichtung lokaler Rehabilitationsgruppen für Infarkt Kranke.

Die revidierte Projektplanung

Nach einjähriger Laufzeit wurde deutlich, daß es an Koordination mit den bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens mangelte. Aus diesem Grunde wurde das Globalprogramm überarbeitet; Zielsetzungen, Methoden und Projektplanung wurden unter dem Aspekt der Zusammenarbeit mit den bestehenden Einrichtungen revidiert. Das Ergebnis dieser Änderungen wird im folgenden dargestellt.

1. ZIELSETZUNGEN

Das Hauptziel für das Gebiet Nordkarelien ist eine Senkung der Kranken- und Sterbeziffern für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zwei Ziele stehen als Zwischenziele im Vordergrund: (a) die Reduzierung der bekannten Risikofaktoren und (b) die Förderung von Frühdiagnose, Behandlung und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Patienten.

Auf nationaler Ebene wird die Bereitstellung grundlegender Methoden für die Feldarbeit angestrebt, die für den Einsatz bei Herz-Kreislauf-Programmen und bei anderen Aktivitäten getestet werden sollen.

2. METHODEN

Die *Gemeinwesenarbeit*, bei der die sozialen Einrichtungen und die institutionelle Struktur der Provinz zu berücksichtigen sind, umfaßt: die auf die Allgemeinheit orientierte Arbeit (Gesundheitserziehung), die auf Fachkreise orientierte Arbeit (Ausbildung), die Schaffung neuer Einrichtungen (einschließlich ärztlicher Untersuchungen) sowie einen Informationsdienst. Zu folgenden Themen wird es Unterprogramme geben: Rauchen, Ernährung (Hypercholesterinämie), Hypertonie, Koronarerkrankung (Angina pectoris), akuter Myokardinfarkt und Rehabilitation (Sekundärprävention).

3. PLANUNG, REALISIERUNG UND ERFOLGSKONTROLLE

Verwaltungsmäßige Organisation (Realisierung). Die administrative Durchführung findet auf drei Ebenen statt:

- auf Landesebene durch das Finnische Gesundheitsamt
- auf Provinzebene durch die Abteilung für Soziales und Gesundheit der Provinz Nordkarelien
- auf lokaler Ebene durch die Gesundheitszentren.

Erfolgskontrolle. Es soll eine doppelte Erfolgskontrolle stattfinden:

- eine *externe Erfolgskontrolle*, mit der die Universität Kuopio beauftragt wird. Dabei sollen zur Kontrolle des Hauptziels Statistiken zu Myokardinfarkt und Herzanfall und zur Kontrolle der Zwischenziele die Untersuchungen an Zufalls-

stichproben und die Statistik zum Myokardinfarkt verwendet werden. Zusätzlich zu den laufenden Nachuntersuchungen sollen eine Vor- und eine Nachuntersuchung zu Risikofaktoren an einer Zufallsstichprobe (Ausgangsuntersuchung und Schlußuntersuchung) sowie eine Berechnung der Trends der Sterblichkeitsziffern bei der erfaßten Population und der Kontrollpopulation vorgenommen werden.

— *eine interne Erfolgskontrolle*, d. h. Methodenkontrolle, wird nach Möglichkeit auf lokaler und auf Provinzebene in die Unterprogramme mit eingebaut (besonders beim Pilot-Gesundheitszentrum).

Planung. Die Universität Kuopio fungiert als Koordinierungszentrum für das Projekt. Außerdem wurden mehrere Planungsgruppen ins Leben gerufen, denen finnische Experten für Qualitätskontrolle, eine Gruppe von Forschern auf dem Gebiet der Erfolgskontrolle von der Universität Kuopio sowie Fachleute für die Realisierung aus der Provinz Nordkarelien angehören.

Aufgrund dieses neuen Ansatzes sollte jetzt eine Koordinierung der Projektaktivitäten mit der regulären Arbeit der Institutionen des Gesundheitswesens möglich sein.

Experimente zur verhaltenstherapeutischen Behandlung des Übergewichts

von Dr Dr **J. C. Brengelmann**
Leiter der Psychologischen Abteilung, Max-Planck-Institut
Dr Roman Ferstl, Wissenschaftlicher Assistent
Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
und **Ulrich Jokusch**, Psychologe und Projektleiter
IFT, Institut für Therapieforschung, München
Bundesrepublik Deutschland

In jüngster Zeit waren verschiedene Versuche, abnorme Verhaltensweisen mit Hilfe der verhaltenstherapeutischen Methode der Selbstkontrolle zu verändern, von großem Erfolg begleitet. Die Veränderung des Trinkverhaltens von Alkoholikern²⁰ oder die Reduktion des Zigarettenkonsums^{21, 22}, gelangen genauso, wie die Gewichtsreduktion durch die Veränderung des Eßverhaltens²². Aber auch andere Therapien wie die Behandlung von Rede- und Prüfungsangst²³ oder die Therapie von Lern- und Konzentrationsstörungen⁷ wurden nach dem gleichen Prinzip der Selbstkontrolle durchgeführt. Im wesentlichen geht es bei diesen Verfahren immer darum, daß der Patient während der Therapie lernt, die eigenen Reaktionen dadurch besser unter seine Kontrolle zu bekommen, daß er die einzelnen Reaktionen vorangehenden und nachfolgenden Ereignisse zunächst registriert und später verändert. Diesen selbstregulierenden Prozessen liegt ein hypothetisches 3-Stufen-Modell zugrunde¹⁴, das den Selbstkontrollprozeß sehr gut beschreibt: Aufgefordert, sein Eßverhalten genau zu beobachten, erlernt z.B. ein Übergewichtiger, die Kalorien, die er zu sich nimmt, genau zu registrieren (*Selbstbeobachtung*). Hat er seinen täglichen Kalorienbedarf (z.B. 1700 Kcal) erreicht, muß er bei jedem weiteren Essen abwägen, ob ihm zusätzliches Essen seinem Therapieziel « Normalgewicht » näher bringt oder nicht (*Selbstbewertung*). Unterläßt er daraufhin die weitere Nahrungsaufnahme an diesem Tag, so wird er beim nächsten Wiegen erfreut feststellen, daß er tatsächlich sein Gewicht weiter reduziert hat (*Selbstbelohnung*). Obwohl das Kanfer'sche Modell noch weitaus detaillierter auf die Selbstregulation eingeht¹², läßt sich an diesem einfachen Beispiel klar machen, daß die Prozesse der Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstbelohnung therapeutisch einsetzbar sind, sofern sie systematisch vom Patienten verwendet werden. Daher ist es das Ziel einer Selbstkontrolltherapie, nach

● Dieser Artikel beschreibt das Forschungsprojekt: « Modell zur Kontrolle des Übergewichts » das im Auftrag und mit Mitteln der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN durchgeführt wurde.

Projektbetreuung in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Dipl.-Psych. R. ERBEN.

anfänglicher Übung diese Abläufe in die alltägliche Verhaltensroutine einzubauen und damit den Patienten in Stand zu setzen, sein Verhalten selbst zu regulieren.

Die Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Vorhabens ist allerdings, daß die zu behandelnde Störung nicht aufgrund einer organischen Erkrankung entstanden ist (z.B. Stoffwechselanomalie oder ähnliches), sondern daß sie sich durch ein verändertes Verhalten, bei Übergewicht also Eßverhalten, erklären läßt. Daß dies für die meisten Übergewichtigen der Fall ist, beweist eine Serie von experimentellen Untersuchungen¹⁹. In exakt durchgeführten Experimenten konnte nachgewiesen werden, daß übergewichtige Versuchspersonen erst dann wesentlich mehr Kalorien zu sich nehmen als Normalgewichtige, wenn sie größere Mengen wohlschmeckende und gut riechende Speisen oder Getränke vorgesetzt bekommen. Bei unattraktiven Speisen oder Getränken nehmen Übergewichtige weniger oder höchstens gleich viel Kalorien zu sich wie Normalgewichtige. Aber auch die Schwierigkeit der Nahrungsaufnahme selbst beeinflusst die Nahrungsmenge, die Dicke zu sich nehmen. Sind die Speisen weit entfernt oder nur kompliziert erreichbar, sind sie nicht mehr anziehend genug, um gegessen zu werden. Alle diese Beobachtungen führten zu dem Schluß, daß das Eßverhalten Übergewichtiger in einem weitaus größeren Maß von Umweltreizen gesteuert wird, als dasjenige der Normalgewichtigen.

Ausgehend von diesen Beobachtungen und von einer Arbeit⁶, in der die Selbstkontrollmechanismen des Überessens Gegenstand einer theoretischen sowie praktisch-therapeutischen Analyse des Eßverhaltens sind, wurde der Versuch unternommen^{21, 10}, verhaltenstherapeutische Programme für die Reduktion des Übergewichts zu erstellen. Diese Programme entsprechen im wesentlichen dem von uns verwendeten, das weiter unten beschrieben wird. Experimentelle Therapievergleiche mit unbehandelten Kontrollgruppen, gesprächspsychotherapeutischen Techniken und den Erfolgen von Diätclubs zeigten in allen Fällen die Vorteile des verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollansatzes: Es wurden damit größere und länger anhaltende Gewichtsreduktionen erzielt^{9, 10, 11, 25}.

Zwei Probleme wurden allerdings in den bisherigen Untersuchungen nicht gelöst, nämlich die Frage, ob die erzielten Erfolge nicht vom Geschick und der Erfahrung der beteiligten Therapeuten abhängig waren und ob durch den Therapeutenkontakt der Selbstkontrollprozess nicht doch extern kontrolliert wurde. Um diese Fragen zu überprüfen, wurde vorgeschlagen^{8, 17}, die Behandlung auch an einer Gruppe durchzuführen, die lediglich brieflich kontaktiert wird. Die Erfolge mit dieser Methode waren in beiden Untersuchungen gleich gut wie die in persönlich kontaktierten Gruppen. In jüngster Zeit wurden diese Ergebnisse bestätigt¹.

Um für den deutschen Sprachraum diese Ergebnisse zu bestätigen und die Frage zu überprüfen, ob persönlicher Kontakt zum selben Therapieerfolg führt wie Briefkontakt mit dem Patienten, wurde diese Untersuchung durchgeführt.

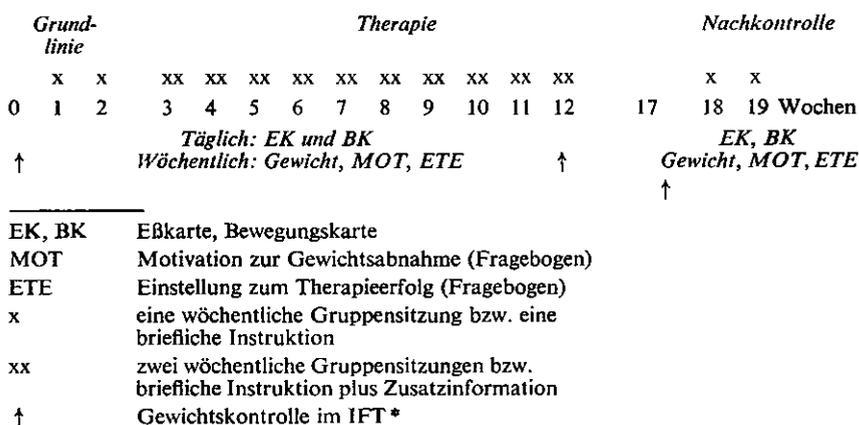
PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Grundlage der Therapie war ein in wöchentliche Instruktionen aufgegliedertes Selbstkontrollprogramm, das schriftlich ausgearbeitet worden ist.

Der Vergleich zwischen der « Kontaktgruppe » (KG) und der « Briefgruppe » (BG) mit je N = 20 Klienten erstreckt sich über eine zwölfwöchige Behandlungsphase mit zwei Wochen Grundlinie (0-2) und zehn Wochen Therapie (2-12), eine

fünfwöchige Zwischenzeit ohne Therapie (12-17) und daran anschließend eine zweiwöchige Nachkontrolle (17-19). Die Therapie der Briefgruppe wurde um eine Woche zeitversetzt zu der Therapie der Kontaktgruppe durchgeführt.

ABBILDUNG 1: ZEITLICHER ABLAUF DES EXPERIMENTS



Eine Behandlungsdauer von zwölf Wochen entspricht der mittleren Dauer der in der Literatur mitgeteilten Selbstkontrolltherapien des Übergewichts, so daß von dieser Bedingung her ein Vergleich mit bisherigen Ergebnissen möglich ist. Das Einüben von Selbstkontrolle und der Nachweis von über bloße Wasserverluste hinausgehenden substantiellen Fettgewebsverlusten bei ambulanter Behandlung erfordert darüber hinaus vermutlich eine Therapiedauer dieser Größenordnung. Andererseits ist es eine feste Regel, daß der zusätzliche Effekt weiterer Therapie-wochen mit der Dauer der Therapie abnimmt (Therapieermüdung).

Die wichtigsten Kontrolldaten über den Therapieverlauf wurden kontinuierlich während der gesamten Behandlungszeit erhoben:

- tägliche Registrierung des Eß- und Bewegungsverhaltens mittels Eß- und Bewegungskarten (EK und BK);
- wöchentliche Messungen des Körpergewichts (Angaben der Klienten).

Die Therapiesitzungen mit der Kontaktgruppe fanden während der Grundlinie und der Nachkontrolle einmal in der Woche statt, während der Therapie zweimal wöchentlich. Die schriftlichen Instruktionen für die Briefgruppe wurden so verschickt, daß sie zu äquivalenten Zeitpunkten die Klienten erreichten.

Stichproben

Die Klienten wurden über Zuweisung von informierten Ärzten und durch Zeitungsanzeigen gewonnen. Der ganz überwiegende Teil der Klienten meldete sich freiwillig aufgrund der Zeitungsannoncen.

In einem ersten Telefongespräch wurden die wesentlichsten Daten der Klienten erfragt und Informationen über das Therapieprogramm gegeben. Unter Ausschluß der Personen, die nicht den Teilnahmekriterien entsprachen, wurden die in Frage

* IFT-Therapieforschung GmbH (Gemeinnütziges Institut für Therapieforschung). Das IFT war Ort der Durchführung der Untersuchung.

kommenden Personen in verschiedene Übergewichts-, Alters- und Geschlechtsgruppen aufgeteilt und dann nach Zufall der Kontakt- oder Briefgruppe zugeordnet. Die Kontaktgruppe und die Briefgruppe wurden dann elf bzw. achtzehn Tage vor Beginn der Therapie zu getrennten Terminen einbestellt, erhielten detaillierte Informationen über das Therapieprogramm und die Teilnahmebedingungen und wurden zur Kontrolle gewogen.

Die sechs Aufnahmekriterien waren wie folgt:

- Gewicht: mindestens 20% über dem Idealgewicht*
- Alter: zwischen 20 und 50 Jahre
- keine körperlichen Grundleiden oder chronischen Krankheiten
- keine schweren seelischen Beeinträchtigungen
- keine andere Behandlung des Übergewichts in den letzten sechs Monaten
- keine Verwendung von Appetitzüglern.

Um die Ausfallrate während der Therapie von vornherein möglichst gering zu halten, mußten die Klienten einen Kontrakt über die regelmäßige Therapieteilnahme unterschreiben und DM 120,— als Kautions hinterlegen. Ferner mußten sie eine ärztliche Bescheinigung über die Indikation und medizinische Bedenkenlosigkeit einer Gewichtsabnahme beibringen. Die Ausgangswerte der Versuchsgruppen bezüglich Gewicht, Normalgewicht**, Idealgewicht, Übergewicht (kg), Übergewicht (%), Körpergröße, Alter und Geschlecht finden sich in Tabelle 1.

TABELLE 1: AUSGANGSWERTE DER VERSUCHSGRUPPEN

	Kontaktgruppe N = 20		Briefgruppe N = 20		N = 40	
	Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung
Körpergewicht (kg)	84,2	10,6	86,8	9,5	85,5	10,2
Normalgewicht (kg)	64,3	5,5	66,2	6,3	65,3	6,0
Übergewicht (kg)	19,9	7,1	20,6	8,3	20,2	7,8
Übergewicht (%)	30,7	10,2	31,3	13,3	31,1	12,0
Idealgewicht* (kg)	56,3		57,8		57,0	
Übergewicht (kg)	27,9		29,0		28,4	
Übergewicht (%)	49,4		50,0		49,7	
Alter	32,5	9,5	33,6	8,5	33,1	9,1
Körpergröße (cm)	169,4	6,2	170,4	5,9	169,9	6,1
Geschlecht w	18		16		34	
Geschlecht m	2		4		6	

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß die Klienten dieser Untersuchung bei einem durchschnittlichen Körpergewicht von 85,5 kg ein mittleres absolutes Übergewicht von 20,2 kg bzw. ein mittleres relatives Übergewicht von 31% in die Behandlung eingebracht haben. Bezieht man die Gewichte auf das nach Broca errechnete Idealgewicht, so beträgt das mittlere Übergewicht 28,4 kg bzw. 49,7%.

Die mittleren Gewichtswerte unserer Klienten liegen damit an der Grenze zur Fettsucht und stellen bereits ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar¹³.

Obgleich die Ausgangswerte der Briefgruppe numerisch höher als die der Kontaktgruppe sind, unterscheiden sich die beiden Gruppen statistisch in den einzelnen Werten nicht (jeweils $p > .20$).

* Berechnung nach Broca: *Männer*: (Körpergröße - 100) - 10 %
Frauen: (Körpergröße - 100) - 20 %

** Der Berechnung des « Normalgewichts » (= durchschnittliches Gewicht in der Bevölkerung) wurden die auf Körpergröße, Alter und Geschlecht relativierten 19 Werte aus « Wissenschaftliche Tabellen », *Documenta Geigy*⁴, zugrunde gelegt.

Einige Daten zur Dauer des Übergewichts, zur Häufigkeit von bisherigen ernsthaften Abmagerungsversuchen und zu bisherigen Abnahmeerfolgen geben einen Eindruck der Dimension, die das Problem Übergewicht für unsere Klienten angenommen hat.

Im Durchschnitt besteht das Übergewicht seit 15 Jahren, also etwa die Hälfte des Lebens. 20% der Klienten sind bereits in der frühen Kindheit übergewichtig gewesen und könnten zum Typ der Hyperplasie-Fettsucht mit geringer Erfolgschance beim Abnehmen gehören¹⁶. Ernsthafte Abnahmeversuche sind relativ selten unternommen worden und werden meistens frühzeitig abgebrochen. Die bisherigen Abnahmeerfolge erscheinen angesichts des tatsächlichen Übergewichts eher gering. Der Umstand, daß die Klienten jetzt wieder eine Behandlung suchen, unterstreicht weiterhin die bekannte Tatsache, daß auch gute Abnahmeerfolge noch keinen Langzeiterfolg garantieren. Übergewicht zumindest eines Elternteils findet sich bei 80% der Teilnehmer.

Weitere, hier nicht im einzelnen aufgeführte Fragen nach den Methoden bisheriger Gewichtsabnahmen zeigen, daß die Personen unserer Versuchsgruppen größtenteils versuchen, ihr Gewicht selbst zu regulieren und dabei auch die relativ besten Erfolge haben. Populäre Reduktions- und Diätprogramme sowie FDH* sind die am häufigsten durchgeführten Methoden, ärztlich überwachte Reduktionskuren, Appetitzügler und stationäre Nulldiäten sind eher die Ausnahme. Gesundheitliche Gründe und der Wunsch nach Attraktivität bestimmen maßgeblich den Entschluß, eine Abmagerungskur zu beginnen, entsprechend befürchten die Klienten gesundheitliche Schäden und den Verlust von Selbstvertrauen, wenn sie übergewichtig bleiben.

Datenerhebung

Daten über das Eß- und Bewegungsverhalten wurden aus den täglichen Registrierungen der Klienten in die von uns entwickelten Eß- und Bewegungskarten gewonnen. Die ausgefüllte Eßkarte mußte täglich mit der Post geschickt werden, damit sicher gestellt war, daß die Eintragungen gemäß den von uns gegebenen Instruktionen ausgefüllt wurden. Die Klienten erhielten eine ausführliche und instruktive Anleitung zum Ausfüllen der Beobachtungskarten sowie einen einheitlichen Kalorienkompaß¹⁵ von uns gestellt.

Offensichtliche Fehler in den Eintragungen wurden von uns in den ersten Tagen sofort korrigiert und den entsprechenden Personen mitgeteilt. *Missing data* wurden von uns entsprechend den Werten vom Vortag ergänzt, dies war aber nur außerordentlich selten notwendig.

Aus diesen Registrierungen ergeben sich für jeden Klienten und jeden Behandlungstag die folgenden Grunddaten des Eß- und Bewegungsverhaltens:

- Kalorienaufnahme durch Essen und Getränke
- Kalorienverbrauch durch zusätzliche körperliche Bewegung (d.i. körperliche Belastung, die nicht gewohnheitsmäßig jeden Tag gegeben ist)
- Häufigkeit der täglichen Nahrungsaufnahmen
- Dauer der täglichen Nahrungsaufnahmen
- Uhrzeit der täglichen Nahrungsaufnahmen
- Anzahl und Art der Nebentätigkeiten
- Mahlzeit in Gesellschaft oder nicht
- Einstufung des Appetits vor jeder Mahlzeit.

* « Friß die Hälfte ».

Das Körpergewicht war die entscheidende abhängige Variable in diesem Experiment. Da Kontrollmessungen des Gewichts der Klienten aus der Briefgruppe während der Therapie nicht durchgeführt werden sollten, galt für beide Versuchsgruppen die Instruktion, sich nach Ablauf jeder Behandlungswoche (sonntags) unter gleichen Bedingungen (Uhrzeit, Kleidung, Waage etc.) zu wiegen und den Gewichtswert wöchentlich einzuschicken. Die Gewichtsangaben der Klienten wurden vor und nach der Therapie und vor Beginn der Nachkontrolle auf einer normalen Badezimmerwaage überprüft, so daß auch die Genauigkeit der erzielten Gewichtsabnahme zu kontrollieren ist. Die Klienten mußten bei diesen Messungen Schuhe und Jacken ausziehen.

Die aus dem Körpergewicht abgeleiteten und in der Auswertung verwendeten Meßwerte sind:

$$\text{Übergewicht (kg)} = \text{ÜG (kg)} = \text{Körpergewicht (kg)} - \text{Normalgewicht (kg)}$$

$$\text{Übergewicht (\%)} = \text{ÜG (\%)} = \text{ÜG (kg)} \times 100\% / \text{Normalgewicht (kg)}$$

Gewichtsabnahme (kg) = D (kg) = Differenz zweier (wöchentl.) Gewichtsangaben.

ABBILDUNG 2: ESS- UND BEWEGUNGSKARTE

Gesamtkalorienverbrauch (Übertrag)										
Kontroll-Nr.		Datum								
ESSENKARTE (EQ)										
Name										
Mahlzeitenzahl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kalorien gesamt										
Hauptmahlzeit										
Getränke										
Nebenmahlzeit										
Beginn (Uhrzeit)										
Dauer (Minuten)										
Zeit gesamt										
Ort										
Nebentätigkeit										
in Gesellschaft										
Verlangon n. Nahrung										

Kontroll-Nr.		Datum			
BEWEGUNGSKARTE (BK)					
Name					
zügig Spazieren- gehen Wandern	Gartenarbeit Tennis Skilaufen	Fußball Volleyball	Tischtennis Tanzon Radsfahren Bowling Gymnastik	Schwimmen Dauertauf	sonstige Kal.-Ausg.
(Alle Tätigkeiten in Minuten angeben!)					
x 3 Kal.	x 5 Kal.	x 7 Kal.	x 4 Kal.	x 9 Kal.	
=	=	=	=	=	=
Kal.	Kal.	Kal.	Kal.	Kal.	Kal.
Gesamtkalorienverbrauch					

Durchführung der Therapie

Das Behandlungsprogramm wurde von vier Therapeuten (drei Diplom-Psychologen, einem Psychologie-Student, cand. phil.) mit verhaltenstherapeutischer Grundausbildung und unterschiedlichen, aber vorwiegend sehr geringen Graden an therapeutischer Praxis aufgebaut.

Die Therapie der Kontaktgruppe wurde ebenfalls von diesen Therapeuten durchgeführt. Grundlage der einzelnen wöchentlichen Sitzungen waren die schriftlich fixierten Instruktionen, die vor jeder Therapiestunde durchgesprochen wurden.

Die Klienten der Kontaktgruppe wurden in feste kleine Gruppen zu vier oder fünf Personen aufgeteilt, die von je zwei Therapeuten behandelt wurden. Die Therapeuten wechselten wöchentlich die Behandlungsgruppen.

Die Gruppensitzungen fanden während der Therapiephase zweimal wöchentlich statt. In der ersten Wochenstunde wurden die schriftlichen Instruktionen der jeweiligen Woche ausgehändigt und der Sinn der einzelnen Instruktionen durchgesprochen. In der zweiten Wochensitzung wurden dann die aufgetretenen Probleme in der Durchführung und Befolgung der Instruktionen diskutiert und individuelle Ratschläge erarbeitet. Verhaltens- und Gewichtsveränderungen wurden verbal verstärkt.

Die Sitzungsdauer betrug 30 bis 45 Minuten. In der Regel blieben nach Durchsprechen der Programmschritte einige Minuten Zeit, in der die Klienten unter sich eine Unterhaltung führten, die von den Therapeuten nicht gelenkt wurde.

Insgesamt ist es nur zweimal vorgekommen, daß ein Teilnehmer beide Wochensitzungen versäumt hat. In diesem Fall wurden die Instruktionen sofort per Post zugesandt.

Die wöchentlichen Informationen inklusive der zugehörigen Materialien zur Datenerhebung wurden so abgeschickt, daß sie am Wochenbeginn von den Klienten gelesen werden konnten. Aufgrund der Protokolle der zweiten Wochensitzung der Kontaktgruppen wurden wöchentliche Zusatzinformationen geschrieben, die die wesentlichsten Aspekte dieser Gruppensitzungen enthielten und so die erste Wocheninstruktion ergänzen konnten. Diese Zusatzinformationen wurden in der Mitte der jeweiligen Behandlungswoche an die Klienten sofort geschickt.

Zusätzlich wurde eine wöchentliche Telefonsprechstunde eingerichtet, die jedoch kaum genutzt wurde. Ausbleibende Daten wurden sofort telefonisch angemahnt.

Die Therapie wurde als « Breitbandprogramm » konzipiert. Wir verstehen darunter ein Programm, welches einerseits die verschiedenen Ansatzpunkte der Behandlung des Übergewichts berücksichtigt, wie Informationen zur Ernährungslehre, Übung der Kalorienberechnung, Förderung der körperlichen Aktivität, Veränderung der Eßgewohnheiten, und andererseits verschiedene und häufig verwendete und wirksame Techniken der Selbstkontrolle kombiniert, wie Selbstbeobachtung, Reizkontrolle, Selbstverstärkung, Therapiekontrakte.

Dies trägt der Tatsache Rechnung, daß bislang keine Ergebnisse über die differenzielle und kombinierte Wirksamkeit einzelner Therapiebestandteile vorliegen. Der Schwerpunkt unseres Programms lag auf der Technik der Reizkontrolle.

Es hatte folgende Bestandteile

- *Vermittlung allgemeiner Grundkenntnisse der Ernährungslehre*: Information über die Grundnährstoffe Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, über Austauschmöglichkeiten kalorienreicher Nahrungsmittel gegen diätetisch wertvolle Nahrungsmittel, über Alkohol als Kalorienträger und über gesundheitliche Folgen des Übergewichts.
- *Aufbau der Kalorienregulation* durch Training der Kalorienberechnung und Vorgabe individueller Kalorienrichtwerte.
- *Übung der Selbstbeobachtung* durch Registrierung von Häufigkeit, Dauer, zeitlicher Verteilung der Mahlzeiten und der näheren Umstände der Nahrungs- und Getränkeaufnahme.
- *Aufbau von Reizkontrolle* durch das Einüben von Verhaltensregeln zur situativen, zeitlichen und mengenmäßigen Beschränkung des Essens und Modifikation der konsumatorischen Endkette des EBverhaltens.
- *Ausweitung der Reizkontrolle auf komplexere Situationen* mit erhöhter Wahrscheinlichkeit des Zuviel-Essens durch Aufbau eines alternativen Verhaltensrepertoires.
- *Ausweitung der Kalorienregulation durch ein Bewegungsprogramm*: Steigerung des Energieverbrauchs durch zusätzliche körperliche Aktivität. Information über die Kalorienäquivalente körperlicher Bewegung.
- Festigung des erlernten Selbstkontrollverhaltens durch therapiezielorientierte *Rückmeldung* und *systematische Selbstbelohnung*.
- Abschluß eines *Therapievertrags* (Zahlung einer Kautions und Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme, wöchentliche Rückzahlung eines Bruchteils der Kautions bei regelmäßiger Teilnahme).

Inhaltlich sahen die einzelnen Behandlungswochen folgendermaßen aus:

1. BEHANDLUNGSWOCHE (GRUNDLINIE). In den ersten beiden Wochen werden keine gezielten therapeutischen Instruktionen gegeben, um eine Bestandsanalyse des bisher gewohnten Eßverhaltens und des Gewichts zu erheben. Es ist allerdings hinreichend häufig beobachtet worden, daß Beobachtung des eigenen Verhaltens durch die Klienten zu größeren Veränderungen in der untersuchten Variablen führen (die allerdings nur temporär sind). Die Klienten registrieren täglich ihr gewohntes EBverhalten anhand der sogenannten Eßkarte detailliert: Bei jeder Tagesmahlzeit sind die Kalorien für Speisen und Getränke zu berechnen und zu den bis dahin schon aufgenommenen Kalorien zu addieren. Die Uhrzeit und Dauer der Mahlzeit wird registriert; weitere Angaben betreffen Nebentätigkeiten während des Essens, den Ort, Gesellschaft während des Essens und die Appetiteinschätzung vor dem Essen auf einer 4-Punkte-Skala.

Schwierigkeiten in der Kalorienberechnung und Verhaltensregistrierung werden diskutiert.

Diese Art der Selbstbeobachtung, die eine unmittelbare Rückmeldung über das eigene Verhalten und damit schon Kontrolle ermöglicht, wird während der gesamten Behandlung beibehalten.

2. BEHANDLUNGSWOCHE (GRUNDLINIE). Neben der Fortsetzung der detaillierten Selbstbeobachtung erhalten die Klienten gegen Ende der Woche Informationen über Grundnahrungsmittel, Kaloriengehalt verschiedener Nahrungsmittelsorten und gesundheitliche Aspekte der Ernährung, so daß zu Beginn der eigentlichen Therapie ein allgemeines Informationsniveau hergestellt ist. Der Kontaktgruppe wurden diese Informationen durch einen Demonstrationsvortrag zweier ausgebildeter Diätassistentinnen gegeben, für die Briefgruppe wurde der Vortrag schriftlich ausgearbeitet.*

Der Schwerpunkt liegt auf Informationen über die Grundnährstoffe Fett, Eiweiß, Kohlehydrate und ihrem Vorkommen in der täglichen Nahrung sowie Ratschläge für den Austausch hochkaloriger gegen niedrigkalorige Nahrungsmittel.

3. BEHANDLUNGSWOCHE. Für jeden Klienten wird ein individueller Kalorienrichtwert für die tägliche Nahrungsaufnahme festgelegt, der weder über- noch unterschritten werden soll, um z.B. Fastenverhalten zu vermeiden. Dieser Richtwert liegt 300 Kcal unter dem nach Erreichen des Idealgewichts notwendigen Kalorienbedarf. Die Berechnung wurde nach bestehenden Angaben¹⁸ vorgenommen:

Kalorienbedarf = Körpergewicht (kg) × 32 Kcal (leichte körperliche Tätigkeit);
Kaloriengrenzwert = Kalorienbedarf (Idealgewicht) - 300 Kcal

Für die Kontaktgruppe ergab sich ein durchschnittlicher Kaloriengrenzwert von 1510 Kcal, für die Briefgruppe betrug er 1550 Kcal**. Diese Grenzwerte können theoretisch unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Übergewichts zu einer täglichen Kalorienersparnis von ungefähr 1000 Kcal führen, die einem wöchentlichen Abbau von 1 kg Fettgewebe entsprechen würde.

Wichtig an dieser Maßnahme ist, daß der Richtwert individuell ermittelt wird und nur wenig unter dem normalen Kalorienbedarf liegt. Die Klienten können sich so von vornherein an eine Kalorienzufuhr in der notwendigen Größenordnung gewöhnen, andererseits können sie abnehmen, ohne zu hungern. Intermittierendes Hungern erhöht die Wahrscheinlichkeit des Rückfalls in alte Gewohnheiten. Dieser Kalorienrichtwert in Verbindung mit der täglichen Registrierung der zu einer bestimmten Tageszeit schon aufgenommenen Nahrungsmenge sollte das Bewußtsein für eine ausgeglichene Kalorienbilanz soweit beeinflussen, daß die Voraussetzungen für den Aufbau neuen Eßverhaltens gegeben sind.

Zusätzlich zu der Kaloriengrenze werden die ersten vier Verhaltensregeln eingeführt, die von nun an befolgt werden sollen:

Regel 1: Möglichst viele Leute über die Abnahmekur informieren.

Diese Regel soll dazu führen, daß der Klient einerseits durch andere Personen in seinem Vorhaben kontrolliert werden kann, andererseits aber auch unterstützt wird.

Regel 2: Zu Hause einen festen Eßplatz bestimmen und nur dort essen.

Regel 3: Alle Nebentätigkeiten während des Essens vermeiden.

Regel 4: Alle Nahrungsmittel nur an einem Ort in der Wohnung aufbewahren.

* Wir danken der Diabetiker-Ambulanz der III. Med. Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing für ihre freundliche Mitarbeit.

** Reduktionen auf 1500 Kcal/Tag werden in der medizinischen Literatur für ambulante Kuren empfohlen.

Durch das Befolgen dieser Regeln sollen die Grundlagen für die zu erlernende Reizkontrolle erworben werden. Indem die Gelegenheit zu essen räumlich eingeschränkt und die Anzahl von Nahrungsreizen vermindert wird, wird die Wahrscheinlichkeit für unkontrolliertes Essen geringer. Nebentätigkeiten können über klassische Konditionierung Eßverhalten auslösen, aber auch sekundär verstärkend auf das Eßverhalten wirken. Durch die dritte Regel sollen diese Prozesse gelöscht werden, so daß auch dadurch die Wahrscheinlichkeit unkontrollierten Essens verringert wird.

4. BEHANDLUNGSWOCHE. Es werden fünf zusätzliche Verhaltensregeln eingeführt:

Regel 5: Fünf Mahlzeiten über den Tag verteilt festlegen und nur zu diesen Zeitpunkten essen.

Übergewichtige, die nicht auf interne physiologische Reize reagieren, essen häufig sehr unregelmäßig. Dieser Tendenz soll entgegengearbeitet werden, da biochemisch gesehen die aufgenommene Nahrung bei kleinen und verteilten Mahlzeiten besser verstoffwechselt wird. Es sind Untersuchungen bekannt⁴, die zeigen, daß mehrere verteilte Mahlzeiten am Tag weniger Übergewicht zur Folge haben als wenige gewohnheitsmäßige große Mahlzeiten am Tag. Mehrere kleine Mahlzeiten sollten daher das Abnehmen begünstigen.

Psychologisch gesehen spielt noch folgender Prozeß eine Rolle: Wenn durch das Essen ein Deprivationszustand beendet wird, so führt das zu einer negativen Verstärkung des Eßverhaltens, das Eßverhalten wird also bekräftigt. Ein regelmäßiger Zeitplan kann nun dazu führen, daß auch dann gegessen wird, wenn gar kein Hunger verspürt wird, so daß das Eßverhalten weniger häufig durch die Verminderung des Deprivationszustandes verstärkt wird.

Vier weitere Verhaltensregeln sollen dazu führen, daß die Reaktionskette des Eßverhaltens selbst verlängert, unterbrochen und damit verändert wird.

Regel 6: Nur kleine Bissen nehmen.

Regel 7: Langsam kauen.

Regel 8: Während jeder Mahlzeit fünfmal eine kleine Pause machen und dabei das Besteck weglegen.

Regel 9: Während jeder Mahlzeit kurz nach Beginn eine 2-Minuten Pause machen.

Häufig haben die letzten Glieder der Reaktionskette «zwanghaften» Charakter, den die Klienten durch das Befolgen dieser Regeln zu bewältigen lernen. Die unmittelbaren Verstärker des Essens, wie Geschmack, das Kauen selbst, werden verzögert und geben so Gelegenheit für das Ausführen anderer Verhaltensweisen. Diese Nicht-Eßverhaltensweisen müssen dann allerdings sofort verstärkt werden (Aufbau alternativer Verhaltensweisen, z.B. Gespräche bei Tisch). Durch die Verlangsamung des Essens wird auch die Wahrscheinlichkeit geringer, daß man in der für die Mahlzeit insgesamt zur Verfügung stehenden Zeit mehr isst als für die Deckung des Energiebedarfs notwendig ist: Sättigungsreize treten bezogen auf die aufgenommene Nahrungsmenge relativ schneller ein.

5. BEHANDLUNGSWOCHE. Es werden vier weitere Verhaltensregeln eingeführt, die die gesamte Sequenz der Nahrungsaufnahme bei einer Mahlzeit verändern sollen:

Regel 10: Vor der Mahlzeit entscheiden, wieviel man essen will, und nur so viel auf den Tisch (Teller) tun.

Regel 11: Vor Beginn der Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen abschätzen, was man essen will.

Regel 12: Bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest auf dem Teller übrig lassen.

Regel 13: Nach Beendigung des Essens alle Nahrungsreste und das Geschirr sofort wegräumen.

Regel 10 in Verbindung mit Regel 2 führt dazu ¹⁹, daß Übergewichtige weniger essen, da die Nahrungsmittel nicht mehr unmittelbar zur Verfügung sind. Regel 11 verlegt die Kontrolle der Kalorien *vor* die Nahrungsaufnahme, die Klienten sollen also lernen, den relevanten Verhaltensparameter Kalorienmenge schon vor dem kritischen Verhalten zu beurteilen. Regel 12 unterbricht die (aus der Erziehung stammende) Gewohnheit, immer alles aufzuessen; es wird gelernt, in Gegenwart von Nahrungsreizen nicht zu essen. Dies ist der entscheidende Punkt der Selbstkontrolle bei Übergewicht: Da der Mensch sich ernähren muß, können Nahrungsreize nicht vermieden werden. Die Regel 13 soll dazu führen, daß die Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Nahrungsaufnahme nach Beendigung des Essens kleiner wird.

Um das Befolgen dieser Verhaltensregeln aus den Wochen 3, 4 und 5 zu festigen, führt jeder Klient selbständig an einem Tag der jeweiligen Woche einen Verhaltenstest durch, der ihm eine Rückmeldung darüber gibt, wie gut er die Verhaltensregeln schon befolgen kann. Ferner sollen die Verhaltensregeln auswendig gelernt werden.

6. BEHANDLUNGSWOCHE. Um die Kalorienbilanz auch von der Ausgabeseite her zu beeinflussen, wird ein unter Alltagsbedingungen durchführbares Bewegungsprogramm eingeführt. Es sollen durch zusätzliche körperliche Aktivitäten (zu Fuß gehen oder Radfahren statt Autofahren, Treppen steigen statt Lift benutzen, in der Freizeit mehr körperliche Bewegung) täglich 50 Kcal mehr verbraucht werden als bisher. Die Kalorienäquivalente körperlicher Bewegung werden den Klienten erläutert ebenso wie der gesundheitlich fördernde Effekt.

Die Begründung für diese Therapiemaßnahmen liegt nicht so sehr darin, das aktuelle Übergewicht und die aktuelle Kalorienbilanz entscheidend beeinflussen zu können, sondern in einem möglichen langfristigen Stabilisierungseffekt auf die Gewichtsabnahme. Andere Ergebnisse lassen sich so interpretieren ¹¹. Nachbefragungen zeigen ²⁴, daß der Grad der körperlichen und sportlichen Aktivität langfristig erfolgreiche und nicht erfolgreiche Teilnehmer einer Diätkur differenziert.

Auch rein rechnerisch läßt sich der Wert eines geringfügigen aber kontinuierlichen Energieverbrauchs für den langfristigen Erfolg belegen: So kann eine minimale Dysregulation der täglichen Kalorienbilanz um nur 75 Kcal im Laufe von zehn Jahren zu einem Übergewicht von 30-40 kg führen ⁴.

Der Zeitpunkt für die Einführung gezielter und größerer sportlicher Aktivitäten (z.B. in Vereinen) soll so gewählt werden, daß aufgrund der schon erreichten Abnahme Erfolgserlebnisse hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und auch der körperlichen Attraktivität möglich sind.

7. BEHANDLUNGSWOCHE. Die bisher eingeführten Verhaltensregeln werden gezielt wiederholt. Sehr viel Gewicht soll auf diejenigen gelegt werden, die als schwierig beurteilt oder leicht vergessen werden. Über die Einhaltung der Verhaltensregeln sind Protokolle anzufertigen.

8. BEHANDLUNGSWOCHE. Für die Reaktion der Umwelt auf einen Versuch der Gewichtsverminderung ist es typisch, daß falsche Eßgewohnheiten, unkontrolliertes Essen und mangelnde Gewichtsabnahme sehr viel eher beachtet und dadurch verstärkt werden als positive Änderungen des Eßverhaltens und Erfolge bei der Gewichtsabnahme.

Die Klienten werden daher zur Selbstbelohnung instruiert. Sie sollen sich hinsichtlich der Verhaltensänderung und hinsichtlich der Gewichtsabnahme kurzfristige und langfristige Ziele setzen, deren Erreichen gemäß einer vorher festgelegten Liste von Belohnungen kontingent verstärkt werden kann.

9. BEHANDLUNGSWOCHE. Die Klienten erhalten Bewertungen des bisherigen Therapieverlaufs durch den Therapeuten anhand von Verlaufsgraphiken und einzelnen Verhaltensmerkmalen als Rückmeldung über den bisherigen Therapiefortschritt (z.B. Einhaltung der Kaloriengrenze, Steigerung der körperlichen Aktivität, Anstieg der Mahlzeitendauer, Verringerung der Streuung der Mahlzeitenhäufigkeit als Index regelmäßigen Essens). Diese Rückmeldungen dienen als Fremdverstärkung und können daher die Selbstverstärkung der Klienten beeinflussen; sie dienen zweitens als Grundlage einer realistischen Selbstbewertung der Klienten.

Ein weiterer Therapieschritt sieht vor, daß die Klienten sich selbst eine Kalorien- grenze geben können. Da die wöchentlichen Gewichtsabnahmen immer geringer werden, sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Kalorienaufnahme im Zusammenhang mit den jetzt besser stabilisierten neuen Eßverhaltensweisen zu reduzieren, um einen etwas besseren Gewichtsverlust als in der Vorwoche zu erreichen. Durch diese Maßnahme sollen die Klienten zusätzliche Erfahrungen über den Zusammenhang von Kalorienreduktion und Gewichtsverminderung erwerben.

10. BEHANDLUNGSWOCHE. Es werden weitere 16 Verhaltensregeln angeboten, die unkontrollierte Zwischenmahlzeiten und das Einkaufen und die Bevorratung von Nahrungsmitteln betreffen. Aus den insgesamt 30 Regeln sollen sich die Klienten mindestens 15 Regeln für ein individuelles Programm herausuchen und befolgen. Die Begründung für diesen Programmschritt liegt darin, daß es für das selbständige Fortsetzen der Therapie nach Ende der Behandlung wichtig erscheint, ein an die persönliche Situation und an die persönlichen Schwierigkeiten angepaßtes Programm zu haben.

11. BEHANDLUNGSWOCHE. Es werden Verhaltenskontrollschritte auf bestimmte typische Situationen übertragen, in denen es schwer fällt, die erlernte Selbstkontrolle beizubehalten. Derartige typische Situationen sind: zum Essen eingeladen sein; im Restaurant essen; Wochenende; eine Zeit lang nicht abgenommen haben.

12. BEHANDLUNGSWOCHE. Das Bewegungsprogramm aus der 6. Woche und das Belohnungsprogramm aus der 8. Woche werden wiederholt und intensiviert.

Die Klienten setzen sich für die Zeit nach der Therapie ein Ziel für die Gewichts- abnahme und bewerten die einzelnen Therapieschritte hinsichtlich der Nützlichkeit und Schwierigkeit für das eigene Bemühen. Gut bewertete Therapieschritte sollen in der Zeit nach der Therapie bevorzugt beibehalten werden.

18. UND 19. BEHANDLUNGSWOCHE (NACHKONTROLLE). Es werden keine therapeu- tischen Instruktionen gegeben; die Klienten registrieren wieder täglich ihr Eß- und Bewegungsverhalten anhand der Beobachtungskarten.

AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE

Die wesentlichen Fragestellungen dieser Untersuchung lauteten: Verringert sich das Gewicht während der Therapie? Gibt es Unterschiede in der Gewichtsabnahme zwischen den beiden Therapiegruppen? Gibt es Wechselwirkungen zwischen Therapieverlauf und Therapieart?

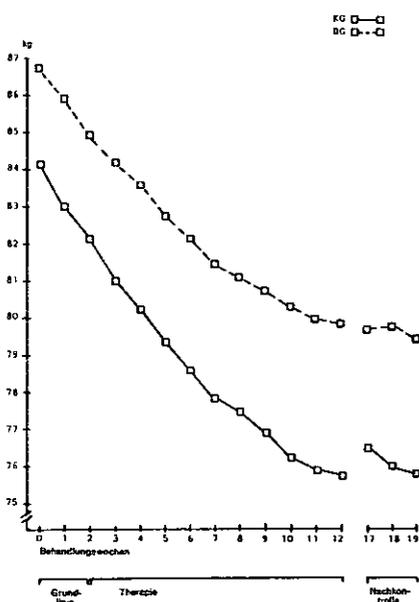
Die Hauptergebnisse sind in den Abbildungen 3-5 in Form der Mittelwerte der wöchentlichen Gewichtswerte der beiden Gruppen dargestellt. In der Literatur werden häufig verschiedene Gewichtswerte verwendet. Wir stellen daher die Auswertung getrennt für absolutes Körpergewicht (kg), absolutes Übergewicht (kg) und relatives Übergewicht (%) dar.

Die Kontaktgruppe verringert ihr mittleres Gewicht von 84,2 kg (Zeitpunkt 0) auf 75,8 kg (Zeitpunkt 12), steigt aber dann in der fünfwöchigen therapiefreien Zeit bis zur Nachkontrolle auf 76,6 kg wieder an (Zeitpunkt 17). Die Briefgruppe verringert ihr Gewicht während der Therapie von 86,8 kg auf 79,9 kg und wiegt bei der Nachkontrolle 79,7 kg.

Das mittlere Übergewicht in kg (und das prozentuale Übergewicht) der Kontaktgruppe wird von 19,8 (30,7%) auf 11,4 kg (17,6%) reduziert; zur Nachkontrolle ergibt sich ein Übergewicht von 12,2 kg (18,7%). Für die Briefgruppe sind die Werte: 20,6 kg (31,3%); 13,7 kg (21,0%) und 13,5 kg (20,8%).

Um die oben angeführten Fragestellungen zu prüfen, wurden die Gewichtswerte einer bifaktoriellen Kovarianzanalyse mit wiederholten Messungen auf einem Faktor (Kovariable: Gewicht zum Zeitpunkt 0) unterzogen. Damit ist der mögliche Einfluß unterschiedlicher Gewichte vor Beginn des Experiments eliminiert.

**ABBILDUNG 3: ABNAHME
DES KÖRPERGEWICHTS
WÄHREND DER BEHANDLUNG**



**ABBILDUNG 4: ABNAHME
DES ÜBERGEWICHTS (kg)
WÄHREND DER BEHANDLUNG**

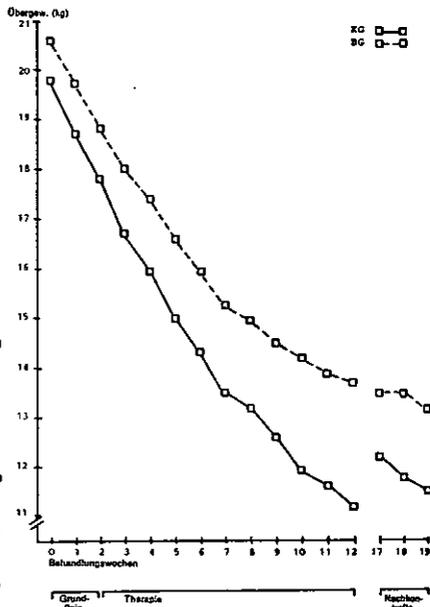
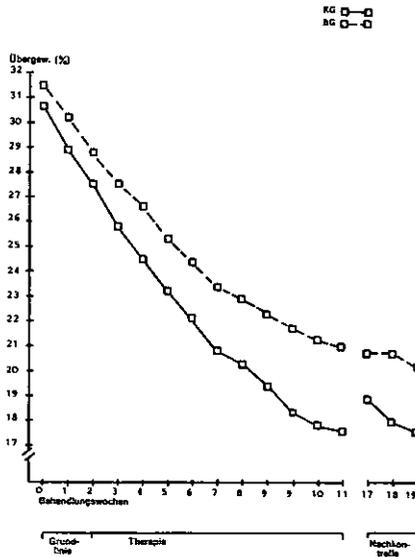


ABBILDUNG 5: ABNAHME DES ÜBERGEWICHTS (%) WÄHREND DER BEHANDLUNG



Das Ergebnis der Kovarianzanalyse des absoluten Körpergewichts findet sich in Tabelle 2.

TABELLE 2: KOVARIANZANALYSE DER GEWICHTE (kg)
(VGL. TAB. 3 UND ABB. 7)

Quelle der Variation	Quadratsumme	DF	Mittleres Quadrat	F-Test	P
Kovariate	61504.277	1	61504.277	578.436	<.001
Therapiegruppe	121.594	1	121.594	1.144	—,292
Vpn (innerhalb)	3934.160	37	106.329	1.144	—
Behandlungswochen	2853.828	14	203.845	63.597	<.001
Therapiegruppe					
Behandlungswochen	23.117	14	1.651	0.515	<.500
Restvarianz	1702.000	531	3.205	—	—

Nur der Faktor « Behandlungswochen » weist einen signifikanten Effekt auf. Der Faktor Therapiegruppe und die Wechselwirkung der beiden Faktoren sind statistisch nicht bedeutsam.

Die Kovarianzanalysen der beiden Übergewichtsmaße ergeben im Prinzip das gleiche Resultat, so daß sich ihre Darstellung erübrigt.

Diese Ergebnisse lassen zunächst die folgende Aussage zu: Unabhängig von der Art der Therapiedurchführung, Gruppentherapie mit Therapeutenkontakt oder briefliche Einzeltherapie, konnten mit dem entwickelten Therapieprogramm statistisch bedeutsame Veränderungen des Körpergewichts bzw. des Übergewichts erzielt werden. Unterschiedliche Wirkungen der Art der Therapiedurchführung lassen sich für den Untersuchungszeitraum nicht nachweisen.

Um dieses Hauptergebnis zu detaillieren, sollen noch einige Charakteristika des Therapieverlaufs aufgezeigt und die Gewichtsveränderungen anhand der üblichen Erfolgskriterien dargestellt werden.

Therapieverlauf

Zur Besprechung des Therapieverlaufs beziehen wir uns im wesentlichen auf Abbildung 3, 4, 5 und 6 sowie Tabelle 3. In Tabelle 3 sind für beide Therapiegruppen getrennt die Veränderungen des Körpergewichts von Woche zu Woche in Form des t-Wertes für abhängige Stichproben angeführt.

TABELLE 3: STATISTISCHE ANALYSE DER WÖCHENTLICHEN GEWICHTS-VERÄNDERUNGEN (T-TEST FÜR ABHÄNGIGE STICHPROBEN)

<i>Vergleich der Gewichtsmessungen der Wochen</i>	<i>Kontaktgruppe</i>	<i>Briefgruppe</i>
0-1	3,76**	3,20**
1-2	5,33***	4,82***
2-3	8,13***	4,07***
3-4	4,65***	3,08**
4-5	6,49***	4,83***
5-6	4,15***	6,13***
6-7	4,36***	4,00***
7-8	2,24*	3,46**
8-9	3,94***	3,48**
9-10	6,02***	2,20*
10-11	3,06**	1,46
11-12	0,72	1,36
12-17	-1,14	0,35
17-18	3,17**	-0,14
18-19	2,77*	2,40*

Negatives Vorzeichen: Gewichtszunahme *** p < .001; ** p < .01; * p < .05.

Vier Punkte sind für den Therapieverlauf wesentlich:

- Die numerisch größten wöchentlichen Gewichtsabnahmen finden schon in der Grundlinie (den ersten beiden Behandlungswochen) und in der dritten Behandlungswoche statt. Dieser sogenannte Anfangseffekt wird häufig bei Reduktionskuren beobachtet und dürfte physiologisch gesehen zu einem guten Teil auch durch Wasserverluste zu erklären sein. Psychologisch gesehen wirkt sich wohl eher eine unspezifische Reaktion auf den Beginn einer Behandlung aus, wenngleich die in der Grundlinie schon eingesetzte Maßnahme der systematischen Selbstbeobachtung zu therapierelevanten Änderungen im eigenen Verhalten führen kann, also auch zu spezifischen Reaktionen. Bezogen auf die statistische Signifikanz der wöchentlichen Gewichtsveränderungen (Tabelle 3) scheint das relative Wirkungsoptimum für die Kontaktgruppe zwischen der zweiten und fünften Behandlungswoche zu liegen, für die Briefgruppe etwas später zwischen der fünften und siebten Woche. Die Wirkung der Therapie ist zu diesen Zeitpunkten am generellsten.
- Der weitere Therapieverlauf ist dadurch charakterisiert, daß besonders von der siebten Woche an mit zunehmender Dauer der Therapie die wöchentlichen Gewichtsverluste immer geringer werden. Auch dies ist eine generelle Regel, die sich in unseren Daten vor allem für die Briefgruppe bestätigt. In Abbildung 6 ist dieser Verlauf der wöchentlichen Gewichtsverluste immer geringer werdend. Auch dies ist eine generelle Regel, die sich in unseren Daten vor allem für die Briefgruppe bestätigt. In Abbildung 6 ist dieser Verlauf der wöchentlichen Abnahmen verdeutlicht.

Die Abnahmekurve (Abbildungen 3-5) verläuft also vermutlich asymptotisch, hat aber bei einer Therapiedauer von zwölf Wochen das absolute Wirkungs-

optimum noch nicht ganz erreicht. Dies mag ein Merkmal für die besondere Wirksamkeit der Selbstkontrolltherapie sein, die ja über das Ende der Therapie hinaus anhalten und zu einer weiteren kumulativen Abnahme führen sollte.

- c) Einen Hinweis in dieser Richtung können wir im Rahmen dieses Experiments durch den Verlauf der Gewichtswerte während der fünfwöchigen therapiefreien Zeit bis zur Nachkontrolle gewinnen.

Die Kontaktgruppe ist partiell rückfällig und nimmt durchschnittlich 0,77 kg zu, die Briefgruppe verliert 0,15 kg. Beide Gewichtsveränderungen sind statistisch nicht bedeutsam. Eine über die Therapiezeit hinausreichende zusätzliche Wirkung der Selbstkontrolltherapie kann für den untersuchten Zeitraum also nicht nachgewiesen werden. Sieben (= 17,5%) der vierzig ausgewerteten Klienten nehmen in der Zeit nach der Therapie mehr als 2,5 kg zu, ebenfalls sieben Klienten nehmen 2,5 kg und mehr ab. Diese maximalen nachtherapeutischen Gewichtsveränderungen gehen zum größten Teil zu Lasten der Kontaktgruppe (je sechs der sieben Klienten), Rückfälle und weitere Therapieerfolge sind also bei den Klienten der Kontaktgruppe ausgeprägter.

- d) Diese Zahlen geben einen Hinweis auf eine mögliche unterschiedliche Wirkung der beiden Therapieformen, wenngleich sich dieser Unterschied zu keinem Zeitpunkt der Behandlung statistisch absichern läßt.

Zwei Beobachtungen sollten aber in diesem Zusammenhang festgehalten werden: Von Beginn an übertrifft die Kontaktgruppe die Briefgruppe bezüglich der wöchentlichen Gewichtsabnahme und baut so ihren Vorsprung mehr oder wenig stetig bis zum Ende der Therapiezeit aus. Dieser Vorsprung von einer im

ABBILDUNG 6: DURCHSCHNITTLICHE WÖCHENTLICHE GEWICHTSABNAHME

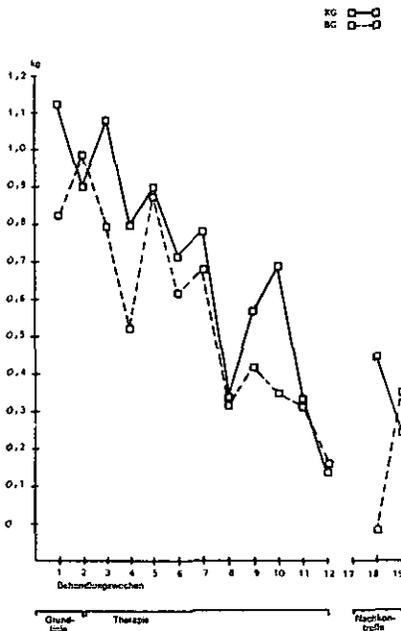
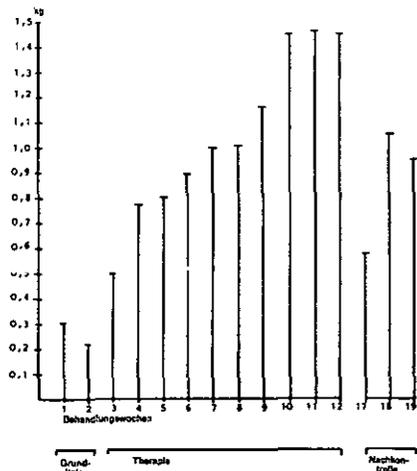


ABBILDUNG 7: DIFFERENZ DER ÜBER DIE BEHANDLUNGSWOCHE KUMULIERTEN GEWICHTSABNAHME ZWISCHEN KONTAKT- UND BRIEFGRUPPE



Durchschnitt 1,5 kg größeren Gewichtsabnahme am Ende der zwölften Behandlungswoche schrumpft dann aber bis zur Nachkontrolle zu Beginn der achtzehnten Behandlungswoche um fast zwei Drittel auf 0,58 kg. Abbildung 7 stellt diesen Verlauf dar.

Spezifische und unspezifische Faktoren (besseres Verständnis und besseres Befolgen der Therapiemaßnahmen, stärkere Außenkontrolle und zusätzliche Motivation durch die Gruppensitzungen) können für diesen Verlauf während der Therapie verantwortlich sein, verlieren aber sofort ihre Wirkung in der therapiefreien Zeit. Zur Nachkontrolle haben wir dann den « Nettoeffekt » der Gruppentherapie gegenüber der Brieftherapie, der als nicht bedeutsam beurteilt werden muß. Vergleichbare Ergebnisse liegen für eine kürzere Therapiezeit und eine längere *Follow-up*-Dauer vor ¹⁷.

DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die bisherigen Hauptergebnisse sind folgende:

Mit dem entwickelten Selbstkontrollprogramm für eine zwölfwöchige Therapie wird eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 7,6 kg erzielt. Dies entspricht einer Abnahme des relativen Übergewichts von 31 % auf 19%. Diese Gewichtsabnahme liegt damit höher als die meisten der in der verhaltenstherapeutischen Literatur berichteten vergleichbaren Ergebnisse.

Statistisch gesehen erweist sich die direkte Gruppentherapie der brieflichen Ferntherapie zu keinem Zeitpunkt im gesamten Behandlungsverlauf überlegen. Diese Aussage können wir dahin spezifizieren, daß es zwar während der Therapiephase zu einer zunehmenden Differenzierung der beiden Therapiearten kommt, dieser Effekt aber temporär an die Therapie gebunden ist und schon nach einer Nachkontrolldauer von fünf Wochen im wesentlichen verschwindet.

Für diesen Effekt sollten Faktoren verantwortlich sein, die mit der Wirksamkeit des Selbstkontrollprogramms an sich nichts zu tun haben.

Der typische asymptotische Verlauf der Abnahmekurven und die mangelnde Wirksamkeit der Therapie über die Therapiezeit hinaus machen Verbesserungsmaßnahmen in zwei Richtungen notwendig: Die kurzfristige und längerfristige Wirksamkeit der Therapie muß durch anschließende Zusatztechniken verbessert werden; diese Techniken sollten vorzugsweise gegen den Rückfall gerichtet sein.

Veränderte oder zusätzliche Reizbedingungen während der Therapie sollten den asymptotischen Verlauf verzögern und so die Wirkung während der Therapie optimieren.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bellack, A., J. Schwartz and R. Rozensky (1974). The contribution of external control to self-control in a weight reduction program. *J. of Behav. Ther. and Exp. Psychiatry*, 5:245-249.
2. Bernard, H. S. and J. S. Efran (1972). Eliminating versus reducing smoking using pocket timers. *Behav. Res. and Therapy*, 10:399-402.
3. Brengelmann, J. C. (1974). Die Behandlung des Rauchens. *Münchener Med. Wochenschrift*, 11:553-556.
4. Cremer, H.-D. (1971). Zur Gefahr der Übergewichtigkeit bei Abnahme der körperlichen Belastung. *Medizin und Ernährung*, 12:151-153.
5. Documenta Geigy (1960) 6. Auflage.

6. Ferster, C. B., S. Nurnberger, and E. Levitt (1962). The control of eating. *J. of Mathematics*, 1:87-109.
7. Fox, L. (1962). Effecting the use of efficient study habits. *J. of Mathematics*, 1:75-86.
8. Hagen, R. L. (1970). Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. *Diss. Abstr. Int.*, 31:(5-B) 2985-2986.
9. Hall, S. M. (1972). Self-control and therapist control in the behavioral treatment of overweight women. *Behav. Res. and Therapy*, 10:59-68.
10. Harris, M. B. (1969). Self-directed program for weight control: a pilot study. *J. abnorm. Psychol.*, 74:263-270.
11. Harris, M. B. and E. S. Hallbauer (1973). Self-directed weight control through eating and exercise. *Behav. Res. and Therapy*, 11:523-529.
12. Hartig, M. (1973). Selbstkontrolle. *Fortschritte d. klin. Psychol.*, München: Urban & Schwarzenberg.
13. Holtmeier, H. J. (1973). Volksseuche Fettsucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 39:2512-2519.
14. Kanfer, F. H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In: Jacobs, A. und L. B. Sachs, *Psychology of Private Events*. New York—London.
15. Klever's Kalorien Kompaß (1973). München: Gräfe und Unzer Verlag.
16. Knick, B. (1972). Adipositasformen und Adipositas therapie. In: *Aktuelle Therapie des Adipositas*. Stuttgart—New York, F. K. Schattauer Verlag.
17. Ramsay, R. W. and H. Jongmans (1975). *Self-control Techniques and Obesity. Progress in Behaviour Therapy*. Heidelberg: Springer.
18. Ries, W. (1970). *Fettsucht*. Leipzig: J. A. Barth.
19. Schachter, S. (1971). *Emotion, Obesity and Crime*. New York—London: Academic Press.
20. Sobell, Z. und M. Sobell (1973). A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics. *Behav. Res. and Therapy*, 11: 237-238.
21. Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behav. Res. and Therapy*, 5:357-365.
22. Stuart, R. B. und B. Davis (1972). *Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity*. Champaign, Illinois: Research Press.
23. Tunner, W., C. Ölkens, R. Ferstl and N. Birbaumer (1975). Systematic desensitization and self-control training in the treatment of speech anxiety. In: *Progress in Behaviour Therapy*, ed. J. C. Brengelmann. Heidelberg: Springer.
24. Voss, H. J. (1967). *Spätergebnisse der Diättherapie bei Fettsucht*. Dissertation Düsseldorf.
25. Wollersheim, J. P. (1970). Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. *J. of abnorm. Psychol.* 76:462-474.

■ „Ernährung und Bewegung“ in Schweden vorläufige Ergebnisse der Kampagne

von Nils Östby

Vorsitzender, Komitee für Gesundheitserziehung
Sozialstyrelsen, Staatl. Gesundheits- und Sozialamt,
Schweden

Das Bedingungsgefüge für Krankheit und Gesundheit ist in Schweden ähnlich wie in den meisten Industrieländern, d.h. es sind sowohl positive wie negative Einflüsse festzustellen. Als Folge von Industrialisierung und Urbanisierung haben sich die Lebensbedingungen erheblich geändert. Charakteristikum der schwedischen Gesellschaft ist einerseits ihr Wohlstand. Auf der anderen Seite sind durch die Konzentration der Bevölkerung auf große Ballungsgebiete viele Menschen entwurzelt und isoliert worden. Vermehrter Streß, Anpassungsschwierigkeiten und berufliche Probleme sind Faktoren, die dazu beitragen, daß es bei bestimmten Gruppen von Jugendlichen zum Mißbrauch von Alkohol, Drogen und anderen gewohnheitsbildenden Stoffen kommt. Immer mehr Menschen werden zu « Dropouts ».

Die Abwanderung in die Stadtgebiete hat noch weitere Änderungen — insbesondere im Hinblick auf die Ernährungsgewohnheiten — mit sich gebracht. Das reichhaltige Angebot an Nahrungsmitteln gibt dem bewußten Verbraucher Gelegenheit, hochwertige Lebensmittel zu kaufen; es verwirrt aber denjenigen, der aus Unwissenheit oder Desinteresse nichts mit dieser Vielfalt anzufangen weiß. Daher läßt sich nur sehr schwer vermeiden, daß auch die vom Nährwert her weniger empfehlenswerten Nahrungsmittel gekauft werden. Ebenfalls geändert hat sich auch das Ausmaß der körperlichen Anstrengung bei der Arbeit. Nur bei einem geringen Prozentsatz der Bevölkerung wird das Bedürfnis nach Bewegung durch körperliche Belastung am Arbeitsplatz abgedeckt. Nach Schätzungen gehen in Schweden außerdem nur etwa 25% der Bevölkerung — in der Mehrheit jüngere Leute — mehr als dreimal wöchentlich einer sportlichen Betätigung nach.

Ebenso wie die Lebensbedingungen hat sich auch das Krankheitsbild gewandelt. Heute stehen Herz- und Gefäßleiden, Tumore und Unfallfolgen weit oben in der Krankheitsstatistik, wobei in vielen Fällen ein Zusammenhang mit den Umwelt- und Lebensbedingungen feststellbar ist.

Das Gesundheitswesen, dessen Einrichtungen in Schweden jedem zur Verfügung stehen, ist in den letzten Jahrzehnten stark ausgebaut worden, was umfangreiche Mittel erfordert hat. Heute entfallen fast 10% des Bruttosozialprodukts auf das Gesundheitswesen. Diese Kostenentwicklung ist vermutlich einer der Hauptgründe, aus denen einige Politiker neuerdings Interesse für Prävention in Form von ärztlichen Untersuchungen, Umweltverbesserung, Aufklärung über die verschiedensten gesundheitlichen Fragen usw. zeigen.

In Schweden gibt es gesundheitliche Aufklärung schon seit den vierziger Jahren, doch erst ab 1965 waren die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine Arbeit in größerem Rahmen gegeben. Die zentrale Leitung liegt heute beim Staatlichen Gesundheits- und Sozialamt (Sozialstyrelsen), das über ein Jahresbudget von rund 6,5 Millionen schwedischen Kronen (rund 3,5 Millionen DM) und einen Mitarbeiterstab von 25 Personen verfügt. Schwerpunkte der gegenwärtigen Aufklärungsarbeit in Schweden sind Ernährung und Bewegung, abhängigmachende Drogen (Alkohol, Drogen, Schlaftabletten und Beruhigungsmittel, Schnüffelfstoffe und Tabak) sowie Sexualerziehung, bei der der Kampf gegen Abtreibung und gegen Geschlechtskrankheiten im Vordergrund steht.

Der folgende Bericht beschreibt die Kampagne « Ernährung und Bewegung » und zwar vor allem die Kampagne zur Verbesserung der Frühstücksgewohnheiten, die 1973/74 durchgeführt wurde.

Der erste Schritt: eine Untersuchung

Mitte der sechziger Jahre wurde in einer Vielzahl wissenschaftlicher Berichte darauf hingewiesen, daß der Fett- und der Zuckerkonsum in Schweden viel zu hoch seien. Gleichzeitig sei der Verbrauch an Gemüse, Getreideprodukten, magerem Fleisch und Milchprodukten bei weitem zu gering. Es handelte sich dabei um ein seit Beginn des Jahrhunderts konstant festzustellendes Phänomen. So war anzunehmen, daß die Gefahr einer Zunahme der Herz- und Gefäßleiden, der Anämien sowie der Kariesfälle bestand, falls dieser Trend weiter anhalten würde — vor allem da in diesem Zeitraum das Ausmaß an körperlicher Bewegung insgesamt zurückgegangen war.

So startete das Staatliche Gesundheits- und Sozialamt 1971 auf Empfehlung einer Expertengruppe die Kampagne « Ernährung und Bewegung ». Ziel der Kampagne war eine Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung, die in erster Linie durch Informationsarbeit erfolgen sollte. Da die Erfahrung gezeigt hatte, daß sich Ernährungsgewohnheiten kaum kurzfristig verändern lassen, wurde beschlossen, daß die Kampagne über mindestens zehn Jahre laufen sollte, so daß eine reelle Chance bestand, die gesamte Bevölkerung zu erreichen und Verhaltensänderungen zu bewirken.

Der erste Schritt bei der Planung der schwedischen Kampagne « Ernährung und Bewegung » war die Untersuchung von Wissen, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung. Ziel dieser Untersuchung war die Gewinnung von Ausgangsdaten, aufgrund derer sich später die mit der geplanten Aufklärungsarbeit in Verbindung zu bringenden Änderungen würden feststellen lassen. Zu diesem Zweck wurden « Interviews » mit einer repräsentativen Stichprobe durchgeführt, die aus 1890 Männern und Frauen im Alter von 20 bis 70 Jahren bestand.

Zu folgenden Variablen wurden Daten erhoben: soziologische Merkmale; Größe; Gewicht; Tabakkonsum; Krankheiten, die sich auf Ernährung bzw. Bewegung auswirken; Ernährung: Wissen, Einstellungen und Verhalten; körperliche Bewegung: Wissen, Einstellungen und Verhalten; Korrelationen zwischen Wissen, Einstellungen und Verhalten im Bereich Ernährung und Bewegung und verschiedenen weiteren Variablen; Korrelationen zwischen (a) Ernährungswissen, Einstellung zu Ernährungsfragen und Ernährungsgewohnheiten und (b) Einstellung zu körperlicher Bewegung und Bewegungsgewohnheiten; und schließlich Korrelationen zwischen Bewegung und Ernährungsgewohnheiten einerseits und relativem Gewicht und relativer Gewichtsänderung andererseits.

Im folgenden werden kurz die wichtigsten Ergebnisse dargestellt:

Tägliche Nahrungszufuhr: Die Untersuchungspersonen wurden gebeten, anzugeben, welche Nahrungsmittel aus den folgenden sechs Gruppen sie vorwiegend essen: grünes Gemüse; Obst, Beerenobst; Kartoffeln, Wurzelgemüse; Milch, Käse; Fleisch, Fisch, Eier; Brot, Getreideprodukte. Die Nahrungsmittelauswahl von 32% (M) bzw. 34% (F) war als gut zu bezeichnen; bei 28% (M) bzw. 30% (F) war das Ergebnis ungenügend, bei 40% (M) bzw. 36% (F) schlecht.

Nahrungszufuhr beim Frühstück: Maßgeblich für die Bewertung war die Zahl der im Frühstück enthaltenen Nahrungsmittelgruppen. 12% (M) bzw. 13% (F) erreichten 4-6 Punkte (gut), 27% (M) bzw. 26% (F) 3 Punkte (ungenügend) und 60% (M) bzw. 62% (F) nur 0-2 Punkte (schlecht).

Verbrauch minderwertiger Nahrungsmittel: Die Befragten wurden gebeten, ihren Verbrauch an (a) Schinken, Wurst, Backwaren, Limonade, alkoholfreien Getränken und (b) Schlagsahne und anderen gehaltvollen Milchprodukten anzugeben. Jedes Nahrungsmittel aus Gruppe (a) wurde mit 1 Punkt, jedes aus Gruppe (b) mit 0,5 Punkt bewertet. 11% (M) bzw. 10% (F) bekamen 0 Punkte (gut), 72% (M und F) 0,5-3 Punkte (ungenügend) und 18% (M) bzw. 17% (F) mehr als 3,5 Punkte (schlecht).

Ernährungswissen: Hier wurde eine Reihe von Fragen über den Nährwert verschiedener Nahrungsmittel gestellt. Die höchste erreichbare Punktzahl betrug 41 Punkte. Hier erzielten 13% (M) bzw. 18% (F) 23-41 Punkte (gut), 59% (M) bzw. 66% (F) 15-22 Punkte (ungenügend) und 28% (M) bzw. 16% (F) 0-14 Punkte (schlecht).

Einstellung zu Ernährungsfragen: 33% (M) bzw. 32% (F) zeigten eine positive, 46% (M) bzw. 45% (F) eine neutrale und 21% (M) bzw. 23% (F) eine negative Einstellung.

Einstellung zu körperlicher Bewegung: 87% (M) bzw. 84% (F) zeigten eine positive, 12% (M) bzw. 13% (F) eine neutrale und 1% (M) bzw. 3% (F) eine negative Einstellung.

Bewegungsgewohnheiten in der Freizeit: Hier wurden die Häufigkeit körperlicher Bewegung sowie der geschätzte Energieaufwand berücksichtigt, wobei die verschiedenen Sportarten unterschiedlich bewertet wurden. 26% (M) bzw. 25% (F) erzielten die Note « gut », 36% (M) bzw. 38% (F) ein « ungenügend » und 38% (M) bzw. 37% (F) die Note « schlecht ».

Zwischen folgenden Variablen besteht eine positive Korrelation:

Ernährung:

- Einstellung zu Ernährungsfragen und Ernährungswissen
- tägliche Nahrungszufuhr und Ernährungswissen
- tägliche Nahrungszufuhr und Einstellung zu Ernährungsfragen
- Nahrungszufuhr beim Frühstück und Ernährungswissen (bei Frauen)
- Verbrauch minderwertiger Nahrungsmittel und Ernährungswissen (bei Frauen)

	ERNÄHRUNGSWISSEN	EINSTELLUNG ZU ERNÄHRUNGSFRAGEN	TÄGLICHE NÄHRUNGSZUFUHR
links, oben: Die Männer EINSTELLUNG ZU ERNÄHRUNGSFRAGEN	+ / +	-	-
TÄGLICHE NÄHRUNGSZUFUHR	+ / +	+ / +	-
NÄHRUNGSZUFUHR/FRÜHSTÜCK	0 / +	0 / 0	-
rechts, unter: Die Frauen MINDERWERTIGE NÄHRUNGSMITTEL	0 / +	0 / 0	0 / 0

Ernährung und Bewegung:

- Ernährungswissen und Einstellung zu körperlicher Bewegung
- Ernährungswissen und Bewegungsgewohnheiten in der Freizeit (bei Frauen)
- Einstellung zu Ernährungsfragen und Einstellung zu körperlicher Bewegung
- täglicher Nahrungszufuhr und Einstellung zu körperlicher Bewegung
- täglicher Nahrungszufuhr und Bewegungsgewohnheiten in der Freizeit

Bewegung:

- Bewegungsgewohnheiten in der Freizeit und Einstellung zu körperlicher Bewegung

	EINSTELLUNG ZU BEWEGUNG
BEWEGUNGSGEWÖHNEHTEITEN	+ / +

	EINSTELLUNG ZU BEWEGUNG	BEWEGUNG IN DER FREIZEIT
ERNÄHRUNGSWISSEN	+ / +	0 / +
EINSTELLUNG ZU ERNÄHRUNG	+ / +	+ - / + -
TÄGLICHE NÄHRUNGSZUFUHR	+ / +	+ / +

Ernährung/Bewegung und relatives Gewicht:

- die tägliche Nahrungszufuhr (gut/ungenügend/schlecht), die Bewegung in der Freizeit (gut/ungenügend/schlecht) und das relative Körpergewicht, das wie folgt berechnet wurde:

$$\frac{\text{Körpergewicht}}{90 (\text{Größe in cm} - 100)} \cdot 100$$

100

Die Kampagne « Ernährung und Bewegung » (Kost och motion)

Nach Durchführung dieser Untersuchung umfaßte die Kampagne eine Reihe von Aktionen, die entweder bereits angelaufen — teilweise sogar schon abgeschlossen — sind oder in Kürze anlaufen werden. Im folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Projekte und Vorhaben gegeben:

- Ursprünglich richtete sich die Kampagne « Ernährung und Bewegung » vor allem an Meinungsführer und an solche Stellen, die die gegebenen Informationen sofort umsetzen können. So wurden kommerzielle und nichtkommerzielle Restaurationsbetriebe auf verschiedene Weise über die Bedeutung einer gehaltvollen Kost aufgeklärt. Die Botschaft war einfach: « Weniger Fett und mehr Gemüse! »
- Der Schulunterricht zum Thema Ernährung und Bewegung wurde einer Überprüfung unterzogen und dem Staatlichen Gesundheits- und Sozialamt ein Bericht mit Verbesserungsvorschlägen vorgelegt.
- Weiterhin wurden auch auf dem Gebiet der Vorschulerziehung umfangreiche Vorarbeiten geleistet. Eine eigens zu diesem Zweck geschaffene Expertengruppe legte im Sommer 1973 einen Bericht mit Empfehlungen zur Ernährung und Bewegung für Kinder vor. In einer speziellen Kampagne wurde die Bedeutung einer gehaltvollen Kost und körperlicher Bewegung für Kinder herausgestellt. Diese Kampagne wurde in Zusammenarbeit mit der schwedischen Genossenschaftsbewegung durchgeführt.
- Verschiedene Aktivitäten zum Thema Bewegung laufen in Zusammenarbeit mit Sportvereinen und Freizeiteinrichtungen.
- Auch für Studenten wurde eine Testkampagne mit dem Schwerpunkt « Ernährung und Bewegung » durchgeführt, die Ende Herbst 1974 auslief.
- Die bisher größte Kampagne mit der besten Dokumentation war die Kampagne « Fang' den Tag besser an! », die hier eingehender beschrieben werden soll.
- Sie lief im Herbst 1973 und im Frühling 1974 und richtete sich an die gesamte Öffentlichkeit. Die Kampagne ist bis zum Frühjahr 1975 mit dem besonderen Schwerpunkt « sozio-ökonomisch schwache Gruppen » weitergelaufen. Als Kommunikationswege waren in erster Linie das Personal in nichtstaatlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie in den Schulen, vor allem der Primarstufe, vorgesehen.
- Die nächste Phase umfaßt eine Reihe von Modellprojekten, die dazu dienen sollen, (1) Material und Kampagnenthemen zu testen und (2) festzustellen, wie auch Angehörige der niedrigeren Einkommensklassen und Leute mit einem niedrigeren Bildungsstand etwa über den Arbeitsplatz, über nicht-staatliche Einrichtungen des Gesundheitswesens oder durch Hausbesuche des Gesundheitsfürsorgers erreicht werden können. Bei dieser Arbeit sollen alle Aspekte von Ernährung und Bewegung während des gesamten Tagesablaufs berücksichtigt werden. Dabei soll besonders gezeigt werden, daß eine gehaltvolle Kost einfach und billig zuzubereiten ist.
- Weitere Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen sind für Schulkinder geplant. Außerdem werden die Probleme des Stillens und der Schwangerschaft gegenwärtig von einer Expertengruppe bearbeitet. Diese Aktivitäten sollen zum Teil mit einer Aufklärung über die Schädlichkeit des Rauchens verbunden werden — einem Problem, dem in Schweden immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.
- Zu der Kampagne « Ernährung und Bewegung » gehören auch Basisuntersuchungen und Erfolgskontrollen für bestimmte Teilaspekte. Ziel der Basisuntersuchungen ist die laufende Gewinnung von Informationen über eventuelle Änderungen im Hinblick auf Wissensstand, Einstellungen und Gewohnheiten der Bevölkerung im Bereich « Ernährung und Bewegung ».

Zusammenarbeit — eine Grundvoraussetzung

Das Staatliche Gesundheits- und Sozialamt hat schon bei früherer Gelegenheit erklärt, daß sich eine Änderung der Ernährungs- und Bewegungssituation nur durch eine Intensivierung von Forschung, Aufklärung und Erziehung erreichen läßt. Voraussetzung dafür ist eine Koordinierung der verschiedenen Möglichkeiten, die dem Gemeinwesen in Form staatlicher, kommunaler, berufsständischer oder privater Organisationen sowie durch gewerbliche Einrichtungen usw. zur Verfügung stehen, die zu verschiedenen Formen der Zusammenarbeit führt.

Demgemäß konzentrierte sich das Interesse von Anfang an darauf, für die Kampagne « Ernährung und Bewegung » eine praktikable organisatorische Form zu finden. So wurde in der Anfangsphase in Form von Projektgruppen, Experten- und Bezugsgruppen ein umfangreiches Netz von Kontakten aufgebaut, in dem weite Bereiche der Gesellschaft repräsentiert waren.

Ein wichtiger Teil der Arbeit für die Kampagne bestand in der Zusammenarbeit mit dem Unternehmertum, das erhebliches Interesse zeigte. Die wichtigsten Partner waren hier die Lebensmittelhändler und -produzenten, von denen die Kampagne, bei der es um die Verbesserung der Frühstücksgewohnheiten der Schweden ging, konstruktiv unterstützt wurde.

« Fang' den Tag besser an! »

Die Notwendigkeit einer Veränderung der Frühstücksgewohnheiten der Schweden ist bereits von wissenschaftlicher Seite stark herausgestellt worden. Die schon erwähnte Basisuntersuchung ergab, daß ca. 10% der Bevölkerung überhaupt kein Frühstück essen und sogar 60% zum Frühstück nur Lebensmittel aus einer oder zwei der sieben Gruppen von Hauptnährstoffen zu sich nehmen. Die schwerwiegendste Folge dieser Tatsache ist, daß ihre Kost sehr unausgewogen ist. Die Einnahme eines ausgewogenen Frühstücks, mit dem etwa 25% des täglichen Energie- und Nährstoffbedarfs gedeckt werden sollen, hätte folgende Vorteile:

- a) Erhöhung der körperlichen und geistige Leistungsfähigkeit am Vormittag
- b) ausgewogenere Nährstoffzufuhr
- c) geringeres Bedürfnis nach Zwischenmahlzeiten.

Zielsetzungen und Medien der Kampagne

Ziel der Kampagne war, die gesamte Öffentlichkeit zu erreichen — insbesondere jedoch diejenigen Personen, die für das Einkaufen der Lebensmittel für die Familie zuständig sind. Später wurden noch schwerpunktmäßig die sozio-ökonomisch schwachen Gruppen mit einbezogen.

Nach ausgiebigen Diskussionen wurde beschlossen, folgende Streuwege in Anspruch zu nehmen:

- Massenmedien
- Sportvereine
- Lebensmittelgeschäfte.

Die Wahl dieser Streuwege war einfach dadurch bedingt, daß man versuchen wollte, mit möglichst geringem Aufwand ein Maximum an Publicity zu erreichen. Werbung kam aus finanziellen Gründen nicht in Frage. Über die Sportvereine, so dachte man, würde es möglich sein, einer Vielzahl derer zu erreichen, die sich

regelmäßig sportlich betätigen. Außerdem würden die Sportvereine auch die Möglichkeit haben, während der Laufzeit der Kampagne bei weiten Kreisen der Bevölkerung für sportliche Betätigung zu werben.

Die Streuung von Informationen über Lebensmittelgeschäfte war etwas vollkommen Neues. Hier war eine enge Zusammenarbeit mit den Großhandelsorganisationen erforderlich, die sich u.U. als kompliziert erweisen würde. Doch hätte dies den Vorteil, daß man über die Geschäfte weite Kreise der Bevölkerung während des Einkaufens — dem entscheidenden Moment — erreichen könnte.

Für die angegebenen Streuwege stand folgendes Material zur Verfügung:

- a) Für die Öffentlichkeit wurde ein vierseitiges Faltblatt hergestellt, in dem fünf Frühstücksalternativen zusammen mit einem einfachen Bewegungsprogramm vorgestellt wurden. Von diesem Faltblatt wurden vier Millionen Exemplare — hauptsächlich über die Geschäfte — gestreut.
- b) Sportvereinen und Geschäften wurde besonderes Poster- und Display-Material zur Verfügung gestellt.
- c) Außerdem wurde eine Reihe von Illustrationen entwickelt, die für Vorträge und für Unterrichtszwecke gedacht waren.

Dieses Material wurde durch Material von kommerziellen Organisationen und anderen Interessenten ergänzt.

Modellversuch

Im Frühjahr 1973 wurde in Malmö ein Modellversuch gestartet, um die Möglichkeiten einer Kooperation mit der Wirtschaft und den Massenmedien zu testen und festzustellen, wie die Öffentlichkeit auf eine solche Kampagne reagiert. Der Versuch, der über etwa einen Monat lief, erbrachte äußerst günstige Ergebnisse, die sich ausdrückten in:

- a) einer breiten Unterstützung von seiten der Supermarktketten
- b) umfangreicher Publicity in Presse, Radio und Fernsehen
- c) positiven Reaktionen der Öffentlichkeit und der lokalen Behörden sowie der beteiligten Organisationen.

Die eigentliche Kampagne: Durchführung und Erfolgskontrolle

Die Kampagne lief in der Zeit von September 1973 und Juni 1974. Zu diesem Zweck wurde Schweden in sechs Regionen unterteilt. In jeder dieser Regionen lief die Kampagne etwa einen Monat lang. Für dieses Verfahren hatte man sich in erster Linie mit Rücksicht auf die verfügbaren Mittel entschieden, da die Kapazität der Zentrale nicht ausreichte, um die Kampagne gleichzeitig im ganzen Land laufen zu lassen.

Vor Beginn der Kampagne wurden zunächst gute Kontakte zur Lokalpresse, den Radio und den Supermarktketten hergestellt. Presse und Radio wurden eingehend über die Kampagne informiert und mit Vorschlägen für ein journalistisches Treatment des Themas versehen. Die Supermarktketten wurden aufgefordert, sich an der Kampagne zu beteiligen, und mit Material und Vorschlägen für Displays usw. versorgt. Wichtig war die Einschaltung von Informationen in die allwöchentliche Lebensmittelreklame der Geschäfte.

Auf regionaler Ebene beteiligten sich Sportvereine sowie regionale/lokale Behörden an der organisatorischen Arbeit, an der Vorbereitung öffentlicher Veranstaltungen und in einigen Fällen sogar an Werbemaßnahmen.

Ergebnisse

Im Juni 1974 wurde eine Fragebogenuntersuchung an 1.800 Schweden durchgeführt, um den Erfolg der Kampagne festzustellen. Diese Untersuchung ergab, daß ca. 50% von ihnen von der Kampagne Notiz genommen hatten und daß die wirksamsten Anspracheformen Presse und Werbung gewesen waren, d.h. zum einen redaktionelle Artikel in der Presse und zum anderen die wöchentliche Nahrungsmittelreklame in den Geschäften und von den Lokalbehörden in die Tageszeitungen eingeschaltete Anzeigen.

Eine Aufschlüsselung der Befragten nach Geschlecht, Alter und Bildung ergab, daß mehr Frauen als Männer, mehr Jüngere als Ältere und mehr Gebildete als weniger Gebildete von der Kampagne Notiz genommen hatten.

Die Befragten wurden auch danach gefragt, was sie im Vergleich zum Vorjahr jetzt zum Frühstück aßen. Dabei zeigte sich, daß die Frühstücksgewohnheiten im allgemeinen besser geworden waren: Die Befragten aßen weniger süßes Brot und Kuchen und mehr Käse, Gemüse und Obst. Es wurde mehr Fruchtsaft getrunken. Diese Veränderungen, die bei Frauen ausgeprägter waren als bei Männern, waren statistisch signifikant.

Der Beitrag der Massenmedien wurde quantitativ gemessen. Während der Laufzeit der Kampagne wurden in 167 Zeitungen und Zeitschriften 573 Artikel veröffentlicht. Zahlenmäßig erschienen in 85% der Zeitungen (die insgesamt mehr als 95% der Gesamtauflage repräsentieren) Berichte oder Artikel über die Kampagne « Fang' den Tag besser an! », die insgesamt 371.400 Spaltenmillimeter darstellten. Der Anzeigenraum (der in der Hauptsache von den Supermarktketten finanziert wurde) lag in der Größenordnung von 160.000 Anzeigenmillimetern, was einem Aufwand von etwa 300.000 schwedischen Kronen (17.250. — DM) entspricht. Die Kosten für die Organisation der Kampagne betragen weniger als 700.000 skr (40.250 DM).

Erläuterung der Ergebnisse

Im Laufe dieser Kampagne änderten sich die Frühstücksgewohnheiten der Schweden in der « richtigen » Richtung. Die vorliegenden Informationen erlauben jedoch keine Aussage darüber, in welchem Umfang dieser Tatbestand auf den Einfluß der Kampagne zurückzuführen ist. Wahrscheinlich kann gesagt werden, daß die Kampagne aktiv mit zu diesem Ergebnis beigetragen hat — doch ist es nicht ausschließlich ihr zu verdanken. Weitere entscheidende Einflüsse sind die Preissituation, ein allgemein festzustellender Trend in Richtung auf eine vernünftiger Ernährungswiese sowie Informationen, die aus anderen Quellen stammen. Dennoch hat die Kampagne des Staatlichen Gesundheits- und Sozialamtes wahrscheinlich eine wichtige Funktion erfüllt — nicht zuletzt als Katalysator. Nach allgemein verbreiteter Ansicht ist das Motto « Fang' den Tag besser an! » ein Erfolg gewesen, war die Botschaft wesentlich und ist es nicht schwer gewesen, viele Menschen dazu zu bringen, sich angesprochen zu fühlen.

Die Untersuchungen über die Wirksamkeit der Streuung von Informationen über die Supermarktketten sind noch nicht abgeschlossen. Es sieht so aus, als hätten insbesondere die großen Geschäfte und Kaufhäuser durch Displays und Vorführungen einen sehr wirksamen Beitrag geleistet. Dies gilt jedoch nicht für die übrigen Geschäfte, obwohl sie ursprünglich ihre Mitarbeit zugesichert hatten.

Allgemein ist man der Auffassung, daß die Streuung von Informationen über diese neuen Streuwege gut funktioniert hat und die Unternehmer zu neuen Diskussionen über eine künftige Zusammenarbeit bereit sind.

Dieser Streuweg, der sichtlich geeignet war, die Bevölkerung zu sensibilisieren, hat ganz wesentlichen Anteil an den positiven Ergebnissen, die der Einsatz der Massenmedien gezeitigt hat. Diese Erfolge waren zweifellos nicht zuletzt persönlichen Kontakten zu verdanken. Es ist unwahrscheinlich, daß man ähnliche Ergebnisse erzielt hätte, wenn die Initiative nur von oben ausgegangen wäre.

Darüber sollten wir aber nicht vergessen, daß die Ernährungsweise und das Ausmaß einer mehr oder weniger regelmäßigen körperlichen Betätigung von einer Kette von psychologischen und soziologischen Faktoren abhängen, die individuell bedingt von Zeit zu Zeit beträchtlichen Schwankungen unterworfen sind. Voraussetzung für eine Änderung der traditionellen Gewohnheiten auf diesem Gebiet ist die Unterstützung von seiten der Behörden, der meinungsbildenden Organisationen und des Unternehmertums. Die Öffentlichkeit muß immer mehr Bewußtsein für diese Fragen entwickeln, und den zuständigen Behörden und Organisationen kommt die nicht eben einfache Aufgabe zu, ihr eine solche Änderung schmackhaft zu machen.

Wir dürfen uns von den ersten Erfolgen, die wir erzielt haben, nicht dazu verleiten lassen, zu glauben, unsere fundamentalen Gewohnheiten hätten sich schon effektiv geändert. Auf der anderen Seite aber ist auch der kleinste Erfolg auf diesem großen, komplexen Gebiet mit einer gewissen Begeisterung zu begrüßen.

Trimmy, der freundliche kleine Botschafter

von **Jürgen Palm**
Geschäftsführer, Deutscher Sportbund

Vor vier Jahren startete der Deutsche Sportbund im gesamten Bundesgebiet eine Kampagne, deren Ziel eine Veränderung der Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung ist. Es handelt sich um eine große Aktion, der ein Jahresbudget im Werte von 12 Millionen DM zur Verfügung steht. Interessanterweise werden nur 5% dieser Summe aus Mitteln des Sportbundes finanziert; der gesamte Rest wird gestiftet oder gesponsort. Auch in diesem Jahr wurde trotz der Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* nur ein Bruchteil der Kosten aus öffentlichen Mitteln gedeckt — was beweist, auf welches Interesse die Kampagne allerorten stößt.

Die Botschaft

Trimmy ist der Botschafter, der unsere Botschaft vermittelt. Trimmy sieht sicherlich nicht wie ein Sportheld aus, und — soweit wir wissen — hat er nie Bodybuilding betrieben. Mit seinem großen Kopf wirkt er eigentlich eher intellektuell, jedenfalls nicht wie eine Figur aus dem Olympischen Stadion. Trimmy soll auf den ersten Blick folgendes deutlich machen:

1. Sport macht Spaß
2. Zum Trimmen braucht man keine besonderen Fähigkeiten
3. Beim Trimmen kehrt ein Stück Jugendzeit zurück
4. Trimmy ist ein Zeitgenosse von Asterix — er gehört in die Landschaft von « Pop » und « Comics »

Eine Kampagne, die das Verhalten ändern will, setzt nicht nur professionelle Kenntnisse im Bereich moderner Werbemedien voraus, sondern auch die Fähigkeit, ein neues Bild, ein neues Bewußtsein von dem herzustellen, was Sport heute ist. Daher auch unser Versuch, für diesen Begriff ein neues Wort zu finden: Trimmen — was etwas anderes ist als der herkömmliche Sport. Aus diesem Wort entstand dann der Name Trimmy.

Wir versuchen, den Bürger auf allen denkbaren Wegen zu erreichen: über Zeitungen und Zeitschriften, durch Bierdeckel mit Karikaturen führender Politiker,

* Gegenwärtig führt der Deutsche Sportbund zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände sowie dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eine Kampagne zum Thema « Ernährung und Bewegung » durch.

durch Werbung auf Autos, durch Fernseh- und Radiospots, die jeweils von einer extra für diesen Zweck komponierten Musik begleitet werden, und durch Broschüren. (Die diesjährige Broschüre hatte eine Gesamtauflage von 800.000 Stück. Insgesamt haben wir bisher 13 Millionen Broschüren verteilt, wobei ein großer Teil von Zeitungslesern anhand von Anzeigencoupons abgerufen wurde.)

Wir stellen *Spaß* als Motivation zum Sporttreiben in den Mittelpunkt. Unsere Werbung ist so angelegt, daß jedem die Möglichkeit gegeben wird, sich mit Trimmy zu identifizieren — auch den Älteren, den Dickeren und den Ungeübten. Deshalb arbeitet unsere Werbung auch nicht mit dem erhobenen Zeigefinger. Wir vermitteln zwar auch Gesundheitsinformationen, aber wir bemühen uns, Sport mit Urlaub, Wochenende und Spaß in der Familie in Verbindung zu bringen.

Die diesjährige Poster-Serie unterstreicht dieses Konzept durch eine neue Annäherung an das Thema: Jedes Plakat besteht aus einem kleineren Bild, das einen sporttreibenden Menschen zeigt, und einer Vergrößerung seines Gesichts, an dem sich die Lebensfreude und das Glück ablesen lassen, die der Sport dem Menschen schenkt. Bei der Planung und Gestaltung bedienen wir uns einer Werbeagentur und eines psychologischen Instituts.

Wir sprechen dabei auch die *soziale Motivation* an: Trimmer sind nicht allein. Wenn sie Tischtennis spielen, wandern gehen, Ballspiele betreiben, können sie auch in Kontakt miteinander kommen. Hier ist jedoch eines wichtig: Wir müssen dafür sorgen, daß diejenigen, die sich auf diese Weise begegnen, in ihrer Leistungsfähigkeit in etwa gleich sind — sonst war der erste Versuch für diejenigen, die sich unterlegen fühlen, dann schon der letzte Versuch.

In den Bildmotiven der Plakate, Anzeigen und Broschüren bringen wir den Sportbegriff auch mit der *Freiheit von sozialen Zwängen* in Verbindung: Manchmal haben wir Lust, einen Purzelbaum zu schlagen oder Rad zu schlagen, und dann sollten wir es auch tun als äußeren, körperlichen Ausdruck unserer inneren Freude und unserer überschäumenden Laune. Das setzt ein neues Sportverständnis voraus, das wir bewußt fördern.

Das Freisein von Streß wird ebenfalls herausgestellt — etwa auf einem Plakat, das Leute bei einer Radwanderung durch den Wald am Samstagmorgen zeigt: Sie wirken entspannt, beschaulich, nicht verschwitzt, nicht überanstrengt und genießen die Schönheit und den Frieden der Natur.

Wir haben auch einige *praktische Programme* entwickelt, bei denen eine andere Motivation angesprochen wird, nämlich der Reiz der Belohnung.

Das erste Programm bedient sich der Trimm-Spirale, einer Kontrollkarte in Größe einer Postkarte, auf der man Punkte für Wandern, Gartenarbeit, Radfahren oder Laufen sammeln kann. Wenn man 100 Punkte zusammen hat, bekommt man eine kleine Auszeichnung. Eine andere Art der Belohnung sind Medaillen. Seltsamerweise haben Medaillen noch immer einen großen Reiz für viele Leute. In Anlehnung an die Volkswettbewerbe in der Schweiz und in Skandinavien haben wir eine Art Gegenolympiade gestartet, die sich nicht etwa gegen die Olympischen Spiele wendet, sondern eher eine Art Gegenmodell darstellt: die Trimm-Spiele. Da kann die Fünfjährige mit ihrer 60- oder 70-jährigen Großmutter teilnehmen; die geforderte Leistung ist so niedrig, daß 90% der Teilnehmer sie erreichen können. Dennoch setzt die Teilnahme eine gewisse Anstrengung voraus, die Preise werden nicht verschenkt, sind aber für jedermann erreichbar. Trimm-Spiele gibt es für siebzehn verschiedene Sportarten. 4000 Veranstaltungen finden jährlich mit rund 2 Millionen Teilnehmern statt.

Sport ist nicht nur Männersache!



... lauf mal
wieder!



... schwimm mal
wieder!



... kick mal
wieder!



... turn mal
wieder!



... fahr mal
wieder Rad!

Schließlich fordern wir die Bevölkerung auf, in die Natur hinauszugehen. Der Sportplatz von früher ist nicht jedermanns Sache, wenn er auch für viele attraktiv sein mag. Auf den Anfänger, den Übergewichtigen, den Unbeweglichen wirkt er eher abschreckend. Als erste sind wohl die Skandinavier in die Natur als das größte « Sportgelände » hinausgegangen. Und das tun wir heute auch. Wir propagieren deshalb den Trimm-Park, eine naturverbundene Anlage zum Laufen, Wandern, Spielen, Gymnastiktreiben im Wald.

1975 stand die Trimm-Aktion ganz im Zeichen des Ausdauer-Trainings: langsamer Dauerlauf oder Trimm-Trab, wie wir es nennen. Wir hoffen, langfristig zwei bis drei Millionen Menschen für diese Sportart zu gewinnen.

9 Millionen Trimmer in der Bundesrepublik Deutschland

Bisherige Untersuchungen weisen auf einige sehr ermutigende Ergebnisse hin: *Erfolg der Kampagne:* Die Kampagne ist 93 % der Bevölkerung bekannt. Dieser außergewöhnlich hohe Prozentsatz ist sicher nicht der Qualität der Arbeit allein zuzuschreiben, sondern der Tatsache, daß die Zeit reif für Initiativen auf diesem Gebiet war.

Verhaltensänderung: Im April 1974 führte Emnid, ein Meinungsforschungsinstitut, für uns die vierte Umfrage durch. Die Ergebnisse zeigen, daß gegenwärtig 37 % der Bevölkerung sich sportlich betätigen — wobei vom Tennis bis zum Wandern alles erfaßt ist (Spazierengehen zählte nicht, aber Wanderungen). 19% davon — also 9 Millionen Menschen — gaben an, sie hätten aufgrund der Kampagne angefangen, Sport zu treiben. Wir sind natürlich sehr darauf bedacht, zu erreichen, daß diese Zahl sich stabilisiert. Ermutigend ist, daß die Zahl der aktiv Sporttreibenden in der Bundesrepublik Deutschland alljährlich um einige Prozentpunkte zunimmt.

Während die meisten Menschen durchschnittlich zwei Stunden wöchentlich Sport treiben, geht andererseits ein Drittel der Bevölkerung höchstens ein-, zwei- oder dreimal im Jahr Skifahren oder Schwimmen. Hier ist also eine der Hauptaufgaben für die Zukunft: nach dem neu erregten Interesse am Sport, nach der allgemein positiven Einschätzung und nach dem Gewinn vieler Menschen zum gelegentlichen Trimmen daraus nun stabile Lebensgewohnheiten mit einer medizinisch wünschbaren Regelmäßigkeitsquote von zwei- bis dreimal wöchentlicher Aktivität zu entwickeln.

Die „Weight Watchers“: Gewichtsreduktion in der Gruppe

von Anita Rieger und Ursula Loch
Weight Watchers Deutschland GmbH

Die *Weight Watchers* praktizieren eine ganz besondere Art der Gruppentherapie, und viele Menschen, die mit anderen Methoden gescheitert sind, haben mit der Methode der *Weight Watchers* Erfolg. Die *Weight Watchers* wurden vor elf Jahren in den Vereinigten Staaten gegründet, haben aber ihre Tätigkeit schon bald auch auf andere Länder ausgedehnt. In Europa gibt es in fast jedem Lande *Weight Watcher*-Gruppen, die meisten in Dänemark, Holland und Schweden und seit kurzem jetzt auch in Italien, Frankreich und Spanien. In der Bundesrepublik begannen sie ihre Tätigkeit im Jahre 1969.

Die *Weight Watchers* haben drei Programme: ein Grundprogramm zum Abnehmen, ein Übergangsprogramm, das es den Teilnehmern leichter machen soll, die letzten 5 Kilo zu verlieren, und schließlich das entscheidende Erhaltungsprogramm, das nach und nach all die Speisen wieder erlaubt, auf die die Teilnehmer vorübergehend hatten verzichten müssen.

Wenn man das Zielgewicht erreicht hat, kann man Dauermitglied auf Lebenszeit bei den *Weight Watchers* werden und darf dann einmal im Monat kostenlos in eine Klasse kommen, wenn man nicht mehr als 1 kg zugenommen hat. Dank dieser Methode gibt es jetzt z. B. in Düsseldorf einige hundert Mitglieder, die ihr Gewicht über vier Jahre gehalten haben.

Weight Watchers zählen keine Kalorien; ihnen wird gesagt, wieviel Gramm von einer bestimmten Speise sie jeden Tag essen dürfen. Das ist eine einfache Methode, mit der sichergestellt ist, daß der Körper alles bekommt, was er braucht.

Die Aufnahmegebühr, die beim ersten Klassenbesuch zu zahlen ist, beträgt DM 21.—. Danach zahlt man jede Woche einmal DM 9.—, ohne jedoch einen Vertrag zu unterschreiben. Man kann jederzeit aufhören, wenn man will. Die *Weight Watchers* sind angegriffen worden, weil sie Geld nehmen. Die Erfahrung hat aber gezeigt, daß jemand, der etwas erreichen will, auch dafür bezahlen sollte, weil er sich dann mehr anstrengt.

Es gibt Leute, die glauben, allein mit dem Programm abnehmen zu können, das man gleich beim ersten Klassenbesuch bekommt. Einigen gelingt es, die meisten

nehmen aber wieder zu, weil ihnen eben die Unterstützung durch die Gruppe fehlt. Dieses Wissen, daß andere mit denselben Schwierigkeiten kämpfen und dasselbe Ziel verfolgen, ist wichtig. Außerdem hat ein Dicker spezielle Probleme und braucht jemanden, mit dem er darüber reden kann. Ein Schlanker wird vielleicht einfach sagen: «Hör auf damit! IB doch einfach nicht so viel. Du mußt ja nicht dick werden!» Aber ein dicker Mensch braucht Verständnis. Und diese Hilfe bekommt er in der Klasse, und das gibt ihm die Kraft durchzuhalten. Häufig hat man auch ein Tief und will abspringen. Aber dann sind da die anderen in der Klasse und lassen es nicht zu. Und noch einen anderen Aspekt hat die Unterstützung durch die Gruppe: Der Mensch möchte belohnt werden für eine Leistung — sei es ein Gewichtsverlust von 100 Gramm oder 2 Kilo pro Woche. Und das ist auch später, wenn er sein Zielgewicht erreicht hat, noch genauso wichtig. Auch die Dauermitglieder sind, wenn sie einmal im Monat zur Klasse kommen, stolz, vorzuführen, daß sie ihr Gewicht gehalten haben: «Hier, ich bin noch schlank.» Man muß immer etwas unter Druck gesetzt werden, um sein Gewicht zu halten, und diese Funktion erfüllt die Gruppe.

Schließlich bleibt noch zu sagen, daß die Klassen nur von Sprechern geleitet werden, die früher selbst dick waren und daher mit allen Problemen vertraut sind. Sie sind Vorbilder und der Beweis dafür, daß es möglich ist, schlank zu werden und zu bleiben.

DRITTER TEIL

**Verhaltenspsychologische
Aspekte
und
kulturelle
Normen**

Motivationale Widerstände gegen körperliche Bewegung und Möglichkeiten ihrer Überwindung

von Prof. Dr **Manfred Steinbach**
Sozialministerium des Landes Hessen
Bundesrepublik Deutschland

Wenn wir heute von den modernen Epidemien sprechen, kommen uns sofort einige Stichworte in den Sinn. Wir denken an den Bewegungsmangel, an Über- und Fehlernährung, an die industrialisierten Ballungsräume und die Urbanisierung, an die Reizüberflutung und die Umweltgefährdung.

Die Krankheiten — oder zumindest Gesundheitsstörungen —, die aus diesem vielfältigen Tatbestand resultieren, treten uns entgegen in Gestalt bestimmter Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. -Störungen, Unzulänglichkeiten im Haltungs- und Bewegungsapparat sowie den am wenigsten faßbaren, vielleicht aber besonders bedeutungsvollen psychonervösen Störungen verschiedenster Art, die hier als Neurose, dort fälschlich als Schizophrenie, als Asthenie oder wie auch sonst bezeichnet werden.

Unsicherheit über die krankheitsverursachenden Faktoren

Es ist schwierig, auseinanderzuhalten, welchen Anteil die einzelnen Ursachen an den entstehenden gesundheitlichen Unzulänglichkeiten haben. Wir kennen zu viele brave Waldläufer, die trotzdem ihren Herzinfarkt bekommen haben. Wir kennen viele brav Sport treibende Kinder, die trotzdem Plattfüße, Senkfüße oder Spreizfüße haben. Aber es besteht keine Klarheit darüber, welcher Faktor in welchem Ausmaß in das Krankheitsgeschehen eingeht.

Die Suche nach den krankheitsverursachenden Faktoren geschieht von verschiedener Warte her: Der eine sucht auf dem Sektor Ernährung, der andere auf dem Sektor Bewegung. Woran es ein bißchen mangelt, ist die Koordination, eine Verbindung all dieser Perspektiven, die es ermöglichen würde, wirklich die anteilmäßige Bedeutung jedes der relevanten Faktoren herauszufinden.

Aus der Sicht des Sports steht dabei selbstverständlich der Bewegungsmangel im Vordergrund. Dieser Bewegungsmangel ist vielleicht der entscheidende Ansatzpunkt, um die Bevölkerung im Interesse der Gesundheit zu einer sportlichen Betätigung — wenn man so will: zum Volkssport — zu bringen.

Was bringt der Sport für die Gesundheit?

Wir sind uns vollkommen darüber im klaren, wie sich Bewegungsmangel auf verschiedene Vorgänge in den einzelnen Gesundheitsbereichen auswirkt, und vor allen Dingen kennen wir den Positiveffekt. Wir wissen sehr genau, was im Bereich des Vegetativen, des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates durch Bewegung zu erreichen ist. Dazu gibt es eine Reihe sehr sorgfältig erhobener, zuverlässiger Daten. Wir wissen um die positive Wirkung geeigneter Ausdauer-sportarten auf die Leistungsfähigkeit des Herzens. Wir wissen um die Wirkungen einer hinreichend regelmäßigen sportlichen Betätigung auf die vegetativen Funktionen; hier spricht der Sportmediziner von der sportbedingten Vagotonie, der Umstellung auf den Parasympaticus — einem Vorgang, der in dieser etwas einfachen Darstellung zwar umstritten und nicht ganz schlüssig ist. Trotzdem ist die Tatsache eines harmonisierenden Effekts, besonders bei intensiver Betätigung im Ausdauerbereich, unbestritten und anhand vieler Daten nachzuweisen.

Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine unzureichend entwickelte Muskulatur — sei sie allein erbbedingt, sei sie durch Bewegungsmangel noch besonders ausgeprägt — durch geeignete sportliche Tätigkeit zumindest teilweise korrigiert und hinreichend gekräftigt werden kann. Wir wissen, welche Gefahr Bewegungsmangel in allen Bereichen des menschlichen Körpers bedeutet. Wir wissen, daß die Leistungsfähigkeit des Herzens sowohl bei Spitzensportlern (bei denen diese Erkenntnisse vorwiegend gewonnen wurden) als auch bei Amateursportlern wächst, und kennen somit positive Effekte körperlicher Bewegung. Diese positiven Effekte bestehen zunächst nur in einer vegetativen Umstellung — jenen schonenden parasympathischen Prozessen, die im Zuge zunehmender Kapillarisation eine bessere periphere Sauerstoffausnutzung ermöglichen und die uns zwar nicht vor einem plötzlichen Tod bewahren, aber zumindest im Vergleich zu denen, die keinen Sport getrieben haben, in den verschiedensten Situationen größere Chancen einräumen.

Die Diskussionen um die Arteriosklerose, die ja viele Folgeerkrankungen nach sich zieht, sind hinlänglich bekannt. Bewegungsapostel, Sportmediziner und Internisten haben anfangs große Hoffnungen in die arterioskleroseverhütende Wirkung der sportlichen Betätigung gesetzt. Mittlerweile wird solche Wirkung mehr und mehr von erstzunehmenden Kreisen in Zweifel gezogen. Wir wissen aber wohl aus sorgfältigen statistischen Erhebungen, daß bei gegebener Arteriosklerose — einer Erkrankung, mit der ein jeder von uns zu rechnen hat — für Sporttreibende die Gefahr gesundheitlicher Zweitkonsequenzen geringer und im Falle einer solchen Folgeerkrankung die Überlebenschance größer ist.

Von besonderer Bedeutung ist die körperliche Bewegung angesichts der Herzinfarkt-, aber auch der Hirninfarktstatistiken.

Das Problem der Streßbewältigung

Schließlich soll noch mit ein paar Worten auf die psychovegetativen Störungen eingegangen werden. Es handelt sich um ein Syndrom, das in der ganzen Bevölkerung zu finden ist und das auf die Reizüberflutung und den Streß zurückgeführt wird. Wir bilden uns ein, heutzutage stärker belastet zu sein als seinerzeit unsere Vorfahren. Wir meinen, sie hätten ein ruhiges Leben geführt und wir hätten es dagegen schwer. Ich möchte glauben, daß die Belastung für unsere Großväter nicht geringer war als für uns heute, wenn man bedenkt, daß die Zeiten eben ganz

anders waren. Aber gleichgültig, ob die Belastung heute nun wirklich größer ist oder nicht, eines scheint sich sehr deutlich geändert zu haben: die Streßabwehrfähigkeit des Menschen, die Fähigkeit, mit Streß fertigzuwerden und Streß zu verkraften.

Ein gesunder Ausweg

Hier wiederum kann die Sportmedizin, die sich mit dem psychovegetativen Verhalten bei Bewegungsmangel und bei gezielter körperlicher Bewegung beschäftigt, sehr deutlich zeigen, daß es möglich ist, diese z.T. fälschlich als Streßabwehrfähigkeit oder Streßstabilität verstandene Belastbarkeit des Menschen durch regelmäßiges Sporttreiben zu erhöhen — mit dem Ergebnis einer geringeren Streßanfälligkeit und einer besseren Bewältigung von Schwierigkeiten.

Ich darf in diesem Zusammenhang an ein allgemein bekanntes Phänomen erinnern: Schon eine Stunde Sport kann dem Menschen helfen, sich — und sei es nur für kurze Zeit — von seinem bedrückenden Alltag zu lösen. Man denke nur an jemanden, der voller Sorgen um ein bevorstehendes Examen oder enttäuscht über eine mißlungene berufliche Initiative kurz eine Stunde Fußball o.ä. einschaltet und danach dann die ganz erstaunliche Feststellung macht, daß — was so mancher für ein Wunder hält — hinterher seine Lage gar nicht mehr so schlimm aussieht wie zuvor.

Manche Systemkritiker würden diese Wirkung sicher ablehnen und sagen, der Mensch lenke sich nur von der Realität seines Lebens ab. Die Konflikte würden dadurch nicht bewältigt, sondern nur die Lösung aufgeschoben. Ich bin jedoch fest davon überzeugt, daß uns niemand die Konfliktfreiheit bescheren kann, und wenn das so ist, dann möchte ich es als mein Recht ansehen, mir Situationen, quasi Oasen der Distanzierung, zu suchen, in denen ich etwas Abstand von meinen Konflikten gewinnen kann. Da wir ständig mit Konflikten zu tun haben und damit eine vegetative Belastung verbunden ist, werden wir — um es in einem einfachen Bild auszudrücken — laufend in „sympathische“ und somit gefährliche Situationen gedrängt. So ist es eine primäre Aufgabe des Sports, vegetativ eine Gegenwirkung hervorzurufen; das bedeutet: Wohlbefinden, Abkehr von affektiv aufgeladenem Geschehen, Abkehr von hypochondrischen Prozessen, Abkehr von augenblicklichem Unglücklichsein herüber zu Stunden der Freude und Ausgeglichenheit.

Alles spricht dafür, Sport zu treiben

Allein schon diese wenigen Fakten zeigen, daß die Gründe, die für eine sportliche Betätigung sprechen, so zahlreich sind, daß es auf der Vernunftebene nur eine Konsequenz gibt, nämlich Sport zu treiben. Die rationalen Überlegungen weisen eindeutig in eine Richtung: einmal die Vielzahl der gesundheitlichen Gefahren und zum anderen die Chance, durch entsprechendes eigenverantwortliches Handeln diesen Gefahren entgegenzuwirken. Liebe der Mensch sich allein von seiner Ratio leiten, so wären wir alle diese Sorgen los.

Auch die Inaktiven müssen mobilisiert werden

Schauen wir uns doch einmal die Bilanz draußen an. Je nachdem aus welcher Perspektive man sie betrachtet, sieht sie ungünstig oder auch günstig aus. Betrachtet

man sie — und hier muß ich mich natürlich jetzt auf deutsche Verhältnisse beziehen — aus der Warte des Sportverbandes, des organisierten Sports, dann kann man höchst zufrieden sein. Vor kurzem noch haben wir zwölf Millionen organisierte Mitglieder gezählt. Im Laufe dieses Jahres sind es fast dreizehn Millionen geworden, und für die nächsten Jahre rechnen wir mit achtzehn Millionen Mitgliedern. Für die Sportorganisationen ist das ein unglaublicher Erfolg, der fast dazu verleiten könnte, die Hände in den Schoß zu legen und sich zu fragen, was man denn eigentlich noch mehr wolle; denn außerdem ist da ja noch die große, die immer größer werdende Zahl der sportlich Aktivierte, die fernab von jeder Organisation Sport treiben. Dazu gibt es Erhebungen, denen zufolge sich jeder zweite Bundesbürger sportlich betätigt, wobei allerdings dann jederlei Aktivität bis hin zum Spaziergang berücksichtigt ist.

Diejenigen dagegen, die für die Gesundheit verantwortlich sind, haben Grund, unzufrieden zu sein; denn bei dieser optimistischen Rechnung steht jeder zweite außerhalb. Das Verhängnisvolle an dieser Zahl ist, daß natürlich in erster Linie die Gesunden und ohnehin Starken Sport treiben und nicht diejenigen, die es am nötigsten hätten: die Dicken und gesundheitlich Labilen, die Schwächlichen und diejenigen, die an der Grenze zur Krankheit stehen. Bei ihnen müßte doch eigentlich ein rationaler Appell, der sie von der Wichtigkeit körperlicher Betätigung überzeugt, fruchten.

Rationale Appelle haben nur begrenzten Erfolg

Hier sind wir an einem sehr wichtigen Punkt angelangt, nämlich der Frage danach, welches Handwerkszeug und welches Rüstzeug wir brauchen, um jene wünschenswerte Mobilisierung zu erreichen. Wir müssen versuchen, herauszufinden, aus welchen Gründen der Mensch überhaupt Sport treibt.

Zunächst einmal eine Erfahrung, die wohl all diejenigen machen mußten, die — auch im gesundheitlichen Bereich — unter dem Motto „Aufklärung“ mit Vernunftgründen an die Bevölkerung herantreten. Junge, noch unerfahrene Studenten glauben, allein der Prozeß der Bewußtwerdung von Abläufen impliziere auch schon die Fähigkeit, sie zu steuern. Sie meinen, im Augenblick, da der Mensch einen Zusammenhang begriffen hat, habe er doch eigentlich nur noch die Möglichkeit, sich auch entsprechend zu verhalten. Dann müßte eine rationale Durchdringung der Tatbestände auch zum Erfolg im gewünschten Sinne führen.

Unsere täglichen Erfahrungen zeigen uns, daß wir zwar mit der rationalen Durchdringung der Gegebenheiten mehr und mehr Erfolge erzielen, dabei aber auch auf Grenzen stoßen. Selbst bei einem Nobelpreisträger ist nicht alles über den Intellekt zu erreichen. Wir müssen uns im Zusammenhang mit dem Sport (und bei der Raucheraufklärung gibt es ja ähnliche Probleme) fragen, warum dieser rationale Appell eigentlich nichts fruchtet. Welches sind die Gründe? Und wo müßte man ansetzen, um jene wünschenswerte Mobilisierung zu bewirken?

Rationale Argumente allein reichen nicht; denn bei der rationalen Argumentation können wir ja gar keine zwingenden Fakten anbieten. Wir können nicht sagen: „Wenn du keinen Sport treibst, bekommst du einen Herzinfarkt.“ Stattdessen können wir ja nur eine Prozentzahl nennen, die die Chance, verschont zu werden, ausdrückt. Wir können dem Menschen sagen, daß seine Chancen 20% besser (oder 10% schlechter) stehen als die eines anderen, aber ein gewisses Risiko bleibt immer auch wenn er Sport treibt.

Die rationale Durchdringung kann also nicht unsere ausschließliche — vielleicht noch nicht einmal unsere wichtigste — Waffe sein. Indem wir feststellen, daß auch der Sporttreibende einen Infarkt bekommen kann und daß auch ein nicht Sporttreibender gesund bleiben und hundert Jahre alt werden kann, schaffen wir denen ein Ausweichrefugium, die da glauben, auch ohne Sport auskommen zu können, und das muß auch so sein. Sie glauben, zu jenen 20% zu gehören, die auch ohne Sport in Gesundheit hundert Jahre alt werden, da wir ihnen die Statistik ja nun einmal nicht vorenthalten können.

Wir haben es hier also mit einem ganz heilvollen Verdrängungsmechanismus zu tun, einem Verdrängungsmechanismus, der für den Menschen letzten Endes eine Voraussetzung zum Glücklichen sein bedeutet; denn wenn er immer nur die negativen Aussagen der Statistiken, die möglichen Gefahren auf sich selbst bezöge, könnte er kaum noch einigermaßen in Frieden leben. Wenn er nicht für sich in Anspruch nähme, bei einer 80% igen Gefährdung vielleicht — oder sogar ganz sicher — zu den 20% zu gehören, die verschont bleiben, könnte er nur in Hypochondrie und Angst daherleben, und sein Leben würde sich in gesundheitssichernden Maßnahmen erschöpfen. Wenn wir also bedauern möchten, daß der rationale Appell statistische Grenzen hat, so sollten wir auf der anderen Seite froh sein, daß es diese statistische Fluchtmöglichkeit vor der Angst gibt.

Gegner Nr. 1 : die Bequemlichkeit

Nachdem wir jetzt diesen ersten Aspekt untersucht und festgestellt haben, daß Intelligenz und Bewußtheit allein glücklicherweise nicht ausreichen, müssen wir uns nun weiter fragen, welches das nächste Hindernis ist, das uns im Wege steht. Da haben wir es allerdings mit einem Hindernis zu tun, dem wir arg ausgeliefert sind. Es ist die Bequemlichkeit des Menschen. Wir könnten nun an dieser Stelle eine ganze Psychologie der Bequemlichkeit entwickeln, könnten sie begründen und sagen, woraus sie resultiert, wir könnten ausführen, daß Bequemlichkeit zum Teil charakterogen, temperamentsgebunden und insofern mehr oder weniger unänderlich ist.

Wir müssen für unser Vorhaben aber auch den Gegenspieler dieser Bequemlichkeit sehen: jenen Grad motorischer Agilität — sei es in Form von Sport, sei es in anderer Form —, den wir aus gesundheitlichen Gründen als wünschenswert ansehen.

Wenn wir uns diese Pole Bequemlichkeit — Agilität vor Augen gehalten und also festgestellt haben, daß es temperamentsabhängig ist, ob jemand mehr zum einen oder zum anderen neigt, dann hieße das eigentlich, daß wir diesen Tatbestand einfach hinnehmen müssen. Darüber hinaus müssen wir aber auch sehen, daß der Mensch durch eine solche Veranlagung zur Bequemlichkeit oder zu der wünschenswerten Agilität nicht vollkommen festgelegt ist, sondern es viele Faktoren gibt, die ihn mehr in die eine oder andere Richtung treiben.

Außerdem gibt es auch Motive zur Bequemlichkeit. Doch lassen wir diese Motive einmal beiseite und betrachten wir die Bequemlichkeit nur in unserem Sinne als Folge mangelnder Motivation zu der wünschenswerten Bewegung.

Bequemlichkeit kann situativ bedingt sein: Mangel an Gelegenheit zu größerer Aktivität. Sie kann aber auch aus einem Mangel an Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit resultieren. (Der Mensch weiß, daß er sich bewegen sollte, und tut es dennoch nicht.)

Der schlimmste Gegner im Kampf gegen die Bequemlichkeit sind für uns die Errungenschaften der Zivilisation — Errungenschaften, auf die wir alle ungemein stolz sind, die aber der ohnehin dem Menschen eigenen Bequemlichkeit stark entgegenkommen. Bei der Wohnkultur, die wir pflegen, ist an alles gedacht worden: den Balkon zum Sonnen, die vollautomatische Küche, das Bad einschließlich der ganzen sanitären Anlagen, ja, fast schon den Ständer für die Zahnbürste — aber eine Treppe gibt es in keiner Wohnung oder höchstens in Luxuswohnungen und dort auch aus anderen als gesundheitlichen Gründen. Bewegungsmöglichkeiten sind bei unserer Wohnkultur nicht vorgesehen. Sie ist ganz auf Bequemlichkeit ausgerichtet. Der Balkon ist so eng, daß eben der Liegestuhl hinpaßt. Das Haus — und hat es auch nur fünf Etagen — muß einen Fahrstuhl haben. Der Fahrstuhl wird geradezu exzessiv benutzt bei uns: Überall gibt es Leute, die fünf Minuten auf den Fahrstuhl warten, um dann eine Etage tiefer zu fahren.

Unser Leben ist geprägt von all den Attributen, die der Bequemlichkeit dienen: das Auto, unsere Freizeitinstitutionen, die Freizeitparks (die schlimmstenfalls aus einem Parkplatz und einem Gasthaus im Walde bestehen, wobei man bestrebt ist, die Straße so nah wie möglich an den Gasthof heranzuführen), die natürlichen Attraktionen da draußen (das Denkmal im Walde und wieder der Parkplatz unmittelbar daneben, keinen halben, keinen dreiviertel Kilometer entfernt). Alles ist so eingerichtet, daß die Bequemlichkeit bei uns wahre Triumphe feiert.

Bewegungsmangel ist also auf die menschliche Bequemlichkeit zurückzuführen, und diese ist wiederum in der Beschaffenheit unserer Umwelt begründet. Bewegungsmangel ist das Resultat der durch die zivilisatorischen Errungenschaften kultivierten Bequemlichkeit des Menschen. Dabei ist aber die Bequemlichkeit das primär Gegebene; denn wer unter uns zur Bewegung motiviert ist, wird — in eben dieser bequemen Umwelt — Gelegenheit zur Bewegung finden. Er findet sie im Treppenhaus, er findet sie auf dem Dachboden, er findet sie auf dem Weg ums Haus. Unsere Welt ist also nicht so, daß es in ihr keine Bewegungsmöglichkeit mehr gäbe — die Möglichkeit ist durchaus da, nur muß man sie sehen wollen und sehen können.

Allerdings können wir nicht grundsätzlich damit rechnen, daß der Mensch motiviert ist, sich zu bewegen. Wir müssen uns vielmehr auf seinen Hang zur Bequemlichkeit einstellen — einer kultivierten Bequemlichkeit, die ihn wohl kaum veranlassen wird, auszuziehen, um nach Möglichkeiten zur Bewegung zu suchen. Unsere Mitbürger ziehen sich nahezu glücklich zurück, und ein jeder sagt: „Ich müßte zwar Sport treiben. Ich bin viel zu dick, und der Doktor hat mir auch gesagt, daß er mit meinen Arterien gar nicht zufrieden ist. Eigentlich müßte ich ja..., ich weiß es ganz genau. Aber sehen Sie sich doch einmal die Gegend an, wo ich wohne!“ Man merkt ihm richtig an, wie froh er ist, sich mit dem engen Haus, der schlechten Wohngegend und den großen Entfernungen entschuldigen zu können. Unsere zivilisierte Umwelt liefert ihm die Ausrede an die Hand, und er greift sie dankbar auf.

Zwei weitere Hindernisse: Vorurteile und Unwissenheit

Doch wir müssen weiter suchen und uns fragen, warum er nicht ins Lager der Sportlichen übergeht, was ihn daran hindert. Ihn hindert ein Vorurteil, das wir natürlich unbedingt abbauen müssen, das Vorurteil, Sport — ob organisiert, weniger organisiert oder gar nicht organisiert — sei eine Sache für große, starke und gesunde Menschen. Der Dicke findet, er habe es ja so schon schwer genug;

denn er kommt ja schon so kaum zurecht: Am Arbeitsplatz schmerzen ihn die Knie, beim Treppensteigen geht ihm die Luft aus; er meint, seine Kollegen seien ihm alle überlegen und glaubt, beim Sport werde doch um die Wette gelaufen mit Ehrung und Kürung der Besten. Im Sport, so stellt er sich vor, sei doch alles aufs Gewinnen und auf hohe Leistung ausgerichtet. Er denkt an die Olympischen Spiele, an Kreismeisterschaften und Bundesligaspiele und kommt schließlich — und wer wollte ihm das verdenken? — zu dem Schluß, daß Sport offenbar nichts für ihn sei.

Hinzu kommt noch eine Ungewißheit, die damit zusammenhängt, daß er eben zu wenig Erfahrungen auf diesem Gebiet hat. Wer den Sport nicht kennt, weiß natürlich auch nichts von seinen Erlebnisinhalten (von denen noch die Rede sein wird); er weiß letztlich gar nicht, was ihn erwartet. Er hat nicht einmal eine Vorstellung davon, welche der vielen Sportarten ihm liegen könnte. Er wird vielleicht einmal von irgendjemandem mitgeschleift und steht dann bestenfalls irgendwo herum. Er sieht die eigene Unzulänglichkeit und kann sich überhaupt nicht vorstellen, daß Sport Spaß machen kann. Vielmehr plagt ihn bestenfalls der Gedanke, daß er so etwas aus Gesundheitsgründen wohl tun sollte.

In den letzten Jahren sind viele Menschen wegen ihres Herzens vom Arzt auf den Sportplatz geschickt worden, wo sie aus durchaus begründeter Angst unter Zahnkneirschen ihre Runden drehen. Sie tun es zwar, weil der Doktor gesagt hat, es müsse sein, können dieser Betätigung aber nichts abgewinnen. Wenn man den Menschen den Sport in dieser Art verordnet, gelingt es bestenfalls, sie einmal im Sinne einer Kur zum Sporttreiben zu bringen. Sie machen es vielleicht drei Wochen mit, und danach tun sie das gleiche, wie so viele nach einer Kur. Mit dem Gefühl, etwas für die Gesundheit getan zu haben, verfallen sie wieder in ihre alten Lebensgewohnheiten.

Wir wissen sehr genau, daß sich in unseren Erholungszentren und Erholungsorten geradezu eine Industrie etabliert hat, die auf diese Kurart zugeschnitten ist — eine Kurart, gegen die ich gar nichts habe. Wenn Urlauber ihre vier Wochen Urlaub dazu benutzen, ordentlich zu essen und sich ordentlich zu bewegen, dann ist dagegen nichts einzuwenden — sofern dann auch nach dem Urlaub noch eine gewisse Motivation zu solcherlei Aktivitäten übrig bleibt, wenn daraus eine ständige Einrichtung wird und dann noch gewisse Akzente gesetzt werden.

Unsere grosse Chance: Sport macht Spaß!

Angesichts der Grenzen rationaler Argumentation, angesichts der Ungewißheit, mit der der Einzelne dem Sport gegenübersteht, und angesichts seiner Fehlvorstellungen über das, was dort von ihm erwartet wird, muß die Werbung für körperliche Aktivität an einem ganz anderen Punkt, an einer Attraktion des Sports ansetzen, die seine große Chance ist.

Umfragen, bei denen Kinder und Erwachsene danach gefragt werden, warum sie sich sportlich betätigen, ergeben immer eine Vielzahl von Gründen: die Kameradschaft unter Sportlern, das soziale Moment, das Miteinander, die Konkurrenzsituation, die Leistung, die Anstrengung und die Disziplin — eine Reihe von Aspekten, die der Sport wohl alle enthält. Ein Wort aber taucht immer wieder auf, das so harmlos ist, um ins wissenschaftliche Gespräch eingebracht zu werden. Der gebildete Sportler schämt sich fast, davon zu sprechen: Tragendes Element sportlicher Betätigung ist der Spaß — Sport muß Spaß machen!

Wer angesichts der heutigen Verwissenschaftlichung der Diskussion über den Sport von diesem Spaß nur spricht, läuft Gefahr, ausgelacht zu werden — teilweise natürlich mit Recht; denn wir können uns nicht einfach mit der Tatsache abfinden, daß er Spaß macht, sondern müssen nach den Gründen fragen. An der Tatsache als solcher aber, daß der Mensch nicht aus diesem oder jenem rationalen Grunde Sport treibt, sondern weil es ihm Spaß macht, kommen wir nicht vorbei. Darum muß es unser Anliegen sein, zu verdeutlichen, daß Sport Spaß macht, und natürlich nachher dafür zu sorgen, daß es auch wirklich so ist. Diejenigen, die wie die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung für körperliche Betätigung werben, sind beinahe mit dafür verantwortlich, daß es nachher auch tatsächlich so viel Spaß macht, wie sie es großspurig versprechen. So viel Spaß macht Sport aber nicht automatisch — dazu bedarf es einer ganz bestimmten Strukturierung des Sportgeschehens.

Der Begriff des Spaßes am Sport ist oft mißverstanden worden. Er wurde zu sehr vom Wort „Spaß“ her verstanden und mit Jokus, Lustigkeit, Heiterkeit, lustigem Lachen, lautem Kindergeschrei assoziiert. Man glaubte, es sei nur jener oberflächlich belustigende Spaß der im wesentlichen beim Sport Pate stehe. Wir wissen jedoch genau, daß der Spaß am Sport auch eine ernste Komponente hat, wo der Spaß, der mit einem schönen Erlebnis verbunden ist, mehr in die Richtung der Lust geht und damit eine tiefenpsychologische Dimension gewinnt. Dann hat der Spaß weniger mit freudigem Kinderlachen zu tun, sondern beinhaltet eher stille Befriedigung und das damit verbundene Glücksgefühl.

Warum macht Bewegung Spaß?

Wenn wir für diesen Spaß am Sport plakativ werben und ihn zur Motivierung der Bevölkerung einsetzen wollen, dann sollten wir zumindest wissen, was die Quellen dieses Spaßes sind. Dieser Spaß ist das Ergebnis einer Reihe psychologisch-sozialer Prozesse. Letzten Endes ist er darauf zurückzuführen, daß Befriedigungsakte stattfinden — Befriedigungsakte in den verschiedensten Bereichen menschlichen und mitmenschlichen Seins.

In Deutschland ist im Augenblick eine heftige Diskussion darüber im Gange, welches Moment wohl das tragende ist. Genauso wie wir uns im Zusammenhang mit dem Schulsport fragen, ob die Leistung, die Aggressivität, das konkurrierende oder das soziale Verhalten das Entscheidende ist, fragen wir uns, welchem dieser Faktoren der Spaß vor allem zu verdanken ist. Nach meinen Erfahrungen und auch nach den Aussagen der Literatur, die zu vertreten ich mich entschließen kann, haben wir es wieder — wie schon vorhin bei den krankmachenden Faktoren — mit einem Bündel von Faktoren zu tun, von denen jeder je nach Individuum und je nach dem Zeitpunkt in verschiedenem Maße zu diesem Spaß beiträgt.

Der Reiz des Wettbewerbs

Sehen wir uns zunächst einmal das konkurrierende Verhalten an: Wir wissen sehr genau und erfahren es immer wieder sowohl an uns selbst als auch bei denen, die uns anvertraut sind, daß Konkurrenzsituationen anspornend wirken können. Wir kennen auch die Sozialkritik dagegen, derzufolge konkurrierendes Verhalten als Deformierung mitmenschlichen Seins anzusehen ist und wir danach streben müssen, jedes konkurrierende Verhalten auszuschließen.

Der leistungsorientierte Sport bedeutet für das Individuum das Streben nach Lob und Anerkennung — natürlich auch mit dem Risiko, Tadel und Rügen zu erhalten. So haben wir auch feststellen müssen, daß jene, die in den vergangenen Jahren angetreten sind, ohne Leistungsbezug Sport zu treiben, letztlich daran scheitern, daß damit das Kriterium für Lob und Tadel, Rüge und Anerkennung entfällt. Das Glücksgefühl aber, das der Mensch beim Sporttreiben empfindet, beruht auf dieser Polarität Lob — Tadel, Anerkennung — Rüge. Nicht von ungefähr ist der Leistungsbezug beim Olympiakämpfer genauso stark wie beim Versehrtenportler. Bei letzterem ist der Leistungsbezug — wenn auch auf einem anderen Leistungsniveau — sogar beinahe noch intensiver, weil angesichts der durchlebten und erlittenen Minderwertigkeit das Sich-Aufrichten an der Leistung ungeheuer wichtig ist.

Wenn wir in einer Gesellschaft lebten, die die „Nichtleistung“ honorierte, und also derjenige gelobt würde, der die Kugel am schlechtesten stößt, so würden viele unter Verfall ihrer Kräfte danach trachten, durch eine unsinnige Technik möglichst schlecht zu stoßen, um an Prestige zu gewinnen. Da unsere Gesellschaft aber die Leistung als Wert anerkennt, kann der Gewinner der Anerkennung, des Erfolgs und damit des Späßes am Sport sicher sein. Der Spaß ergibt sich aus der Leistung, die ihm Anerkennung einbringt. Die ganze Sache wird ob des Lobes getan — des großen Lobes mit goldener Plakette oder des kleinen Lobes, wenn ihm der gleichermaßen behinderte Partner auf die Schulter klopf und sagt: „Das hast du ganz prima gemacht!“ So bescheiden ist das Glück, das sich der Mensch vom Sport erhofft.

Sport macht von zivilisatorischen Zwängen frei

Hier ist jetzt noch ein weiterer — eher randständiger — Effekt des Sports zu nennen: Der Mensch — im besonderen der erwachsene Mensch — leidet ja letztlich bis ins hohe Alter hinein daran, daß er als erwachsener Mensch nicht nur durch sein Alter, sondern auch durch zivilisatorische und kulturelle Zwänge eingeschränkt wird, daß sein Verhalten bestimmten Konventionen entsprechen muß. Er kann nicht einfach über die Straße rennen: Das macht man nicht. Er kann sich nicht mal mit seinem Nachbarn plötzlich ein bißchen auf der Straße kabbeln: Das tut man nicht. So wird er nach bestimmten Verhaltensschemata reglementiert, die zwar in gewisser Weise seinem Alter entsprechen, dennoch aber auch Regungen unterdrücken, die noch nicht völlig verlorengegangen sind. Die Ungezwungenheit, die Spontaneität geht mit zunehmendem Alter verloren, doch bleiben Restbestände zurück, die angesichts des Drucks der Umwelt nicht ausgelebt werden können.

Der Sport — und wer das einmal selbst erlebt hat, wird es nicht vergessen — gibt dem Menschen die Möglichkeit, für Stunden wieder ein Junge oder ein Mädchen sein zu dürfen: Er darf das tun, wozu ihm sonst gelegentlich zumute ist — mal schnell rennen statt langsam zu gehen, mal schnell einen anderen mit Schattenboxen ein bißchen drangsaliieren — das alles, dieses ungezwungene Kind-sein-dürfen, wonach ihm zumute ist, darf er dort — fast nur dort — ausleben.

Sport erleichtert soziale Kontakte

Der Sport bietet auch die Möglichkeit zu ungezwungeneren Sozialkontakten. Wenn zwei Menschen einander auf der Straße vorgestellt werden, können sie sich geistig noch so nahe stehen, so wird ihr Verhältnis zueinander bei dieser Art von Begegnung doch einen bestimmten Grad der Distanziertheit nicht überwinden

Doch — ob es sich nun um eine Deformation des Menschen handelt oder nicht — im Augenblick hat er jedenfalls ein Bedürfnis nach konkurrierendem Verhalten. Wir stellen an uns selbst fest, welches Glücksgefühl wir uns auf diese Weise verschaffen können. „Wahrscheinlich“, so möchte man den Sozialkritikern entgegen, „wird uns eine konkurrenzlose Gesellschaft wohl leider auch nie beschieden sein.“ Denn bei den Gesellschaften, in denen nachweislich ein Konkurrenzverhalten fehlt und die als Beweis für die Möglichkeit der Konkurrenzfreiheit angeführt werden, handelt es sich nicht etwa um die progressivsten Gesellschaften unserer Zeit — etwa China oder Kuba —, sondern um irgendeine Steinzeitgesellschaft auf irgendeiner Südseeinsel, die wir, so meine ich, nicht zum Modell dessen wählen können, was wir anstreben.

Eine Möglichkeit, Aggressionen abzubauen

Und nun zum Problem der Aggressivität. Wir erleben diese Aggressivität ständig auf dem Sportplatz, im Stadion, in der Turnhalle — einmal als brutale Aggression, einmal in irgendeiner Weise ritualisiert. Und sogleich stellen wir uns die Frage, ob diese Aggressivität wohl gutzuheißen ist oder nicht, ob die Befriedigung derer, die dort aggressiv sein dürfen, etwas Positives ist, wo wir uns doch „draußen im Leben“ aus wohlverstandenen Gründen — zumindest offiziell — keine Aggressionen leisten dürfen: Wir vertuschen unsere Aggressivität und verbergen sie unter dem Gewand des feinen Mannes. Wir bringen sie auch so an, sind aber wahrscheinlich selbst damit gar nicht zufrieden; wir deformieren und kultivieren unsere Aggressivität, ohne sie damit zu bewältigen, und sehen zugleich, wie glücklich die Menschen sind, die es sich gestatten, aggressiv zu sein, ihre Aggressionen auszuleben.

Ich will hier kein moralisches Werturteil fällen. Ich möchte nur eines festhalten: Wer aggressiv ist und es auf dem Sportplatz auch sein darf, dem macht der Sport Spaß und Freude. Und selbst wenn der Sport nicht offensichtlich aggressiv ist, impliziert er zumindest ein konkurrierendes Verhalten, das dann nicht so deutlich mit dem Makel der Aggressivität behaftet ist.

Belohnung der Leistung

Wenden wir uns nun einem nächsten Aspekt, dem Leistungsbezug, zu. Der Leistungsbezug wird beklagt; dennoch müssen wir davon ausgehen, daß der Leistungsbezug vielleicht der Faktor ist, der am meisten dazu beiträgt, daß Sport Spaß macht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch, daß es zu einer Relativierung des Leistungsanspruchs kommt.

In den letzten Jahren sind — nicht zuletzt wieder von einigen Systemkritikern — Modelle einer Gesellschaft ohne Leistungsdruck entwickelt worden. Leistungsdruck, so meinen sie, sei etwas Menschenunwürdiges, er belaste den Menschen und sei seinem Wesen nach ein inhumanes Ansinnen. Ich will hier nicht darüber spekulieren, wie entbehrlich oder unentbehrlich Leistung in der heutigen oder einer künftigen Gesellschaft ist; ich möchte nur zu bedenken geben, daß die progressivsten Gesellschaften unserer Zeit wohl zugleich auch die am stärksten leistungsbezogenen Gesellschaften sind.

Ohne also über Sinn und Unsinn der Leistung entscheiden zu wollen, kann ich doch eines feststellen: Solange die Leistung in unserer Gesellschaft die Bedeutung hat, die sie zur Zeit hat, solange wird auch der Leistungsbezug im Sport dazu führen, daß Sport Spaß macht.

können. Eine gewisse Distanz wird immer bleiben — man möchte fast sagen: weil sie sich nicht körperlich begegnet sind. Eine solche körperliche Begegnung im Sozialkontakt aber ist beim Sport gegeben.

Hier werden natürlich z.T. auch nur scheinbar soziale Schranken niedergerissen; doch die Verhaltenheit der Sozialkontakte auf zivilisatorischem Boden fällt beim Sport weg. Hier kommt dieses spontane „Du“, das weder ein formales noch ein respektloses „Du“ ist. Dieses „Du“ steht für eine Ideologie. Hier begegnen sich die Menschen auf unkomplizierte Weise, ohne Zwänge. Der Sport eröffnet dem Menschen eine neue Weise, seinen Mitmenschen zu begegnen.

Die Suche nach dem Archetyp

Und noch ein letzter, weniger bekannter Aspekt soll hier genannt werden. Wir können uns viele lustvolle und freudvolle Erlebnisse vorstellen. Was dem einen der Sport gibt, gibt einem anderen das Briefmarkensammeln, einem Dritten das Klavierspielen und einem Vierten das Flirten und die Liebelei. Doch kaum eine der vielen möglichen Arten, mit den Phänomenen des Lebens in Berührung zu kommen, kann dem Menschen diesen unmittelbaren vitalen Bezug vermitteln. Sport als Erfahrung ist immer mit dem besonders eindrucksvollen Erlebnis des sich bewegenden, sich betätigenden Organismus verbunden, und gerade das macht aus diesem Erlebnis „Sport“ etwas so besonderes — eine existentielle Erfahrung.

Zu dieser existentiellen Erfahrung, dieser vitalen Begegnung mit sich selbst kommt noch ein anderes Moment hinzu: die ferne Sehnsucht des Menschen nach dem Archetyp des Naturburschen, der in so manchem schlummert, die Sehnsucht nach einem unerreichbar fernen Idol. Und je mehr der Mensch zivilisatorisch verkrustet, an einen Schreibtisch genagelt und körperlich heruntergekommen ist, desto stärker entwickelt sich in ihm als Gegenbild dieser Archetyp des Naturburschen, des Herkules oder wie immer man ihn personifizieren mag. Wer solche Sehnsüchte kennt und von da her zum Sport findet, der wird, wenn er einsam, selbst in einem mäßigen Tempo seinen Waldlauf macht und vom Regen durchnäßt auf dem schneeigen Boden ausrutscht, allmählich eine Verwandtschaft entdecken zwischen sich und seinem heruntergekommenen Körper und diesem Archetyp des Herkules, der auch noch in ihm schlummert. Und so kommt auch er, indem er sich selbst als Naturbursche realisiert, zu einem Glücksgefühl beim Sport.

Hier ist noch anzumerken, daß natürlich ein gewisses Maß an Differenziertheit dazu gehört, um solche Bilder vor sich zu haben, solchen Bildern nachzueifern und sie schließlich für sich zu realisieren.

Im Vordergrund muß der emotionale Appell stehen

Wir aber haben davon auszugehen, daß die ganze Skala der genannten Faktoren — die keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellt — bei jedem von uns in unterschiedlichem Maße dazu beiträgt, daß wir Spaß an Bewegung haben. Und wenn wir uns vor Augen halten, daß das alles erst beim Sport stattfindet, daß nur bei dem, der das selbst erfahren hat, die Chance besteht, daß er dem Sport treu bleibt, dann wird deutlich, wie schwierig es ist, den Unerfahrenen aufzuklären, ihm klar zu machen, daß er sich bewegen soll. Es gilt, ihm fast noch auf der theoretischen Ebene klar zu machen, welche Verheißung für ihn im Sport liegen kann, wieviel Spaß ihm der Sport machen könnte und die Wünsche, die sicherlich auch in ihm lebendig sind, zu wecken und ihm deutlich zu machen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, mehr seine Emotionalität als seine Rationalität anzusprechen. Wir wissen, wie gefährlich es ist, mit Emotionen zu arbeiten; doch hier dürfen wir es getrost tun, weil wir uns auf dem sicheren Boden einer rational überprüf baren Zielsetzung bewegen: Es steht fest, wie wichtig es ist, daß der Mensch Sport treibt. Wir wissen aber auch, daß diese Notwendigkeit allein nicht Grund genug ist, ihn dazu zu bewegen, daß er es auch tut. So sind wir gezwungen, den Umweg über die Emotionen zu machen.

Organisierter oder nicht organisierter Sport?;

Bleibe als letztes zu sagen, wo nun Sport getrieben werden kann und wer dafür verantwortlich ist, daß er auch wirklich Spaß macht.

In der Bundesrepublik Deutschland zumindest ist der Sport in großem Stil organisiert und das Angebot vielfältig: Alle Sportarten, alle Disziplinen sind vertreten. Man kann davon ausgehen, daß angesichts dieser Vielseitigkeit des Angebots jeder, der auf die Suche nach einer Sportart geht, die ihn anspricht und ihm Spaß macht, sie auch finden wird.

Die Schwierigkeit liegt in dem, was ich gern „Feldsuche“ nenne: die Suche nach dem Feld, das ihm liegt. Diese Feldsuche ist beim Anfänger, der noch keinerlei Erfahrung hat, ungemein schwierig. Zunächst gilt es, ihn davon zu überzeugen, daß ihm eine sportliche Betätigung überhaupt Spaß machen könnte, und dann muß man herausfinden, wo er wohl am besten aufgehoben ist. Schickt man ihn nach einem überzeugenden emotional-rationalen Appell als erstes zur falschen Disziplin, dann war alles umsonst.

Ein Bereich, der uns heutzutage zunehmend interessiert, ist die ungebundene sportliche Betätigung, also der nicht organisierte Sport. Es besteht schon lange ein großes Bedürfnis nach solcher ungebundenen, nicht organisierten Form des Sports. Diejenigen, die streng organisiert Sport treiben, stehen diesem nicht organisierten Sport vielleicht nicht allzu positiv gegenüber. Aber er ist ein Faktum. Allerdings kann man sich fragen, ob der völlig freie, ungebundene Sport dem Menschen das zu geben imstande ist, was er sucht.

Ich habe den Eindruck, als ob in den unorganisierten, spontanen Sport grundsätzlich die gleichen Komponenten eingehen, wie sie im organisierten Sport zu finden sind: das Bedürfnis nach konkurrierendem Verhalten im Zeichen des Leistungsprinzips (selbst wenn der Sporttreibende sich nicht so festlegt, daß er einem Sportverein beitrifft), der Wunsch nach Sozialkontakten, die Sehnsucht nach dem Archetyp, nach der existentiellen Erfahrung und all die anderen Momente, von denen die Rede war. So könnte man sagen, daß sich dieser ungebundene Sport vom organisierten Sport lediglich durch seine andere organisatorische Basis, nämlich das Nicht-organisiert-sein, nicht aber im Wesen dessen, was dabei stattfindet, unterscheidet.

Die Erziehung zu Ernährungsgewohnheiten im Kindesalter

von Dr **Leo Baric**

Dozent an der Abteilung für Community Medicine
Universität Manchester, Vereinigtes Königreich

Das allgemeine Ziel der Forschungsarbeiten* war die Analyse des Prozesses, in dessen Verlauf das Kleinkind die Normen seiner Gesellschaft im Hinblick auf das Eßverhalten internalisiert. Das spezifische Ziel war dabei die Untersuchung der Eßgewohnheiten in Bezug auf süße Eßwaren, wobei besonders die Vermittlung der entsprechenden Normen an das Kleinkind im Vordergrund stand.

Um Aufschluß über die Normen zu gewinnen, die dem Kind übermittelt werden, wurden das Verhalten bzw. die Gewohnheiten von Eltern, Großeltern und Freunden untersucht. Die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten von süßen Eßwaren wurden wie folgt zusammengefaßt:

- a) als Nahrungsmittel, d. h. im Rahmen regulärer Mahlzeiten oder von Zwischenmahlzeiten
- b) als Geschenk, besondere Vergünstigung, Zeichen der Zuneigung u. ä. von Großeltern, Eltern, Freunden u. a.
- c) als Verstärker, d. h. als Belohnung, Bestechungsgeschenk u. ä.

Die verschiedenen Arten von süßen Eßwaren wurden unterteilt in: Pudding, Kuchen, Gebäck, Eis und Bonbons/Schokolade.

Die Stichprobe, die sich aus 60 Müttern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren zusammensetzte, wurde anhand von Adressenmaterial der kommunalen Kleinkinderberatungsstelle in Failsworth, einem städtischen Bezirk zwischen Manchester und Oldham, gezogen.

Bei dieser Untersuchung wurden zwei Methoden der Informationsgewinnung eingesetzt: Zum einen wurde den Müttern ein strukturierter Fragebogen vorgelegt, der hauptsächlich Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten enthielt, und zum anderen wurden unstrukturierte Interviews durchgeführt, bei denen die Mütter Gelegenheit hatten, sich zu sämtlichen Aspekten des Themas zu äußern.

* Die Untersuchung wurde von C. MacArthur im Rahmen ihrer schriftlichen Arbeit zum Erwerb des *Master of Science* an der Abteilung für *Community Medicine* der Universität Manchester durchgeführt. Die Untersuchung wurde durch ein Stipendium des *Social Science Research Council* finanziert.

Gegenstand der gestellten Fragen waren die Gewohnheiten, den Kindern Süßes zu essen zu geben, sowie die Vermutungen der Mütter hinsichtlich der Verbreitung dieser Gewohnheiten in anderen Familien mit Kindern etwa gleichen Alters. Durch die zweite Art von Fragen konnte ein Eindruck davon gewonnen werden, wie die Mütter die allgemeinen Normen im Hinblick auf das Füttern von Kleinkindern mit süßen Eßwaren interpretieren.

ERGEBNISSE

Die nachfolgende Diskussion der Ergebnisse stützt sich auf die Fragebogenantworten und auf das aus den unstrukturierten Interviews gewonnene Material.

Die Verbreitung der Gewohnheit, Kindern Süßes zu essen zu geben

Das Füttern von Babys und Kleinkindern mit irgendeiner Art von süß schmeckenden Nahrungsmitteln ist ganz eindeutig sehr verbreitet. Sobald das Kind alt genug ist, um feste Nahrung zu sich zu nehmen, bekommt es praktisch auch sofort Süßes zu essen. Dies gilt für die gesamte Stichprobe: Alle 47 Kinder, die bereits feste Nahrung zu sich nahmen, hatten auch schon Süßes zu essen bekommen.

Die Funktionen der süßen Nahrungsmittel

Im Rahmen der Studie wurden die unterschiedlichen Gelegenheiten, bei denen Kindern verschiedene süße Nahrungsmittel gegeben werden, eingehend untersucht. Das Ergebnis war, daß Süßes als Nahrung, als Geschenk oder als Verstärker eingesetzt wird.

Als *Nahrung* wurde Süßes (a) zu den Mahlzeiten oder (b) als Imbiß zwischen den Mahlzeiten gegeben. Wie sich herausstellte, gaben 98% all der Mütter der Stichprobe, deren Kinder alt genug waren, um feste Nahrung zu sich zu nehmen, ihrem Kind zu den Mahlzeiten irgendetwas Süßes zu essen. Bei dieser Gelegenheit wurde den Kindern meist irgendeine Art Pudding gegeben, viele Mütter — 61% — gaben etwas älteren Kindern aber auch schon Kekse oder Kuchen als Nachtisch.

Die Analyse der mütterlichen Praktiken bezüglich der Zwischenmahlzeiten ergab, daß 100% der Mütter (außer denen, deren Kinder noch ausschließlich mit Milch gefüttert wurden) ihren Kindern Süßes zwischen den Mahlzeiten anboten. Als Zwischenmahlzeit wurden Kekse oder Kuchen (häufig zusammen mit einem süßen Getränk) verabreicht. 98% der Kinder bekamen auch Bonbons und Eis zwischen den Mahlzeiten, allerdings — wie einige der Mütter bei den Gesprächen erwähnten — nicht als Zwischenmahlzeit. Bonbons gehören zu den Süßigkeiten, die vorwiegend als Geschenk, Sondervergünstigung, Zuneigungsbeweis u.ä., aber auch als Verstärker, Belohnung, Bestechungsgeschenk u. ä. verwendet werden.

Die meisten Kinder bekamen zu den verschiedensten Gelegenheiten Süßigkeiten als *Geschenk* oder als *besondere Vergünstigung*. Wenn man einmal von den Kindern absieht, die nach Ansicht ihrer Mütter noch zu klein waren, um solche Süßigkeiten zu essen, bekamen von den übrigen Kindern 91% Süßigkeiten von ihren Großeltern, 82% brachte der Vater Süßigkeiten mit — z. B. am Wochenende oder wenn er von der Arbeit nach Hause kam —, und 71% der Kinder bekamen von anderen Verwandten, Freunden, Nachbarn o. ä. Süßigkeiten geschenkt. Außerdem erhielt

ein großer Teil der älteren Kinder auch bei besonderen Anlässen — etwa zum Geburtstag, zu Weihnachten oder zu Ostern — Süßigkeiten als Geschenk.

Süßigkeiten als *Verstärker* zu benutzen ist weniger verbreitet als sie zu verschenken oder als besondere Vergünstigung zu geben; doch ist die Häufigkeit dieser Fälle noch signifikant. Von allen Kindern, die der Meinung ihrer Mütter nach alt genug waren, bekamen 58% Süßigkeiten als Belohnung, 38% als Bestechungsgeschenk, 38% als Anreiz zum Lernen und 38% als Mittel zur Beruhigung. Den kleineren Kindern der Stichprobe gaben die Mütter auch manchmal süße Getränke, um die Kinder zur Ruhe zu bringen.

Die Einstellung der Mütter gegenüber süßen Nahrungsmitteln und Süßigkeiten

Damit hat die Studie gezeigt, daß für die Erwachsenen Süßigkeiten etwas anderes sind als andere süße Nahrungsmittel, und daß sie sie folglich auch anders einsetzen. Unter *süßen Nahrungsmitteln im allgemeinen* stellt man sich äußerst schmackhafte Speisen vor, die das Kind gern ißt. *Süßigkeiten im besonderen* dagegen werden als etwas „Besonderes“ empfunden. Sie werden zweifellos nicht als Nahrungsmittel betrachtet. „Sie werden ihr *Essen* liegen lassen, wenn sie zu viele *Süßigkeiten* essen“, so oder ähnlich äußerten sich einige Mütter. Eine Mutter fand, daß ihr Baby (2 Monate alt) zu klein sei, um zu den Mahlzeiten süße Speisen zu bekommen — was sie allerdings nicht hinderte, es zwischen den Mahlzeiten mit Schokolade zu füttern. Eine andere Mutter, die es (als einzige Mutter der Stichprobe) kategorisch ablehnte, ihrem Kind süße Speisen zu geben, und auch nicht zuließ, daß irgendjemand anders es mit süßer Nahrung fütterte, schilderte, wie sie ihm jeden Nachmittag sechs Schokoladentaler gab. Wie sich herausstellte, wird ein enger Zusammenhang zwischen Süßigkeiten und „Zuwendung“ hergestellt, so daß das Nicht-Geben von Süßigkeiten mit „Deprivation“ gleichgesetzt wird. Einige Mütter sprachen sogar davon, daß sie ihrem Kind Süßes zu essen gäben, obwohl sie glaubten, daß das nicht gut für es sei — nur weil sie es ihm nicht vorenthalten wollten. Mütter, die das Gefühl hatten, daß sie so mit ihrem Kind nicht recht fertig wurden, griffen automatisch zu Süßigkeiten. „Ich mußte ihr viele Süßigkeiten geben“, sagte eine Mutter, „sie war ein schwieriges Kind, und schließlich sind Mütter ja auch nur Menschen.“

Das Gefühl, daß Süßigkeiten „etwas Besonderes“ sind, überträgt sich auch auf das Kind. Es lernt früh, wann es Süßigkeiten zu erwarten hat und wann sie am Platze sind: Es lernt, daß es Süßigkeiten gibt, wenn Großmutter zu Besuch kommt, daß Mutter ihm, wenn es brav ist, beim Einkaufen Süßigkeiten kaufen wird usw. Einige Mütter beobachteten, daß ihr Kind, wenn es hungrig ist, Kekse oder Kuchen erwartet, daß es aber als besondere Vergünstigung immer Bonbons oder Eis erwartet. Von allen süßen Nahrungsmitteln bitten Kinder am häufigsten um Bonbons, obwohl beobachtet wurde, daß sie sie in einigen Fällen gar nicht wirklich essen wollten, sondern sie verderben ließen. Laut Aussagen der Mütter erkannten die Kinder die Süßigkeiten auch in der Werbung im Fernsehen oder in Zeitschriften.

Schlußfolgerungen

Die Studie hat also gezeigt, daß es die *Norm* ist, Babys und Kleinkindern *süße Nahrungsmittel im allgemeinen* zu geben. Außerdem wurde festgestellt, daß es die

Norm ist, *Süßigkeiten im besonderen* symbolisch einzusetzen, und in diesem Sinne werden sie dem Kind schon bald nachdem es anfängt, feste Nahrung zu sich zu nehmen, gegeben (das jüngste Kind der Stichprobe, das schon Schokolade bekam, war 2 Monate alt).

Abschließend ist noch zu erwähnen, daß fast alle Mütter die Ansicht äußerten, ihr Verhalten sei „normal“, d. h. daß die meisten Mütter genauso dächten und handelten wie sie. Weiterhin zeigte die Studie deutlich, daß das Wissen der Mutter um die Gefährlichkeit von Süßigkeiten keinerlei Einfluß auf ihr reales Verhalten hat: sie gewöhnt dennoch ihr Kind schon sehr früh an Süßigkeiten.

Verhaltenstherapie bei Übergewicht

■ Bericht über die Entwicklung und Erprobung eines Selbstkontrollprogramms

von Dr. phil. Dipl.-Psych. **Margarete Reiss**,
Dipl.-Psych. **Gisela Bartling**,
Dipl.-Psych. **Wolfgang Fiegenbaum**
und Dipl.-Psych. **Elisabeth Müller**
Psychologisches Institut der Universität Münster,*
Bundesrepublik Deutschland

Im folgenden wird über eine Reihe von Arbeiten berichtet, die im Rahmen der Entwicklung und Erprobung eines verhaltenstherapeutischen Programms zur Veränderung von Eßgewohnheiten in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster durchgeführt wurden. Dieses Programm wurde 1970 von M. Reiss entwickelt und basiert auf den Arbeiten von Ferster, Nurnberger und Levitt.² Es wurde zunächst an etwa 20 Einzelfällen erprobt und variiert und dann für Gruppen weiterentwickelt und standardisiert.

In zwei aufeinander aufbauenden Untersuchungsreihen ** wurde das Programm seit August 1973 unter verschiedenen Fragestellungen an größeren Gruppen übergewichtiger Frauen erprobt.

In dem folgenden Bericht sollen zunächst das „Programm zur Veränderung von Eßgewohnheiten“ selber dargestellt werden und dann ausschnittweise Ergebnisse der beiden Untersuchungsreihen und zwar zu folgenden Themen:

- Ein Vergleich der Eßgewohnheiten normalgewichtiger und übergewichtiger Frauen;
- Die Bedeutung verschiedener Außenkontrollmethoden bei der Durchführung des Programms;
- Die Wirksamkeit zusätzlicher Selbstkontrollmethoden bei der Durchführung des Programms;
- Die Relevanz einzelner Faktoren für den Therapieerfolg;
- Eine Analyse der Abspringerursachen.

* Die Autoren sind Wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut, Abteilung für Klinische Psychologie; Leitung: Prof. Dr L. Kemmler.

** Die dargestellten Ergebnisse der zweiten Untersuchungsreihe — besonders über den Langzeitfolg der Behandlung — stammen aus Auswertungen, die erst 1975 vorgenommen wurden und z.T. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, finanziert wurden.

Das Programm zur Veränderung von Eßgewohnheiten

Theoretische Überlegungen

Für Übergewicht — als multifaktoriell determiniert erklärt — wird nach dem verhaltenstheoretischen Modell ein falsch gelerntes Eßverhalten als wesentlichste Determinante angesehen.

Dieses Modell beruht auf der Grundannahme, daß das Eßverhalten wie jedes andere sozial relevante Verhalten durch Mechanismen des sozialen Lernens, des klassischen und des operanten Konditionierens gelernt und verlernt werden kann.

Mit einem Therapieprogramm sollen problematische Eßgewohnheiten in Verbindung mit spezifischen vorausgehenden und nachfolgenden Stimuli gelöscht und selbstkontrolliertes Eßverhalten aufgebaut werden.

Es wird davon ausgegangen, daß problematisches Eßverhalten im allgemeinen Bedingungsbeziehungen aufweist, die gleichartige Behandlungsstrategien und damit die Anwendung eines standardisierten Therapieprogramms zulassen.

Das vorliegende Programm ermöglicht in standardisierter Form die Erstellung einer *Baseline*, die Beschreibung des individuellen problematischen Eßverhaltens und beinhaltet Strategien und Hinweise zu seiner konkreten Veränderung. In ihm werden die wichtigsten Lernprinzipien in allgemeinverständlicher Form erklärt und für die spezielle Problematik konkretisiert.

Als problematische Eßgewohnheiten werden alle diejenigen spezifischen mit der Nahrungsaufnahme verbundenen Verhaltensweisen klassifiziert, die zu erhöhter Nahrungsaufnahme führen.

Diese Verhaltensweisen stellen die *target-responses* (Zielverhaltensweisen) zur therapeutischen Veränderung dar.

Als mögliche *Prinzipien* zu einer therapeutischen Veränderung bieten sich an:

- 1) Veränderung der Umgebung (Reizbedingungen);
- 2) Veränderung der Konsequenzen auf die problematische Reaktion;
- 3) Einführung von Verzögerungen der problematischen Reaktion;
- 4) Modifizierung der problematischen Reaktion bzw. Aufbau einer konkurrierenden Reaktion.

Zur *konkreten* Ausgestaltung sind folgende Schritte notwendig:

- Feststellung aller S^D (diskriminierende Stimuli für problematisches Essen);
- Feststellung aller S^d (diskriminierende Stimuli für das Nichteintreten der Problemreaktion);
- Beobachtung des Eßverhaltens in seiner Topographie und Frequenz (Höhe der Kalorienzufuhr, Tempo, Dauer und Häufigkeit des Essens);
- Formulierung des Zielverhaltens;
- Festsetzung eines Kalorienlimits;
- Festlegung einer genauen Anzahl von Mahlzeiten;
- Beschränkung der Nahrungsaufnahme auf einen bestimmten Platz und bestimmte Zeiten;
- Verbot der Ausübung aller begleitenden Tätigkeiten beim Essen;
- Einsetzen optischer oder verbaler Stimuli als sofortige negative Konsequenzen auf problematisches Eßverhalten;
- Einsetzen sofortiger positiver Konsequenzen auf „richtiges“ Eßverhalten;

- Einführen von Verzögerungen beim Essen;
- Kontrolle der dem Essen zeitlich weiter vorausgehenden Verhaltensweisen wie Einkauf, Vorratshaltung u.a.

Entsprechend dieser theoretischen Vorüberlegungen wurde das Programm in drei Teile untergliedert:

- a) Erstellung der *Baseline* (Phase I);
- b) Therapeutische Interventionen zum Aufbau eines neuen Eßverhaltens (Phase II);
- c) Maßnahmen zur Stabilisierung des neuerlernten Eßverhaltens (Phase III).

Die Programmteile liegen den Klienten jeweils (zu Beginn der entsprechenden Therapiephase) schriftlich vor. Gleichzeitig wurden zwei von uns gedrehte Filme zur weiteren Erläuterung angeboten.

Die Erstellung der Baseline

Der eigentlichen Therapie geht eine einwöchige Beobachtungsphase voraus. In dieser Phase sollen das individuelle Eßverhalten genau kennengelernt und die es aufrechterhaltenden Faktoren expliziert werden. Im einzelnen soll die Höhe der Kalorienzufuhr festgestellt werden, die Anzahl der Mahlzeiten, die Häufigkeit von „zwischen durch essen“, Ort, Zeit, Umgebung und soziale Partner beim Essen, psychische und physische Bedingungen, Art und Menge der Nahrung, Dauer und Tempo des Essens sowie die Konsequenzen, die auf das Essen folgen. Zusätzlich wird das Gewicht beobachtet.

Mit Hilfe dieser Beobachtungen kann nun eine *Baseline* erstellt und die funktionale Analyse des Eßverhaltens individuell von jeder Probandin selbst vorgenommen werden. Diese definiert dann auch ihre individuellen Therapieziele.

ZUR KONKRETEN AUSGESTALTUNG

Selbstbeobachtung des Eßverhaltens:

Die Klienten werden angehalten, sich jeden Tag zu wiegen und ihr Gewicht in eine Gewichtskurve einzutragen. Jeder Bissen und jedes Getränk werden abgewogen, in Kalorien berechnet und in einen Protokollbogen eingetragen. So soll der Klient herausfinden, wieviel Kalorien er im Durchschnitt benötigt, um sein Gewicht zu halten.

Zur Registrierung des Eßverhaltens erhält der Klient einen „Essenstageslauf“, in dem er in Form einer Strichliste Beobachtungen anstreicht. Nach dem S-R-C-Modell* soll er lernen, selbst auf die vorausgehenden Reizbedingungen, die Reaktionen und die von ihm beobachteten Konsequenzen zu achten. Um einige Beispiele zu nennen: So sind z.B. *Auslöserreize* angeführt wie: „Ich habe Heißhunger“, „Ich habe mich gerade geärgert“, „Ich sehe einen Essensrest im Eisschrank“. Bezüglich der *Essensumgebung* z.B.: „Ich esse allein“, „Ich esse in der Küche“, „Der Tisch ist sorgfältig gedeckt“. *Simultanreaktionen* wie: „Ich lese beim Essen“, „Ich höre Radio beim Essen“. Beobachtungen der *Reaktion* Essen wie: „Ich schlinge schnell im Stehen etwas herunter“ oder „Ich esse langsam und genußvoll“, *Konsequenzen* wie: „Ich fühle mich ruhig und entspannt“ oder „Ich habe ein Völlegefühl im Magen“.

* *Stimulus — Reaction — Consequence — Modell.*

Wenn der Klient seinen Kalorienverbrauch zu bestimmten Mahlzeiten mit diesem Essenstageslauf vergleicht, kann er feststellen, in welchen Situationen er mehr oder weniger ißt. Er lernt so seine Gefahrenpunkte kennen.

Therapeutische Intervention zum Aufbau eines neuen Eßverhaltens

Der zweite Teil des Programms, die eigentliche Therapie, besteht aus einer Reihe von Einzelschritten, die die Probandinnen zum Aufbau von selbstkontrolliertem Eßverhalten anleiten.

Wesentliches Moment ist zunächst, daß die Klienten ihre Zielverhaltensweisen selber definieren und in konkreten Einzelschritten festlegen.

Diagramme und begleitende Protokolle spielen in den folgenden Therapiewochen eine wesentliche Rolle. Sie erfüllen kontrollierende und verstärkende Funktionen.

ZUR KONKRETEN AUSGESTALTUNG

Individuelle Definierung der Zielverhaltensweisen:

Am Schluß der Beobachtungswoche trägt der Klient dann seine Beobachtungen in einen „Lückentext“ ein. In diesen Lückentext soll der Klient auch sein jetziges Gewicht und sein Wunschgewicht eintragen. Ferner die Lebensmittel, auf die er am leichtesten verzichten kann und die er durch andere ersetzen will, z.B. Bier durch Mineralwasser, und auch die Lebensmittel, auf die er auf keinen Fall verzichten möchte. Er soll sie sich in kleinen Mengen auch während des Programms zubilligen, um Heißhunger darauf zu vermeiden.

Außerdem soll der Klient in den „Lückentext“ zehn Dinge, die ihm Freude machen, aber nichts mit Essen zu tun haben, aufschreiben, um sie für das spätere *token*-System* zu verwenden.

Vor Beginn des eigentlichen Programms sollen ferner ein Bild, das den Klienten möglichst unvoreilhaft in seiner jetzigen Körperfülle zeigt, und ein weiteres aus schlankeren Zeiten aufgeklebt werden und in Zukunft neben den Eßteller gelegt werden.

Der Klient soll nun aufgrund seiner Kalorienzufuhr aus der Beobachtungswoche selbst bestimmen, wieviele Kalorien er täglich während des Programms zu sich nehmen will. Die Menge soll deutlich unter der der Beobachtungswoche liegen. Die Klienten werden jedoch darauf hingewiesen, daß dieses Ziel realistisch sein soll und es nicht darauf ankommt, für kurze Zeit Abnahmerekorde zu erzielen, sondern die Eßgewohnheiten dauerhaft zu verändern. Es ist sehr wichtig, daß der Klient lernt, daß nur er es in der Hand hat, seine Eßgewohnheiten zu verändern, und daß es sich hier um einen aktiven Vorgang handelt und nicht um eine vorübergehende Diätkur.

Appetitzügler sind verboten. Der Klient soll wissen, daß mit dem Programm auch Arbeit auf ihn zukommt, die nur er leisten kann, und daß ihm von unserer Seite nur eine gewisse Hilfestellung angeboten wird.

Der Klient soll nun in seinen allgemeinen Eßplan eintragen, wieviele Kalorien er sich zugesteht und wie er sie auf Grund der Beobachtungen aus der Beobachtungs-

* Das *token*-System ist ein Belohnungssystem, bei dem zunächst Gutscheine erworben werden, die später nach vorher festgelegten Kriterien eingelöst werden.

woche über den Tag verteilen will. Dazu soll er sich einen Spielraum von etwa 200 Kalorien lassen. Dieser allgemeine Eßplan soll deutlich sichtbar in der Küche aufgehängt werden. Gefahrenzonen wie Eisschrank oder ähnliches werden mit einem Ausrufungszeichen oder Stoppschild gekennzeichnet.

Es wird eine Gewichtskurve vorbereitet, in die der Klient jeden Tag sein Gewicht auf Millimeterpapier in Pfund einträgt.

Selbststeuerung der Menge der Nahrungsaufnahme:

Während der Phase II trägt der Klient in vorgegebene Protokollbögen an jedem Abend genau ein, was er am nächsten Tag essen will. In einer weiteren Spalte soll er dann die tatsächlich verzehrten Speisen und Getränke und ihre Kalorien eintragen. Nach einem beigegeführten Nummernschema wird eingetragen, an welche Programmpunkte sich der Klient gehalten hat oder aus welchen Gründen er sich nicht daran gehalten hat.

Es gibt keine vorgegebene Diät, sondern die Klienten sollen im Rahmen ihres Kalorienlimits essen, was sie mögen, und nur darauf achten, daß die Nahrung eiweiß- und vitaminreich und kohlehydratarm ist. Sie sollen nichts essen, was sie nicht mögen, und keinesfalls auf ihre Lieblingsspeise verzichten, sondern sich diese geplant, in kleinen Mengen und kalorienberechnet zubilligen, um Heißhunger darauf zu vermeiden.

Kontrolle der der Reaktion „Essen“ vorausgehenden Reizbedingungen und Verhaltensweisen:

Der Klient soll seine Essensumgebung wie Raum, Geschirr, Besteck genau bestimmen und nach Möglichkeit während des ganzen Programms beibehalten. Es wird ihm verhaltenstheoretisch erklärt, daß dies eine Reizeinengung bedeutet.

Er wird angewiesen, Signalreize beim Einkaufen, beim Fernsehen usw. nach Möglichkeit zu meiden oder außer Kraft zu setzen, z.B. nie hungrig und immer mit einer Einkaufsliste einzukaufen.

Essensmodelle sollen zumindest anfangs gemieden werden, deshalb soll der Klient zunächst möglichst vor der Familie essen.

Modifikation der Reaktion „Essen“:

Die Reaktion Essen soll bewußt gemacht werden. Jeder Bissen soll mindestens zwanzigmal gekaut, und es soll genau auf den Geschmack der Speise geachtet werden. Nach jedem Bissen soll das Besteck aus der Hand gelegt und erst wieder aufgenommen werden, wenn der Mund leer ist.

Der Klient soll sich nur kleine Portionen auf den Teller legen und sich vor jedem neuen Zugriff in die Speckfalte am Bauch kneifen und bis 60 zählen. Auf diese Weise sollen Verhaltensketten unterbrochen und Raum für neue Entscheidungen für oder gegen Weiteressen geschaffen werden.

Bei Heißhunger soll der Klient nicht an den Eisschrank gehen und schnell etwas im Stehen und mit schlechtem Gewissen hinunterschlingen, sondern den Tisch in gewohnter Weise decken, das Essen abwiegen und in Kalorien berechnen.

Kontrolle der Konsequenzen auf die Reaktion „Essen“:

Bevor der Klient mit dem Essen beginnt, soll er die aufgeklebten Bilder (s.o.) betrachten und sich damit die ultimativen negativen Konsequenzen auf „Vielessen“ und die ultimativen positiven Konsequenzen auf „Weniggessen“ bewußt machen.

Für jede Mahlzeit, bei der sich der Klient an die Programmpunkte gehalten hat, soll er sich mit einer Wertmarke belohnen, die er später auf Grund seiner *token*-Liste einlösen soll. Die Wichtigkeit der sofortigen Verstärkung wird ihm verhaltenstheoretisch erklärt. Er wird auch auf die Wichtigkeit sozialer Verstärker hingewiesen und erhält entsprechende Tips.

Stabilisierung des neuerlernten Eßverhaltens

Hat der Klient sein Zielgewicht erreicht, beginnt Phase III des Therapieprogramms, das *fading-out*. In dieser Phase wird schrittweise die Anwendung derjenigen verhaltenstherapeutischen Methoden abgebaut, die zum Erwerb des neuen Eßverhaltens eingesetzt worden waren.

Insbesondere werden nun die Verstärkungen eingeschränkt, Diagramm- und Protokollführung reduziert sowie die äußere Reiz- und Reaktionskontrolle abgebaut.

Endziel der Phase III ist ein durch *Selbstkontrolle* aufrechterhaltenes neues Eßverhalten, das zu einer festen *Gewohnheit* geworden ist.

*Vergleich der Eßgewohnheiten normalgewichtiger und übergewichtiger Frauen**

Vor Beginn der Erprobung dieses Programms in größerem Rahmen und unter vielfältig variierten Versuchsbedingungen wurde ein Fragebogen zur Erfassung von Eßgewohnheiten normalgewichtiger und übergewichtiger Frauen entwickelt.

Diese Arbeit stellte eine explorative Querschnittsuntersuchung dar mit dem Ziel von Hypothesenbildung über Eßgewohnheiten. Der Untersuchung lag die Hypothese zu Grunde, daß Übergewicht in kausalem Zusammenhang mit spezifischen Eßgewohnheiten steht. Hierbei wird das Konstrukt „Eßgewohnheiten“ lerntheoretisch erklärt.

Die *Stichprobe* bestand aus je 50 weiblichen Versuchspersonen zwischen 20 und 50 Jahren. Sie wurden durch Paarbildung bezüglich der Kriterien Alter, Familienstand, Kinderzahl, Anzahl der Haushaltsmitglieder, Schulabschluß, erlernter Beruf, monatliches Einkommen (sowohl eigenes wie Gesamteinkommen der Familie) sowie Schulabschluß und Beruf des Partners homogenisiert.

Die Stichprobe der Normalgewichtigen wies ein Durchschnittsalter von 36,5 Jahren und ein Durchschnittsgewicht von 58,5 kg (= 11,7% unter dem Normalgewicht) auf, die Stichprobe der Übergewichtigen wies ein Durchschnittsalter von 37,2 Jahren und ein Durchschnittsgewicht von 86,55 kg (- 31,8% über dem Normalgewicht) auf.

Das *Untersuchungsinstrument* war ein selbstentwickelter Fragebogen, der aus Vorversuchen mit mündlichen standardisierten Explorationen und einer Fragebogenvorform entstand. Er enthält 182 Fragen, die insgesamt Informationen zu

* Bartling, 1974.

288 verschiedenen Variablen liefern und neben sozialen, physiologischen und objektiven Lebensdaten folgende Bereiche erfassen:

Motivation zum Abnehmen, Gewichtsentwicklung der letzten 10 Jahre, bisherige Selbstkontrollverfahren, Einkaufsgewohnheiten, Vorratshaltung, Vorbereitung und Reizbedingungen von regelmäßigen Mahlzeiten, Vorbereitung und Reizbedingungen von Zwischenmahlzeiten, diskriminierende Reize für „mehr essen“ und „weniger essen“, topographische Beschreibung der Reaktion „Essen“, Simultanreaktionen, direkte und ultimative Konsequenzen und in einigen gesonderten Variablen die Reaktion „Trinken“.

Untersuchungsergebnisse

Aus den Fragebogenergebnissen — besonders aus den zahlreichen Unterschieden der Eßgewohnheiten Normalgewichtiger und Übergewichtiger — sollen hier einige herausgegriffen werden. Die Unterschiede liegen mindestens auf dem 5%-Niveau, sie sind zumeist jedoch signifikanter.

Während normalgewichtige Frauen in den letzten 10 Jahren konstant ihr Gewicht gehalten haben — sie haben in diesem Zeitraum durchschnittlich 0,175 kg zugenommen — konnte bei den übergewichtigen Frauen eine ständige Gewichtszunahme verzeichnet werden, die in den letzten 10 Jahren im Durchschnitt bei 12,4 kg liegt.

78 % der übergewichtigen Frauen haben bereits Erfahrung mit Abmagerungskuren, deren Erfolg jedoch nur kurzfristig gehalten werden konnte.

Normalgewichtige wissen besser über ihre Kalorienzufuhr Bescheid. Übergewichtige versuchen häufiger Selbstkontrolle beim Essen, haben damit jedoch weniger Erfolg als Normalgewichtige.

Übergewichtige kaufen ungeplanter ein als Normalgewichtige.

Simultanreaktionen üben keinen determinierenden Einfluß aus, sie sind gleich verteilt. Die normalgewichtigen Frauen gestalten sich die Mahlzeiten schöner und angenehmer als übergewichtige Frauen. Das Eßverhalten der Essenspartner hat für die Übergewichtigen starke Modellfunktion für die Beendigung des Essens und die Qualität der Essensaufnahme bei regelmäßigen Mahlzeiten.

Positiv besetzte, vorwiegend soziale Situationen sind für beide Vergleichsgruppen diskriminierende Reize für „mehr essen“. In negativ besetzten emotionalen Zuständen (vorwiegend Spannungs- und Streß-Situationen) essen die Übergewichtigen mehr, die Normalgewichtigen dagegen weniger als gewöhnlich. Festgestellt wurde ein diskriminierender Reiz, unter dem die Übergewichtigen im Vergleich zu den Normalgewichtigen weniger essen, wenn sie „eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit zu tun haben“.

Übergewichtige essen häufiger zwischendurch als Normalgewichtige, vor allem, wenn sie allein sind. Die Zwischenmahlzeiten sind relativ gleich verteilt über den ganzen Tag. Die Reize für Zwischenmahlzeiten können wir einerseits als Nahrungsreize (*foodcues*) klassifizieren, zum anderen handelt es sich um *emotionale Streß-Signale*. Die Vielfalt der Nahrungsmittel, die Reize für Zwischendurchessen darstellen, ist bei Übergewichtigen größer.

Die Vergleichsstichproben weisen zahlreiche Unterschiede in der Topographie der Verhaltensweisen „Essen“ und „Trinken“ auf. Diese Unterschiede bestehen in der Geschwindigkeit von Essen und Trinken — Übergewichtige schlingen mehr in

sich hinein, trinken in größeren Schlucken —, in dem Gefühl für Sättigkeit und Appetit — z.B. haben Übergewichtige fast immer Appetit —, in der Beendigung des Essens und in einigen kognitiven Variablen — z.B. haben Übergewichtige häufiger ein schlechtes Gewissen beim Essen.

Insgesamt können wir bei Normalgewichtigen eine besondere Bedeutung der ersten Tageshälfte und bei Übergewichtigen eine besondere Bedeutung der zweiten Tageshälfte sowohl in Bezug auf die Quantität der Nahrungsaufnahme als auch auf die erlebnismäßige Bewertung feststellen.

*Die Bedeutung verschiedener Außenkontrollmethoden bei der Durchführung des Programms**

In der Zeit von Oktober 1973 bis Dezember 1974 wurde experimentell überprüft, wieviel Außenkontrolle durch einen Therapeuten notwendig ist, um das vorliegende verhaltenstherapeutische Selbstkontrollprogramm zur Veränderung von Eßgewohnheiten erfolgreich durchzuführen.

Hierzu wurde das Programm über neun Wochen (eine Beobachtungswoche und acht Behandlungswochen) kontrolliert durchgeführt. (Die Phase III verlief ohne therapeutische Unterstützung.)

Die *Stichprobe* bestand aus 56 Frauen im Alter von 20-60 Jahren mit einem Übergewicht von mindestens 10%. Ihre Gesundheit wurde durch eine zuvor einzureichende ärztliche Bescheinigung ausgewiesen.

Das mittlere Gewicht betrug 86,5 kg, das mittlere Übergewicht 21 kg (= 32,4%), das mittlere Alter lag bei 40 Jahren, 61% der Versuchspersonen waren Hausfrauen. 73% hatten bereits Erfahrung mit irgendeiner Art von Abnahmekur. Diese Versuchspersonen wurden in drei Untersuchungsgruppen unterteilt, die bezüglich objektiver Lebensdaten und sozioökonomischer Daten homogenisiert waren.

In den *Behandlungsgruppen* wurden die Klientinnen einzeln behandelt, um die möglichen Einflüsse der Variablen „Gruppe“ auszuschalten. Die Gruppe 1 erhielt tägliche telefonische Kontrolle, die Gruppe 2 wöchentliche persönliche Kontrolle im Institut, mit Gruppe 3 wurde ein Erstgespräch vor Beginn der Untersuchung und ein Abschlußgespräch mit Wiegen durchgeführt. Ansonsten führten die Versuchspersonen der Gruppe 3 das Programm allein und ohne jegliche Kontrolle durch.

Bei den kontrollierten Versuchspersonengruppen wurden die Einhaltung der einzelnen Programmpunkte wie Erstellung eines Eßplanes, eines Kalorienprotokolls, die Anzahl der eingenommenen Mahlzeiten, die Differenz zwischen den geplanten und wahren Kalorien, die konsequente Verstärkung, Gründe für ein eventuelles Nicht-Einhalten des Programms und das Gewicht kontrolliert.

Die *Hypothesen* waren:

- 1) Die beiden Gruppen mit Kontrolle führen das Programm erfolgreicher durch als die Gruppe ohne Kontrolle.

* Müller, 1974.

2) Die Gruppe mit intensiver täglicher Kontrolle führt das Programm erfolgreicher durch als die Gruppe mit wöchentlicher Kontrolle.

Der Erfolg wurde gemessen an: dem Durchhaltevermögen (Abspringerzahl), Konsequenz und Häufigkeit der Durchführung der einzelnen Programmpunkte und der Höhe der Abnahme.

Ergebnisse

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der Abnahme und kaum bezüglich der Konsequenz und der Häufigkeit der Durchführung bestimmter Programmpunkte. Die Gruppen mit Kontrolle hatten jedoch signifikant weniger Abspringer als die Gruppe ohne Kontrolle. Die Gruppe mit täglicher Kontrolle und die Gruppe mit wöchentlicher Kontrolle unterschieden sich nicht bezüglich der Abspringerzahl.

In einzelnen (Angaben über alle Vpn mit Abspringern):

Gruppe 1 nahm 7,4 kg (= 8,4% des Anfangsgewichts) ab,

Gruppe 2 nahm 6,2 kg (= 7,6% des Anfangsgewichts) ab,

Gruppe 3 nahm 4,5 kg (= 5,1% des Anfangsgewichts) ab.

Die Unterschiede sind nicht signifikant.

Alle Programmabbrüche lagen in den ersten drei Wochen der Programmdurchführung. 66% der Abspringer und damit signifikant mehr als in der Gesamtstichprobe hatten noch keine Erfahrungen mit Abmagerungskuren.

Insgesamt sprangen 21,4% der Gesamtstichprobe (= 12 Versuchspersonen) ab:

in Gruppe 1: 9,5% (= 2 Vpn),

in Gruppe 2: 17,5% (= 3 Vpn),

in Gruppe 3: 39% (= 7 Vpn).

In Gruppe 3 sprangen signifikant mehr Versuchspersonen ab als in Gruppe 1 und 2.

Gruppe 1 und 2 unterscheiden sich bezüglich der Abspringer nicht signifikant.

Zusammenfassung:

Eine zusätzliche Außenkontrolle zum Selbstkontrollprogramm führt zu einer Reduzierung der hohen Abspringerquoten. Die zusätzliche Außenkontrolle wirkt sich jedoch nicht in einer höheren Abnahme während der Zeit der Programmdurchführung (Phase I und II) aus.

FOLLOW-UP-ERGEBNISSE: DER LANGFRISTIGE ERFOLG IN ABHÄNGIGKEIT VON VERSCHIEDENEN AUSSENKONTROLLMETHODEN

In einer Follow-up-Studie wurde der langfristige Erfolg in Abhängigkeit von verschiedenen Außenkontrollmethoden überprüft. Hierzu wurden zwei Fragebogenuntersuchungen* (acht bzw. sechzehn Wochen nach Therapieende), eine telefonische Nachkontrolle* (ein Jahr nach Therapieende) und eine weitere Fragebogenuntersuchung** (14 Monate nach Therapieende), bei der die Klientinnen auch mit einer geeichten Waage gewogen wurden, durchgeführt.

* Diplomarbeit von W. Linden, 1974.

** Diplomarbeit von M. Ostermann, in Vorbereitung.

Die *Rücklaufquoten* der Versuchspersonen, die die neunwöchige Therapie bis zum Ende durchgeführt hatten (i.f. „Durchhalter“) betragen bei der ersten und vierten Nachuntersuchung jeweils 80%, bei der zweiten und dritten jeweils 68%. Statistische Prüfungen ergaben, daß die Stichprobenreduzierungen zufällig und ohne systematischen Fehler erfolgten.

Statistische Prüfungen der *Gewichtsveränderungen* im Zeitraum vom Therapieende bis zur zweiten Nachuntersuchung ergaben weder signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen noch signifikante Abweichungen zwischen Ausgangs- und Endgewicht.

Alle drei Untersuchungsgruppen konnten ihr Gewicht demnach bis zu 16 Wochen nach Therapieende gleichermaßen stabilisieren.

Verfolgt man aber die Gewichtsentwicklung bis zu 60 Wochen nach Therapieende, so beginnt die Gruppe 3 (ohne Außenkontrolle) sich von den beiden anderen Gruppen zu unterscheiden ($\alpha = 8\%$).

Während es sich bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr um eine telefonische Nachfrage handelte, deren Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden müssen, zeigt sich dieser Trend jedoch auch bei der 4. Nachuntersuchung nach 14 Monaten (mit kontrolliertem Wiegen).

Die Gewichtsentwicklung seit *Therapiebeginn* im einzelnen:

Gruppe 1 (tägl. telef. Kontrolle) nahm seit *Therapiebeginn* 6,6 kg (= -7,3%) ab (N = 15).

Gruppe 2 (wöchentl. Einzelkontrolle) nahm seit *Therapiebeginn* 7,8 kg (= -9,3%) ab (N = 11).

Gruppe 3 (ohne Außenkontrolle) nahm seit *Therapiebeginn* 10,4 kg (= -11,9%) ab (N = 10).

Die Gewichtsentwicklung seit *Therapieende*:

Gruppe 1 nahm seit *Therapieende* 1,3 kg (= +1,6%) zu (N = 15).

Gruppe 2 nahm seit *Therapieende* 0,6 kg (= -0,8%) ab (N = 11).

Gruppe 3 nahm seit *Therapieende* 4,3 kg (= -5,2%) ab (N = 10).

Vierzehn Monate nach Therapieabschluß zeichnet sich eine Tendenz ab, nach der Gruppe 1 am schlechtesten und Gruppe 3 am besten abschneidet, die Unterschiede werden allerdings nicht signifikant.

Zusammenfassung

Bei Betrachtung des *langfristigen* Therapieerfolges der „Durchhalter“ muß der Aufbau von Selbstkontrolle beim Essen ohne zusätzliche therapeutische Außenkontrolle als erfolgreicher angesehen werden als mit täglicher telefonischer oder wöchentlicher Außenkontrolle.

Aufgrund der großen Zahl von Abspringern in der Gruppe ohne Außenkontrolle ist die Anwendung des „Programms zur Veränderung von Eßgewohnheiten“ jedoch nicht generell ohne jede therapeutische Außenkontrolle zu empfehlen. Vielmehr ist es nötig, potentielle Abbrecher schon vor Therapiebeginn zu diagnostizieren und einer Gruppe mit Außenkontrolle zuzuweisen.

*Die Wirksamkeit zusätzlicher Selbstkontrollmethoden bei der Durchführung des Programms**

In der Zeit von April 74 bis Juni 75 wurden in einer zweiten Untersuchungsreihe zusätzlich zum Selbstkontrollprogramm vier verhaltenstherapeutische Methoden als unterstützende Verfahren erprobt.

Hierzu wurde das Standardprogramm wiederum mit einer einwöchigen Beobachtungsphase und einer achtwöchigen Therapiephase durchgeführt. Vorgeschaltet wurde eine dreiwöchige Phase, in der jede der Gruppen eine der unten beschriebenen unterstützenden Techniken einübte.

Die *Stichprobe* bestand aus 140 übergewichtigen Frauen im Alter von 20 bis 60 Jahren. Sie mußten ein Übergewicht von mindestens 10% aufweisen sowie eine ärztliche Bescheinigung über ihre Gesundheit vorlegen.

Das mittlere Gewicht betrug 85,8 kg, das mittlere Übergewicht 20,7 kg (= 31,8%); das mittlere Alter lag bei 37,5 Jahren; 40,8% der Vpn waren Hausfrauen. Die Vpn wurden den vier Behandlungsgruppen per Zufall zugeteilt, so daß Gruppen von je 35 Vpn entstanden.

In den *Behandlungsgruppen* wurden folgende verhaltenstherapeutische Techniken eingeübt:

Gruppe 1: Selbstsicherheitstraining mit einigen Übungen aus dem Programm von Ullrich und Ullrich de Muynck.⁴

Gruppe 2: *Covert Sensitization* (Verdeckte Sensibilisierung) gegen bestimmte kalorienhaltige Lieblingspeisen der Vpn.

Gruppe 3: *Coverant*-Kontrolle (Bei der *Coverant*-Kontrolle werden verbale Stimuli, Vorstellungen und Gedanken mit niedriger Auftretenswahrscheinlichkeit an Verhaltensweisen mit hoher Auftretenswahrscheinlichkeit gekoppelt.) Die *Coverants* wurden hier zur Kontrolle des Eßverhaltens eingesetzt.

Gruppe 4: Kontrakt-Management. Der Vertrag regelt die Bedingungen der Teilnahme an dem Programm.

Das Vortraining erfolgte in Einzelsitzungen, die zweimal wöchentlich stattfanden, lediglich das Selbstsicherheitstraining lief in Gruppen ab. Das neunwöchige Programm (Phase I und II) wurde mit wöchentlichen Einzelkontrollen begleitet.

Ergebnisse

Für die vier Experimentalgruppen konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der *relativen Abnahme* gesichert werden.

Innerhalb der neun Behandlungswochen (einschl. Beobachtungswoche) nahm

Gruppe 1 7,55 kg (= 8,9% des Ausgangsgewichts) ab,

Gruppe 2 7,2 kg (= 8,5% des Ausgangsgewichts) ab,

Gruppe 3 7,25 kg (= 8,7% des Ausgangsgewichts) ab,

Gruppe 4 7,8 kg (= 9,3% des Ausgangsgewichts) ab.

Mit einer durchschnittlichen Gewichtsreduktion von 7,45 kg (= 8,9% des Ausgangsgewichts) erweist sich eine unterstützende Behandlung im Vergleich zur

* Diplomarbeiten von M. Günther, R. Kreklau, G. Rupp und I. Schönfeld, alle 1975.

Gruppe „wöchentliche Kontrolle ohne unterstützende Behandlung“ in der ersten Untersuchungsreihe (relative Abnahme: 6,2 kg = 7,6% des Ausgangsgewichts) als erfolgreicher. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Bezüglich des *Durchhaltevermögens* unterscheiden sich die vier Gruppen nicht. In Gruppe 1 springen zwar 13 Vpn ab (= 37%), in Gruppe 2 und 3 jeweils 11 Vpn (= 31%) und in Gruppe 4 insgesamt 8 Vpn (= 22,9%), doch werden die Unterschiede nicht signifikant. (Die Abspringerzahlen beziehen sich auf einen Zeitraum von 12 Wochen: neunwöchige Behandlungsphase plus dreiwöchiges Vortraining.)

Die Ergebnisse deuten lediglich an, daß ein zusätzlicher Kontrakt sich positiv auf das Durchhaltevermögen auswirkt.

Betrachtet man den *Zeitpunkt des Absprungs*, erweist sich das Ende der dritten Behandlungswoche als kritische Grenze: Bis zu diesem Zeitpunkt sind 88,4% der Abspringer zu verzeichnen.

Des weiteren weisen die vier Experimentalgruppen keine statistisch gesicherten Unterschiede hinsichtlich der täglichen geplanten Kalorien, des täglichen absoluten Kalorienverbrauchs und des Einhaltens des Kalorienplanes auf.

Zusammenfassung

Der Einsatz einer zusätzlichen Selbstkontrolltechnik scheint im kurzfristigen Therapierfolg zu einer etwas höheren Abnahme zu führen.

Aufgrund seiner Tendenz zu niedrigeren Abspringerzahlen empfiehlt sich bei der Auswahl einer zusätzlichen unterstützenden Methode das *Kontrakt-Management*.

FOLLOW-UP-ERGEBNISSE: DER LANGFRISTIGE ERFOLG IN ABHÄNGIGKEIT VON ZUSÄTZLICHEN SELBSTKONTROLLTECHNIKEN

Der langfristige Erfolg zusätzlicher Selbstkontrolltechniken wurde durch Follow-up-Untersuchungen 8, 16 und 24 Wochen nach Abschluß der Therapie erfaßt.* Die Ergebnisse einer weiteren Nachuntersuchung**, die vierzehn Monate nach Therapieende stattfand, sind erst z.T. ausgewertet.

Die *Rücklaufquote* aller Vpn, die die Therapie bis zum Abschluß (nach 9 Wochen) durchführten, betrug bei der ersten Nachuntersuchung 86% und bei den folgenden 81%, 88% und 82%.

Die insgesamt sehr hohe Rücklaufquote verteilte sich gleichmäßig über alle Gruppen, die Stichprobenreduzierung erfolgte zu jedem Meßzeitpunkt ohne systematischen Fehler.

Alle vier Gruppen konnten bis zur ersten Nachuntersuchung eine weitere Abnahme verzeichnen, sie lag zwischen 0,9 kg in Gruppe 4 und 2,1 kg in Gruppe 3.

Von der ersten bis zur zweiten Nachuntersuchung verzeichnen die Gruppen 1, 2 und 4 eine weitere geringfügige Gewichtsreduktion und die Gruppe 3 eine geringfügige Zunahme von 0,2 kg.

Von der zweiten bis zur dritten Nachuntersuchung zeigen alle vier Gruppen einen Gewichtsanstieg, der allerdings so gering ist, daß er nicht als signifikant bezeichnet werden kann.

* Diplomarbeit von G. Lötters, 1975.

** Diplomarbeit von U. Stecker, in Vorbereitung.

Zu allen drei Meßzeitpunkten ergibt eine Prüfung der Mittelwertsunterschiede der vier Gruppen ebenfalls kein signifikantes Ergebnis.

Die vierte Nachuntersuchung nach 14 Monaten zeigte ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Jedoch zeigt Gruppe 1 die größte Zunahme während der 14 Monate, während Gruppe 4 die größte Abnahme während des Gesamtuntersuchungszeitraums zu verzeichnen hat.

Die Gewichtsentwicklung im einzelnen:

Gewichtsveränderungen von Programmbeginn bis 14 Monate nach Therapieende:

Gruppe	N	relative Gewichtsveränderung
1	19	— 6,76%
2	19	— 8,23%
3	17	— 6,73%
4	21	— 9,15%

Gewichtsveränderungen von Programmende bis 14 Monate danach:

Gruppe	N	relative Gewichtsveränderung
1	19	+ 3,11%
2	19	+ 0,56%
3	17	+ 0,37%
4	21	+ 0,96%

Der nicht signifikante Anstieg in der Nachuntersuchungsphase kann als Gewichtsstabilisierung interpretiert werden.

Auch bei einer langfristigen Betrachtung erweist sich das Kontrakt-Management als die beste unterstützende Selbstkontrolltechnik.

Die Relevanz einzelner Faktoren für den Therapieerfolg

Einzelne Eßprogrammpunkte

Es kann angenommen werden, daß nicht ein einzelner Therapieschritt allein den Therapieerfolg bedingt, sondern daß dieser durch das *Zusammenkommen* und die *Wechselwirkung* der verschiedensten *Therapieschritte* zu erklären ist.

Korrelationen der einzelnen Programmpunkte (Häufigkeit der Durchführung) mit dem kurzfristigen Abnahmeerfolg zeigten jedoch, daß bei einigen Punkten ein direkter signifikanter Zusammenhang mit der Abnahme besteht. Diese sind:

- schriftliche Planung und Protokollierung der Mahlzeiten bzw. jeder Nahrungsaufnahme;
- eiweißreiche und kohlehydratarme Zusammensetzung der Nahrung;
- Modifikation der Eßreaktion durch langsames Essen, häufigeres Kauen, Besteck weglegen etc.;
- Beeinflussung einiger problematischer Stimuli für Zwischendurchessen;
- Einsatz von positiven Verstärkern mittels des *token*-Programms;
- Methoden zur Verdeutlichung der ultimativen negativen Konsequenzen auf Vielessen.

• An den Untersuchungen waren ebenfalls mit Diplomarbeiten beteiligt: W. von dem Berge, M. Freise, C. Krause, G. Peter.

Außendaten, sozioökonomische Variablen, Intelligenz- und Persönlichkeitsdaten

In beiden Untersuchungsreihen wurde die Beziehung zwischen den erfaßten *sozioökonomischen Variablen* und dem Therapieerfolg gemessen. Auf der Seite der sozioökonomischen Variablen und objektiven Außendaten wurden folgende Variablen verwendet: Alter, Höhe des Übergewichts, Familienstand, Kinderzahl, Anzahl der Haushaltsmitglieder, Berufstätigkeit, Einkommen der Vp, Gesamteinkommen der Familie, Schulbildung der Vp und des Partners, Beruf des Partners, Höhe der monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Ernährung.

Die Ergebnisse zeigen, daß die erfolgreiche Programmdurchführung in keinem Fall mit den sozioökonomischen Variablen und objektiven Außendaten korreliert. (Vergleiche jedoch die Analyse der Abspringerursachen!)

Intelligenz, gemessen mit dem LPS (Horn)³ wurde in beiden Untersuchungsreihen mit dem Therapieerfolg korreliert. Während in der ersten Untersuchungsreihe keine Zusammenhänge zwischen Intelligenz und Therapieerfolg auftraten, konnten bei der zweiten Untersuchungsreihe folgende Zusammenhänge festgestellt werden: Die Faktoren „Allgemeinbildung“ und „Ratefähigkeit“ korrelierten positiv mit der Abnahme während der Therapie. Der LPS-Gesamtwert korrelierte jedoch mit keinem der Erfolgskriterien statistisch bedeutsam.

Die *Persönlichkeitsdaten* der Vpn der zweiten Untersuchungsreihe wurden vor und nach der Therapie mit dem MPI (Eysenck)¹ gemessen. Veränderungen der Neurotizismuswerte bzw. Extraversionswerte während der Therapie erwiesen sich als statistisch zufällig. Ferner konnten auch allgemein zwischen dem Therapieerfolg und Neurotizismus/Extraversion keine Zusammenhänge aufgezeigt werden.

Eine Analyse der Abspringerursachen

Das Durchhalten der Therapie in den ersten drei kritischen Wochen des „Programms zur Veränderung von Eßgewohnheiten“ (einschl. der Beobachtungswoche) garantiert, wie die vorliegenden Daten belegen, den weiteren Erfolg beim Aufbau neuer Eßgewohnheiten.

Um die in beiden Untersuchungen aufgetretenen Abspringerquoten zu senken, empfahl sich eine Analyse der Abspringerursachen. Hierzu wurden individuelle Verhaltensanalysen der Abspringer und ein Vergleich der Abspringer und Durchhalter bezüglich der sozioökonomischen Faktoren vorgenommen. Es zeigte sich: „Abspringer“ und „Durchhalter“ unterscheiden sich signifikant in denjenigen Variablen, die unmittelbar die Randbedingungen der Eßgewohnheiten ausmachen: Tagesablauf, Berufstätigkeit, Familienstand, Haushaltsgröße, Art des ausgeübten Berufes, Erfahrungen mit Abmagerungskuren und Einstellung des sozialen Umfeldes zu den Therapiebemühungen.

BIBLIOGRAPHIE

1. Eysenck, J. (1959). *Das «Mandsley Personality Inventory» (MPI)*. Göttingen.
2. Ferster, C. B., J. I. Nurnberger & E. B. Levitt (1962). The Control of Eating, *J. mathematics*, 1: 87-109.
3. Horn, W. (1962). *Leistungsprüfsystem, Handanweisung für die Durchführung, Auswertung und Interpretation*. Göttingen.
4. Ullrich de Muynck, R. & R. Ullrich (1972). *Abstrakta: Vortragszusammenfassung für Gruppen* (unveröffentlicht).

VIERTER TEIL

Erfolgskontrolle

Einige Gedanken zur Planung des Erfolgskontroll-Teils eines Gesundheitserziehung — Projekts

von **Leonarda M. Klinkert**

Leiterin der Abteilung für Evaluation Voorlichtingsbureau voor
de Voeding (Niederländisches Büro für Ernährungserziehung),
Niederlande

In diesem Beitrag sollen zunächst einige Beispiele für die Evaluierung verschiedener Projekte gegeben und anschließend einige Vorschläge für die Planung der Erfolgskontrolle bei Erziehungsprogrammen gemacht werden.

Geringe Erfolge einer Kampagne zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern

Das erste Beispiel bezieht sich auf eine Untersuchung, die schon vor mehreren Jahren angelaufen ist; die Ergebnisse der Erfolgskontrolle wurden jedoch erst kürzlich fertig ausgewertet. Das Projekt wurde im Jahre 1967 von unserem Büro in Zusammenarbeit mit dem Aufklärungsinstitut für Mundhygiene durchgeführt. Damit sollte festgestellt werden, welchen Effekt eine intensive, rund zweijährige Kampagne in einer für diesen Versuch ausgewählten Stadt haben würde. Dabei ging es um die Rolle des Zuckers, insbesondere der Süßigkeiten, als Ursache von Karies. Unser Ziel war es, zu erreichen, daß der Genuß von Süßigkeiten eingeschränkt wird — mit dem Endziel einer Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder. Zielgruppe waren alle Erwachsenen, die mit Kindern zu tun hatten.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der Kampagne wurden (1) eine Untersuchung zur Ernährung in den Grundschulen der gewählten Stadt sowie in einem Kontrollgebiet und (2) in denselben Schulen eine Untersuchung zur Mundhygiene vorgenommen.

Beide Untersuchungen wurden sowohl vor Beginn der Kampagne als auch nach Abschluß der Aktion durchgeführt. Ursprünglich hatten wir eine Wiederholungsuntersuchung nach zwei Jahren geplant, beschlossen dann aber, dieses Vorhaben aufzugeben, als die Ergebnisse der Untersuchung zur Ernährung vorlagen, weil die Auswirkungen der Kampagne deutlich genug waren.

Folgende Daten wurden verglichen: (1) Menge der genossenen Süßigkeiten; (2) Häufigkeit des Genusses von Süßigkeiten; (3) Art der verzehrten Süßigkeiten und (4) die Zeiten, zu denen Süßigkeiten gegessen wurden.

Die Versuchsgruppe schnitt ausnahmslos in allen Punkten besser ab als die Kontrollgruppe, doch war nur ein Ergebnis signifikant, nämlich das Verhältnis der besonders schädlichen Süßigkeiten gegenüber der Gesamtheit aller Süßigkeiten. In der Versuchsgruppe konnte dieser Wert erheblich gesenkt werden (von 8% auf 3%). Wir konnten sicher sein, daß sich etwas getan hatte, aber der Erfolg war zu gering, um eine Wiederholung der Ernährungsuntersuchung zu rechtfertigen.

Da wir davon ausgehen, daß vor der Verhaltensänderung eine Veränderung der Einstellung und des Wissensstandes stattfinden muß, beschlossen wir, anstelle der dritten Ernährungsstudie eine sozialwissenschaftliche Untersuchung durchzuführen, um eventuelle Auswirkungen in diesem Bereich festzustellen. Dies geschah in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialwissenschaften und Wirtschaftsforschung. Mit einer Stichprobe aus Kindern der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe sowie ihren Müttern wurden Interviews durchgeführt. Die Feldarbeit fand ein Jahr nach Abschluß der Kampagne statt. Die Ergebnisse deuten auf verschiedene Umstände, die zu großen Hoffnungen berechtigen.

Als Indikatoren wurden zur Gegenüberstellung der Ergebnisse der Nahrungsstudie die Menge und die Art der genossenen Süßigkeiten verglichen. Jedesmal schnitt die Versuchsgruppe wieder besser ab als die Kontrollgruppe. Die Menge der besonders schädlichen und der weniger schädlichen Süßigkeiten lag statistisch signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe, und die von uns vorgeschlagenen Imbisse — etwa Obst und Käse — waren in der Versuchsgruppe häufiger (177% gegenüber 119%).

Die Ergebnisse der Untersuchung zur Mundhygiene waren hingegen enttäuschend: Das Ergebnis war gleich Null. Aber, um überhaupt Erfolg zu haben, muß man wohl das ganze Verhalten auf dem Gebiet der Zahnpflege grundsätzlich ändern. Und da dies unsere erste Untersuchung war, war unser Ansatz vielleicht auch nicht der richtige.

Bei dem hier geschilderten Beispiel handelt es sich um eine Kampagne, die in einer Stadt durchgeführt wurde, die nicht ausdrücklich darum gebeten hatte. Derzeit haben wir Gelegenheit, wiederum eine solche Erfolgskontrolle durchzuführen, und zwar für eine Kampagne, die von einem Dorf selbst initiiert wurde. In diesem Dorf, Stolwijk, wollten einige Einwohner ein Gesundheitserziehungsprogramm aufziehen, das über mehrere Jahre laufen soll. Sie begannen mit dem Thema « Karies » und wollen dann zu anderen gesundheitlichen Themen übergehen.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit benutzen wir bei der Evaluation einige der Fragen unseres früheren Fragebogens. Als Kontrollgruppe wurde — aus Gründen der Ökonomie — eine repräsentative Stichprobe der holländischen Bevölkerung verwendet, die bereits bei einer anderen Kampagne untersucht worden war, also zweimal verwendet wurde.

Das Stolwijker Aufklärungsprogramm enthält auch noch einen neuen Aspekt: Es wird nicht nur gesagt, daß Zucker schlecht für die Zähne ist, sondern auch darauf hingewiesen, daß Zucker nur « leere Kalorien » liefert — also keinerlei Vitamine, Mineralstoffe usw. enthält. Wie in allen europäischen Ländern haben auch wir mit dem Problem der Fettleibigkeit zu tun. Wir versuchen daher, den Müttern beizubringen, daß dicke Säuglinge auch « dicke » Chancen haben, dicke Erwachsene zu werden. Als erstes sagen wir ihnen, daß Säuglingsnahrung nicht zu kalorienreich sein sollte und daß Zucker nur « leere Kalorien » enthält,

und als zweites erzählen wir den Müttern, daß es besser ist, wenn sich das Kleinkind erst gar nicht an den süßen Geschmack gewöhnt.

Unser Fragebogen enthält Fragen zu diesen beiden Aspekten des Zuckers: Zucker ist schlecht für die Zähne und Zucker enthält nur «leere Kalorien». Der zweite Aspekt ist von uns sonst bei unseren nationalen Kampagnen noch nicht berücksichtigt worden und ist somit ein Novum.

Außerdem haben wir die Effektivität von Vorträgen und Diskussionsgruppen im Hinblick auf Wissensvermittlung verglichen. Wir kamen zu demselben Ergebnis wie schon frühere Untersuchungen, daß nämlich die Diskussionsgruppe effektiver ist — allerdings nicht in dem Maße, wie gemeinhin angenommen wird.

Sind Ausstellungen lohnend?

Wir haben u.a. eine Untersuchung zur Erfolgskontrolle unserer Stände auf kommerziellen Ausstellungen entwickelt, die sich als methodologische Untersuchung bezeichnen ließe, da Ausstellungen eine der Methoden sind, deren sich unser Büro bedient, um mit der Öffentlichkeit in Kontakt zu kommen. Wir sind auf mehreren kommerziellen Ausstellungen im ganzen Lande vertreten. Da dieser Weg, mit Menschen in Kontakt zu kommen, recht kostspielig ist, wollten wir feststellen, ob es sich lohnt, unsere Bemühungen auf diesem Gebiet fortzusetzen. Falls dies nicht der Fall sein sollte, würden wir die entsprechenden Mittel dann für andere Zwecke einsetzen.

Wir arbeiteten ein kompliziertes Verfahren aus, um die Gruppen auszusondern, die für uns interessant waren. Am Eingang und am Ausgang wurden die Leute anhand kurzer Fragebögen ausgesucht, später, nach zehn Tagen, wurden sie dann zu Hause von ausgebildeten Interviewern besucht. Die meisten Ergebnisse liegen in Form globaler Daten vor. Wir haben jedoch auch getrennte Daten für die verschiedenen, von uns bei der Ausstellung ausgesuchten Gruppen. Ferner unterteilten wir die Befragten danach, ob Ihnen unser Büro bereits ein Begriff war oder ob sie bei der Ausstellung zum ersten Mal mit uns in Berührung gekommen waren.

Was war den Besuchern von unserem Stand in Erinnerung geblieben? Die Mehrheit (67%) konnte sich noch an die Broschüren und 19% an das «Rad» mit den fünf Nahrungsmittelgruppen erinnern; 36% der Besucher erinnerten sich daran, Broschüren gekauft bzw. mitgenommen zu haben. 11% hatten Fragen gestellt und von ihnen waren 10% mit den Antworten zufrieden gewesen. Andererseits beklagten sich einige über das Verhalten der Hostessen an unserem Stand. Sie hatten immer Anweisung, das Publikum nicht von sich aus anzusprechen, sondern abzuwarten, bis jemand von selbst an unseren Stand kam. Aus den Antworten ging jedoch deutlich hervor, daß ein Großteil der Leute nicht ignoriert werden will: Man möchte aufgefordert werden, zum Stand zu kommen. So mußten wir unser Konzept in diesem Punkt ändern.

Rund 7% der Besucher solcher Ausstellungen (ca. 1 Mio pro Jahr) hören an unserem Stand zum ersten Mal etwas über unser Büro, d.h. sie erinnern sich zehn Tage nach ihrem Besuch noch daran, unseren Stand gesehen zu haben. Interessanterweise handelt es sich in der Mehrheit um Angehörige der unteren sozialen Schichten. Aus diesem Grunde lohnt es sich, auf solchen Ausstellungen vertreten zu sein; denn gerade diese Menschen sind sonst — auch über das Fernsehen — nicht ohne weiteres erreichbar. Es gibt einige Vergleichszahlen über die Reaktionen auf einen Fernsehfilm über Herzkrankheiten und deren Ursachen. Hier ist bei denen,

die durch den Film zum ersten Mal mit unserem Büro in Verbindung kamen, der Anteil von Angehörigen der unteren sozialen Schichten nicht so hoch.

Wir beschlossen daher, nach wie vor mit Ausstellungen zu arbeiten, aber mit einem neuen Konzept: Wir wollen in Zukunft das Publikum von uns aus ansprechen. Außerdem sollen die Stände anders gestaltet werden.

Drei Jahre Erfolgskontrolle bei einer Schlankheitskur

Bei dem letzten Beispiel handelt es sich um die Erfolgskontrolle für eine Schlankheitsdiät. Der Erfolg der Kampagne soll anhand eines einzigen Kriteriums — des Gewichts — gemessen werden. Von der « Freien Universität » Amsterdam wurde ein auf den Lerngesetzen basierendes Abmagerungsprogramm ausgearbeitet. In einer Frauenzeitschrift wird jede Woche ein Teil dieses Programms veröffentlicht. Größe und Gewicht der an dem Programm teilnehmenden Personen werden von unserem Büro in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Wirtschaftsforschung ermittelt. Wiederum arbeiten wir mit einem komplizierten Kreis von Versuchs- und Kontrollgruppen, zumal allein schon die Datenermittlung in vielen Fällen einen erzieherischen Effekt hat. Die Teilnehmer werden vor Beginn des Programms, nach Beendigung des Programms (zehn Wochen später) sowie noch einmal drei Jahre später gewogen. Selbstverständlich werden auch einige andere Variablen untersucht. Doch soll der Erfolg allein daran gemessen werden, ob ein Teilnehmer das mit dem Programm erreichte Gewicht nach drei Jahren noch gehalten hat; denn das bedeutet, daß es tatsächlich gelungen ist, eine Verhaltensänderung, nämlich eine Änderung des Eßverhaltens, herbeizuführen. Natürlich sind zehn Wochen keine lange Zeit, aber einige Schlankheitskuren dauern noch kürzere Zeit, und auch von diesen Kurzprogrammen verspricht man sich Erfolg. Übrigens sind wir in der Lage, die Angaben der Teilnehmer zu kontrollieren: Bevor wir die Teilnehmer besuchen und selbst wiegen, bekommen sie einen Fragebogen, in dem auch nach dem Gewicht gefragt wird.

Einige Überlegungen zur Planung des Erfolgskontrollteils eines Projekts

Auch wenn die Erfolgskontrolle in der Praxis wenig mit unseren schönen Theorien zu tun hat, setzt eine effektive Beurteilung erzieherischer Bemühungen zunächst einmal doch einen theoretischen Rahmen voraus. Zuallererst interessieren natürlich die Ziele der Kampagne und nicht die Verfahren der Erfolgskontrolle, die erst an zweiter Stelle kommen, aber gleichzeitig mit der Durchführung des Programms geplant werden müssen. Bevor man mit der Planung des Erfolgskontrollteils einer Kampagne beginnt, muß man sich zwei Fragen stellen:

1. *Was für eine Art von Kampagne ist geplant?* Wird eine kurzfristige oder eine langfristige Änderung angestrebt? Wenn es um Ernährung geht, muß eine Kampagne zwangsläufig länger als ein Jahr laufen. Eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten durch Gesundheitserziehung dauert ihre Zeit — besonders wenn die Zielgruppe gar kein Bedürfnis danach hat.

Alle Stadien des Erziehungsprozesses müssen durchlaufen werden: Das Interesse des Menschen muß geweckt werden, er muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß etwas im Gange ist; dadurch wird bei ihm Informationsbedürfnis geweckt und sobald er einmal motiviert ist, wünscht er weitere Informationen — diesmal aber durch persönliche Gespräche; hier kommt dann das Element der Überzeugung — meist durch andere — ins Spiel und es kommt so weit, daß eine Entscheidung getroffen werden muß: Nach dem Entschluß, eine neue Verhaltensweise auszu-

probieren, bedarf es einer Bestätigung durch die Praxis, durch sichtbare Erfolge, durch Fremdverstärkung, daß dies auch wirklich der richtige Weg ist. Dann ist es uns vielleicht gelungen, Verhalten zu ändern.

2. *Welche Größen sollen in der Erfolgskontrolle untersucht werden?* Dies ist die zweite Frage, die man sich stellen muß. Hier sind folgende Antworten möglich:

Die Ziele. Das bedeutet, daß die Ziele eines neuen Programms den Zielen anderer Programme gegenübergestellt werden müssen. Oder es muß ein Maßstab gefunden werden, an dem sich die Ziele messen lassen. Dabei werden neben ethischen Überlegungen ebenso auch der finanzielle Aspekt und die Frage der Durchführbarkeit eine Rolle spielen. So wird man sich zum Beispiel fragen: Ist Ernährung wirklich so wichtig? Oder: Sind die Auswirkungen der Fehlernährung in einem bestimmten entwickelten Land tatsächlich so schlimm? Oder: Ist Gesundheits-erziehung das richtige Mittel, um Ernährungsgewohnheiten zu ändern?

Der Träger. Ist die Institution, die das Programm fördert, der geeignete Träger für ein solches Vorhaben? Sind die Mitarbeiter dieser Institution dafür geeignet? Arbeitet die Institution effizient? Stellt sie auf diesem bestimmten Gebiet eine Autorität dar? Genießt sie das Vertrauen der Bevölkerung?

Die Methoden. Werden die eingesetzten Methoden auch den gewünschten Erfolg bringen? Sollte man versuchen, Verhaltensänderungen durch Vorträge zu erreichen? Bekanntlich sind Vorträge in erster Linie zur Informationsvermittlung und in einigen Fällen zu einer ansatzweisen Motivierung geeignet. Dennoch sind die Veranstalter von Vorträgen häufig enttäuscht, wenn es zu keiner Verhaltensänderung kommt.

Kosten-Nutzen-Rechnung. Es ist gar nicht so schwierig, die Kosten zu beziffern, und auch der Nutzen läßt sich teilweise in Geld messen. Wenn beispielsweise dank einer Kampagne die Fehlzeiten in einer Fabrik zurückgehen, läßt sich der Nutzen messen. Aber wie ist es, wenn sich durch eine gesündere Ernährungsweise der allgemeine Gesundheitszustand verbessert? Obwohl dies der wichtigste Aspekt ist, ist es manchmal nötig, den ungefähren Nutzen finanziell auszudrücken.

Die Leistung der Mitarbeiter. Sollen wir feststellen, ob der Diätetiker A bessere Ergebnisse erzielt als der Diätetiker B, oder soll der Gesamterfolg aller beteiligten Mitarbeiter untersucht werden? Im zweiten Fall würden wir einen Durchschnittswert erhalten.

Die Parameter. Es gibt Parameter (Indikatoren), die nahezu ideal sind. Der Kausalzusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Lungenkrebs oder zwischen Zuckerkonsum und Karies ist oft nachgewiesen worden. So ist es sinnvoll, den langfristigen Erfolg einer Anti-Rauch-Kampagne am Rückgang des Lungenkrebses zu messen. Aber den Erfolg einer Ernährungskampagne, in deren Mittelpunkt eine Änderung der EBgewohnheiten steht, am Rückgang der Herzanfalle zu messen, wäre natürlich recht bedenklich. Sind also unsere Parameter valide? Oder muß die Kampagne selbst erst beweisen, daß man tatsächlich die richtigen Parameter gewählt hat?

Der Erfolg der Kampagne

Wenn der Erfolg einer Kampagne quantitativ gemessen werden soll, muß das *Endziel* auch so ausgedrückt werden, daß es meßbar ist. « Die Menschen glücklich machen » ist ein wunderschönes Ziel, aber woher weiß man, ob die Menschen nun wirklich glücklicher sind?

Stattdessen müssen wir klar definieren, was mit der betreffenden Kampagne eigentlich erreicht werden soll: Eine Verhaltensänderung? Eine Motivierung der Bevölkerung? Eine Änderung der Motivation? Eine Einstellungsänderung? Oder einfach eine Informationsvermittlung, wie sie der Ausdruck « Herausstellung des Nutzens » suggeriert? Oder alles zugleich?

Und wann ist die Kampagne als erfolgreich zu betrachten? Erst wenn eine Verhaltensänderung eingetreten ist? In diesem Falle sind die anderen Faktoren für die Evaluation unwichtig. Oder will man wissen, wie die Verhaltensänderung erreicht worden ist?

Sollen wir davon ausgehen, daß es einen Kausalzusammenhang Information-Einstellung-Verhalten gibt, oder müssen wir diesen Zusammenhang auch noch untersuchen?

Unterteilung des Ziels in operationale Teilziele. Eine solche Unterteilung ist nötig, damit entschieden werden kann, welches Teilziel am wichtigsten, also wo eine Messung am interessantesten ist.

Definierung der Zielgruppen, Methoden, Medien und Botschaften. Eine Definierung dieser Größen versteht sich von selbst, erfordert jedoch viel Zeit.

Die Parameter. Auch hier haben wir es wieder mit Parametern oder Indikatoren zu tun — aber diesmal als Mittel der Erfolgskontrolle und nicht als Gegenstand der Evaluation.

Aufstellung von Arbeitshypothesen über Qualität und Quantität des Erfolges. Hier haben wir es mit einer sehr schwierigen Aufgabe zu tun. Wenn man keinerlei Vorstellung darüber hat, welcher Erfolg zu erwarten ist, kann man eine Art explorative Studie durchführen, deren Ergebnisse sich dann auch für andere Kampagnen verwerten lassen. Bei unserem Schlankheitsprogramm haben wir einige Experten gefragt, wieviel Prozent der Teilnehmer ihrer Ansicht nach ihr Gewicht wohl nach drei Jahren noch würden gehalten haben.

Definierung des Ziels der Erfolgskontrolle

Wissensstand? Das ist nicht der schwierigste Teil einer Evaluation. Zum Wissen über Ernährungsfragen haben wir einige Fragen, die uns einen guten Eindruck vom Wissensstand der Befragten auf diesem Gebiet vermitteln können.

Einstellung? Eine Messung der augenblicklichen Einstellung ist nicht einfach. Außerdem ist auch noch einige theoretische Arbeit nötig, um geeignete Einstellungsskalen für das Gebiet « Ernährung » entwickeln zu können. Natürlich läßt sich die Einstellung gegenüber öffentlich diskutierten Themen — wie z.B. dem Gesundheitswesen — messen. Entsprechende Werte könnten sich u.U. für die Interpretation einiger Ergebnisse der Erfolgskontrolle als nützlich erweisen.

Die Motivation ist leichter zu ermitteln als die Einstellung. Doch hier stoßen wir wieder auf die Schwierigkeit, daß es selbst für einen Menschen, der motiviert ist, etwas zu tun, Hindernisse geben kann, die ihn davon abhalten, es zu tun — z.B. Mangel an Gelegenheit.

Die Meinungsänderung ist für den politischen Bereich schon in vielen Untersuchungen untersucht worden. Man denke nur an die Meinungsumfragen. Auf diesem Gebiet hat man also bereits viel Erfahrung gesammelt.

Verhalten. Hier haben wir eine sehr harte Nuß zu knacken (um einen Ausdruck aus dem Bereich der Ernährung zu verwenden). Man kann mit Untersuchungen

zum Ernährungsverhalten arbeiten. Wir haben eine komplizierte Methode zur Bewertung von Daten über Ernährungsgewohnheiten ausgearbeitet, haben jedoch noch nicht die Mittel aufbringen können, damit zu arbeiten. Selbstverständlich verfügen wir auch wieder über die eigenen Angaben der Befragten zu ihren Verhalten, bei denen allerdings immer eine gewisse Fehlerspanne zu berücksichtigen ist. Wir glauben jedoch, Wege gefunden zu haben, um diese Spanne stark zu reduzieren. Wir hoffen, daß wir bald Gelegenheit haben werden, das zu beweisen.

Die Methoden, die bei der Erfolgskontrolle eingesetzt werden, sind typisch für den Bereich der Sozialwissenschaften. Sobald alle mit der Planung der Kampagne zusammenhängenden Probleme gelöst sind, kann über die Methoden der Datenermittlung entschieden werden.

Die Zusammensetzung von Versuchs- und Kontrollgruppen. Hier haben wir es mit einer komplizierten Aufgabe zu tun, bei der ein Statistiker zu Rate gezogen werden sollte. Bei jeder Untersuchung sind besondere Erfordernisse zu beachten, aufgrund derer Versuchs- und Kontrollgruppen zusammengestellt werden müssen.

Schließlich gilt es dann, für die Durchführung des Projekts ein Institut, einen Projektleiter und die erforderlichen Mittel aufzutreiben, ohne die das Projekt nicht zustandekommen wird.

So weit also einige Punkte, die bei der Planung des Erfolgskontrollteils eines gesundheitserzieherischen Vorhabens zu beachten sind.

Richtlinien zur Erfolgskontrolle verschiedener Aspekte gesundheitserzieherischer Maßnahmen

Bei dem folgenden Text handelt es sich um einen Auszug aus einem Bericht zur Planung und Erfolgskontrolle gesundheitserzieherischer Maßnahmen, der von einem Fachausschuß der WHO erstellt wurde.

Da der Bericht die gemeinsamen Ansichten und Erfahrungen einer größeren Anzahl von Ländern wiedergibt — es handelt sich um Äthiopien, Ghana, Malaysia, Peru, die Vereinigte Arabische Republik, das Vereinigte Königreich, die Vereinigten Staaten und die UdSSR sowie die UNESCO und die Internationale Union für Gesundheitserziehung —, bot sich dieser Text als eine wertvolle Ergänzung der Seminarpapiere an.

Sinn und Zweck der Erfolgskontrolle gesundheitlicher Programme im allgemeinen

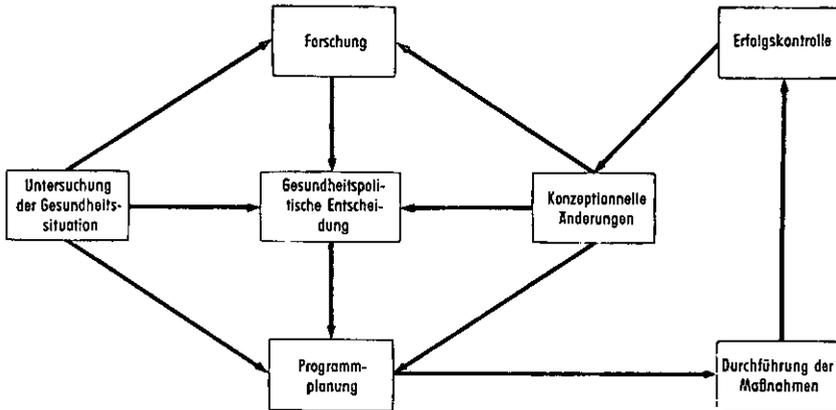
Erfolgskontrolle ist ein Vorgang, bei dem die Verwirklichung der formulierten Ziele eines Programms überprüft und versucht wird, Adäquatheit, Effizienz und Akzeptanz des Programms für alle Beteiligten zu messen.

In den Institutionen des Gesundheitswesens wird man sich mehr und mehr der Tatsache bewußt, daß Planung und Erfolgskontrolle der Programme systematischer und geordneter durchgeführt werden müssen als bisher. Der Preis, den die gesundheitliche Versorgung — in Form von Geld, Personal und anderen Mitteln — fordert, wird immer höher, und nicht einmal die begütertesten Länder können es sich leisten, knappe Mittel zu vergeuden.

Eine systematische Planung gesundheitlicher Programme mit eingebauten Erfolgskontrollen ist die beste Voraussetzung dafür, daß nicht nur Verschwendung vermieden, sondern auch die Programme eingehalten und die angestrebten Ziele verwirklicht werden. Erfolgskontrolle kann dem Praktiker helfen, aktuelle Tagesprobleme zu bewältigen. Außerdem führt sie dazu, daß eventuelle Fehler schon in der Anfangsphase eines Programms erkannt werden, so daß schnell Gegenmaßnahmen ergriffen werden können. Die Zusammenhänge zwischen Planung, Erfolgskontrolle und Problemlösung im Gesundheitswesen werden in dem untenstehenden Diagramm dargestellt: Es macht deutlich, wie Forschung, Konzipierung und Planung

von der anfänglichen Ermittlung des Ist-Standes abhängen. Wenn das Programm dann erst einmal angelaufen ist, können die Ergebnisse der Erfolgskontrolle zu einer Umformulierung des Konzepts und der Planung führen oder aber auch die Notwendigkeit einer weiteren Erforschung grundsätzlicher Fragen deutlich machen.

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN PROGRAMMPLANUNG, ERFOLGSKONTROLLE UND PROBLEMLÖSUNG IM GESUNDHEITSWESEN



Sinn und Zweck der Erfolgskontrolle in der Gesundheitserziehung

Da die Erziehung zur Gesundheit eine äußerst wichtige Komponente jedes gesundheitlichen Programms ist, muß auch sie dem Prozeß von Planung und Erfolgskontrolle unterworfen werden. Dieser Gedanke ist nicht nur relativ neu, sondern hier ist eine Erfolgskontrolle vermutlich auch am schwierigsten. Die Ziele der Erfolgskontrolle wurden von Roberts in ihrem Artikel „Konzepte und Methoden der Erfolgskontrolle in der Gesundheitserziehung“, der im *Internationalen Journal für Gesundheitserziehung* erschienen ist, gut zusammengefaßt:

„Wir führen Erfolgskontrollen durch, um uns unsere künftige Planung zu erleichtern und um unsere Programme verbessern zu können, um mehr Einblick in die gesundheitserzieherische Praxis zu bekommen und um unser Wissen, das die Grundlage unserer Arbeit ist, zu erweitern. Wir führen Erfolgskontrollen durch, um unsere Effizienz zu steigern und — das hängt damit zusammen — um Daten zu gewinnen, anhand derer sich die Wirkung eines Programms feststellen läßt, Daten, die wir benötigen, um von den Behörden, von der Kommune Unterstützung, sogar finanzielle Unterstützung, zu bekommen. Wir führen Erfolgskontrollen durch aus Gründen, die mit der Motivation der Beteiligten zusammenhängen, um sowohl unseren berufsmäßigen wie auch den ehrenamtlichen Mitarbeitern ein Gefühl der Befriedigung und des Erfolgs zu geben. Um diesen Zielen Priorität einzuräumen... führen wir in erster Linie Erfolgskontrollen durch, um die Wirkung unserer Arbeit festzustellen, um die Ergebnisse wiederum in unsere Arbeit einfließen lassen und sie so verbessern zu können. Gleichzeitig wollen wir damit auch unserer gesundheitserzieherischen Arbeit eine solidere wissenschaftliche Basis verschaffen.“

Probleme der Erfolgskontrolle gesundheitlicher Maßnahmen

Es wurde bereits darauf angespielt, daß Gesundheitserziehung mehr ist als eine bloße Vermittlung gesundheitlicher Fakten und Ratschläge. Ziel der Gesundheitserziehung ist u. a., Kindern schon sehr früh gesunde Gewohnheiten beizubringen und auf eine Änderung der schlechten Gewohnheiten hinzuwirken; damit kommen hier die komplexen, noch ungeklärten Fragen der menschlichen Motivation und des menschlichen Verhaltens mit ins Spiel, wo eine Quantifizierung nicht ohne weiteres möglich ist. Da außerdem die Ergebnisse der Gesundheitserziehung u. U. erst langfristig sichtbar werden, kann der Erfolg eines Programms letztlich noch auf vielerlei Weise durch externe Faktoren beeinflusst werden.

Zwar wäre es zweifellos zu wünschen, daß Erfolgskontrollen anhand valider Leistungsindizes durch objektive Messung vorgenommen werden, doch wird sich im gegenwärtigen Stadium der Entwicklung im Gesundheitswesen eine Quantifizierung u. U. als äußerst schwierig erweisen — einmal weil eine Vielzahl von Variablen im Spiele ist und zum anderen weil es an qualifiziertem Personal mangelt und Ausbildungsmöglichkeiten in Methoden der Erfolgskontrolle nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Indessen ist auch schon eine kontinuierliche Erfolgskontrolle in einfacher Form — z. B. eine Feststellung der Fehler bzw. der Erfolge sowie der ursächlichen Faktoren — vom praktischen Standpunkt aus von großem Wert und hält sich durchaus im Rahmen dessen, was ein Großteil des in der Gesundheitserziehung beschäftigten Personals (mit entsprechender Anleitung) leisten könnte. Es ist notwendig, festzustellen, in welchem Verhältnis die Veränderungen, die im Rahmen eines Projekts mit den vorhandenen Mitteln erreicht worden sind, zu dem Aufwand stehen, den das Projekt erfordert hat.

Je mehr die Begriffe und Techniken der Planung und der Erfolgskontrolle akzeptiert werden, desto wahrscheinlicher werden sie bei allen neuen gesundheitlichen Programmen und Projekten mit berücksichtigt werden. Doch auch bereits laufende Programme und Projekte müssen einer Erfolgskontrolle unterworfen werden. Im öffentlichen Gesundheitswesen laufen viele Projekte noch lange weiter, wenn sie bereits überflüssig geworden sind; bei anderen wird lange Zeit nicht gesehen, daß sie fehlerhaft oder ineffektiv sind. Erfolgskontrolle bietet die Möglichkeit, diese Mängel abzustellen. Eigentlich müßte in sämtlichen Behörden des Gesundheitswesens die gesamte Hierarchie der Mitarbeiter zu Erfolgskontrollen motiviert und auch bereit sein, Änderungen der Organisationsstruktur oder der Funktionen bzw. der Tätigkeit von Mitarbeitern zu akzeptieren, sofern die Ergebnisse der Erfolgskontrolle dies wünschenswert erscheinen lassen.

Die Erfolgskontrolle sollte darum nicht als Kritik verstanden, sondern aus Einsicht und im Geiste konstruktiver Teamarbeit durchgeführt werden. Unter Umständen wird viel Zeit darauf verwendet werden müssen, durch Mitarbeiterbesprechungen, berufsbegleitende Ausbildungskurse oder auf andere Weise zu erreichen, daß sich die Idee der Erfolgskontrolle durchsetzt und auch die eventuellen Konsequenzen akzeptiert werden.

Ausbildung zur Mitwirkung bei Erfolgskontrollen

Natürlich sollte dem gesamten Gesundheitspersonal Gelegenheit gegeben werden, die Methoden der Erfolgskontrolle zu erlernen und möglichst auch praktisch anzuwenden. Entsprechende Ausbildungsprogramme müssen bereitgestellt werden.

Ja, es ist sogar wünschenswert und notwendig, die Ausbildung selbst einer Erfolgskontrolle zu unterwerfen, und bei dieser Art von Erfolgskontrolle könnten die Auszubildenden in starkem Maße beteiligt werden.

Eine wichtige Frage lautet: „ Wer sollte die Erfolgskontrolle durchführen? “ Wie bereits dargelegt gehört Gesundheitserziehung mit zu jedem Gesundheitsprogramm — oder zumindest sollte es so sein. Also muß der Experte für Gesundheitserziehung Mittel und Wege finden, den erzieherischen Teil und die entsprechenden sozialen Komponenten des Gesamtprogramms einer Erfolgskontrolle zu unterwerfen. Dazu ist es nötig, daß die Programmleitung und die für den Gesundheitserziehungsteil Verantwortlichen vor, während und nach Durchführung des Programms miteinander im Gespräch stehen — auch wenn die Erfolgskontrolle für das Gesamtprogramm Sache eigens dafür verantwortlicher Mitarbeiter ist.

Methodik

Es gibt mehrere Darstellungen der Methoden, die für die Erfolgskontrolle gesundheitlicher Programme geeignet sind. Für den Bereich der Gesundheitserziehung scheinen jedoch die *Projektelevaluation* und die *Wirkungsanalyse* besonders wichtig zu sein. Es gibt eine Reihe von Faktoren, die dazu führen können, daß eine gesundheitliche Situation unbefriedigend ist. Dazu gehören spezifische gesundheitliche Faktoren, Faktoren, die mit der öffentlichen Gesundheit zusammenhängen, administrative Schwierigkeiten, soziale Faktoren einschließlich des Verhaltens der Menschen und ökonomische Faktoren.

Diese fünf Faktoren lassen sich für die Erfolgskontrolle verwenden, machen aber auch eine präzisere Planung möglich. Um Ziele formulieren zu können, muß zunächst eine Situationsanalyse vorgenommen werden. Somit liefert die Evaluation die Grundlage für Entscheidungen und konkrete Maßnahmen. Erst nach Feststellung des Ist-Standes läßt sich sagen, was verändert werden muß und wie viel Zeit dazu nötig sein wird. Zur Steigerung der Effizienz eines Programms wird mit dem Blick auf das erzieherische Anliegen im voraus eine Reihe von Kriterien für einen guten Programmablauf formuliert.

Bei der Wirkungsanalyse, d. h. der Feststellung der Wirkung eines Gesundheitsprogramms, sind drei Aspekte zu berücksichtigen:

- a) die spezifische Wirkung, z. B. die Wirkung eines Tuberkulose-Bekämpfungsprogramms auf die Tuberkulose-Situation,
- b) die Nebeneffekte eines spezifischen Effekts, also eventuelle positive Rückwirkungen auf die gesundheitliche Situation im allgemeinen und
- c) die sozio-ökonomischen Auswirkungen.

Zur Ermittlung von Punkt c) wären umfangreiche Forschungsarbeiten erforderlich.

Methoden der oben geschilderten Art bieten Möglichkeiten einer Erfolgskontrolle auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung. Auf der Ebene der praktischen Durchführung besteht die Möglichkeit, Effizienz und Wirkung des gesundheitserzieherischen Teils eines gesundheitlichen Programms festzustellen, auf der Ebene der theoretischen Konzeption kann eine Synthese der gesamten Erfahrungen erstellt werden, die im Rahmen eines Gesundheitsprogramms gesammelt worden sind.

Für die Durchführung einer *Kosten-Nutzen-Analyse* müssen drei Voraussetzungen gegeben sein:

- a) eine genaue Darstellung der gesundheitlichen Vorteile einer gesundheitlichen Maßnahme, so daß eine Quantifizierung vorgenommen werden kann;
- b) Bekanntheit der Kosten sowie des Bereichs, auf den sie sich beschränken, und
- c) Daten anhand derer es möglich ist, einen Zusammenhang zwischen bestimmten genau definierten Kosten und irgendeinem genau abgrenzbaren Nutzen herzustellen, der sich aus dem Gesundheitsprogramm ergibt.

Diese drei Voraussetzungen können jedoch in der Gesundheitserziehung eindeutig nicht erfüllt werden.

Mehr Forschung ist erforderlich

*Nachstehend sind zwei wichtige, auf Plenarsitzungen
abgegebene Erklärungen wiedergegeben, die sich auf Schlüssel-
probleme beziehen*

Gewichts-Kontrolle: Suche nach persönlichkeitsrelevanten Methoden

von Prof. **H. D. Cremer**
Direktor, Institut für Ernährungswissenschaft I
der Justus-Liebig-Universität, Giessen
Bundesrepublik Deutschland

Einige Statistiken zeigen nur etwa 3% der Menschen, die versuchen wirklich auf die Dauer erfolgreich abzunehmen. Diese Zahl ist erschütternd, sie ist ein Zeichen dafür, daß die angewandten Methoden hinterfragt werden müssen. Praktisch gibt es vier grundsätzliche Methoden, um abzunehmen.

Die erste, einfachste und üblichste ist die Diätberatung durch den Hausarzt, eine Ernährungsberaterin oder eine Diätambulanz, wo dem Übergewichtigen gesagt wird, was er essen und welche Speisen er meiden sollte, und wo er eine Kalorientabelle bekommt, damit er seinen Kalorienkonsum berechnen kann.

Eine weitere Methode ist die sogenannte Null-Diät: Der Patient bekommt einige Tage oder sogar Wochen überhaupt nichts zu essen. Eine solche Diät ist natürlich nur unter klinischen Bedingungen durchführbar. Der Patient nimmt mit Sicherheit sehr viel ab, hat aber nach seiner Entlassung eine kritische Zeit durchzustehen, weil er schon bald versucht sein wird, in seine alten Gewohnheiten zurückzufallen und wieder zuzunehmen.

Eine dritte Möglichkeit ist die Computer-Diät. Man schickt seine körperlichen Daten an eine Zentrale und bekommt dann einen individuellen Essensplan für die nächsten vier Wochen. Danach schickt dann der Kunde regelmäßig seinen Bericht ein und bekommt jedes Mal eine Antwort vom Computer. So wird die Gewichtskurve reguliert. Auch mit dieser Methode haben viele Erfolg.

Eine weitere Methode ist die Gruppentherapie. Die Gruppentherapie ist vor allem von der Behandlung Süchtiger her bekannt. Das Zuvielleßen — insbesondere die große Vorliebe für Süßigkeiten — ist eine besondere Art der Sucht, und so ist

es verständlich, wenn Selbsthilfegruppen sich dieser Methode bedienen, um ihren Mitgliedern zu helfen abzunehmen.

Tatsächlich gibt es nicht nur eine, sondern mehrere Methoden: Personen, die mit der einen erfolglos waren, mögen mit der anderen langfristige Gewichtsreduktion erzielen. Es gibt nicht eine Methode, die die beste für alle wäre.

Gegenwärtig wird in Zusammenarbeit mit Psychologen in der Bundesrepublik Deutschland untersucht, ob es irgendwelche psychologischen Charakteristika gibt, die eine Prognose darüber gestatten, welche der verschiedenen Methoden für den Einzelnen am geeignetsten sind.

Berücksichtigung physiologischer Zusammenhänge beim Abnehmen

von Dr N. D. Milev
Gesundheitsministerium, Bulgarien

Fettleibigkeit sollte nicht nur als medizinisches und psychologisches Problem angesehen werden; ein weiterer wichtiger Aspekt ist der physiologische Aspekt und die Tatsache, daß die Leistung des Menschen entweder erhalten oder sogar noch gesteigert werden muß.

In Bulgarien sind zwei Sanatorien gegründet worden, wo die Patienten sich 55 Tage lang unter ärztlicher Kontrolle einer Reduktionsdiät unterziehen bei gleichzeitiger erhöhter körperlicher Aktivität. Die Kalorienzufuhr betrug 1.600 Kalorien, dabei belief sich jedoch das durch die vermehrte körperliche Betätigung bedingte Kaloriendefizit auf 5.000 Kalorien. Unter diesen Bedingungen ist das Abnehmen kein Problem, und die Patienten nahmen auch bis zu 7 kg pro Monat ab. Während dieser zwei Monate, in denen sie in einer geschlossenen Gemeinschaft leben, bilden sich auch neue Eßgewohnheiten heraus. Eine Längsschnittuntersuchung zeigte jedoch, daß der langfristige Erfolg sehr enttäuschend ist: Die meisten Patienten gaben die neu erlernten Verhaltensweisen auf, sobald sie wieder in ihrer alten Umgebung waren. Immerhin — und das ist sehr wichtig — gelang es 30% der Patienten nicht nur, weiter abzunehmen oder ihr Gewicht zu halten, sondern auch ihre Leistung zu steigern.

Daher empfiehlt sich, bei künftigen Untersuchungen auf diesem Gebiet nicht nur die psychologische Seite des Problems zu betrachten, sondern auch auf die physiologischen Prozesse, die sich beim Patienten abspielen, einzugehen. Beim Abnehmen werden die Fettzellen ausgedrückt; die Anzahl der Fettzellen bleibt aber konstant, so daß sie sich bei positiver Kalorienbilanz sofort wieder vollsaugen.

Bei den 30%, die die Reduktionskur erfolgreich abschlossen, hat sich die Relation zwischen aktiver Körpermasse und Gesamtgewicht grundsätzlich geändert. Bei der aktiven Körpermasse war eine relative Steigerung um 26% festzustellen, was nicht nur allgemein zu einer Leistungssteigerung führte, sondern bei den Betroffenen auch zu einer völlig neuen Einstellung gegenüber dem Problem der Fettleibigkeit führte.

FÜNFTER TEIL

**Nationale
Programme
und
Maßnahmen**

Nationale Programme und Maßnahmen

Die nachfolgenden Beiträge basieren auf Berichten von Seminarteilnehmern, die während der Diskussion in den Plenumssitzungen abgegeben wurden. Sie spiegeln die Vielzahl von Bemühungen und Ansätzen in den verschiedenen europäischen Ländern wider, mit denen ein gesundes Leben durch gesunde Ernährung und durch Bewegung gefördert werden soll.

Bulgarien: Ein Vier-Punkte-Programm

von Dr **Boschidar Nalbanski**
Institut für Gesundheitserziehung, Sofia

Die rasche wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre hat in Bulgarien u.a. auch zu wesentlichen qualitativen und quantitativen Änderungen in der Ernährungsweise der Bevölkerung geführt. Heute besteht ihre Nahrung zu 13% aus Eiweiß, zu 27% aus Fetten und zu 60% aus Kohlehydraten. Die Zufuhr an Eiweiß tierischen Ursprungs deckt nicht nur den physiologischen Bedarf, sondern überschreitet ihn bereits. Der Verbrauch biologisch wertvoller Nahrungsmittel, vor allem tierischen Ursprungs, ist deutlich angestiegen. Dennoch ist bei der Bevölkerung über 30 Jahre ein übermäßiger Konsum von Teigwaren, tierischem Fett und Zucker zu beobachten, der zu einer ständigen Überernährung führt. Tatsächlich sind zwischen 15% und 30% (regionale Schwankungen) der Menschen übergewichtig.

Gleichzeitig hat sich infolge der wissenschaftlich-technischen Revolution, der weitgehenden Mechanisierung und Automatisierung der Produktionsprozesse (selbst in den Dörfern) die Natur der menschlichen Arbeit geändert. Aufgrund der geringeren körperlichen Anstrengung ist der Energiebedarf heute niedriger. So entsteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der Nahrungszufuhr und dem Energiebedarf des Individuums. Damit sind Fehlernährung und Bewegungsmangel zu Risikofaktoren im Hinblick auf einige der häufigsten Krankheiten unserer Zeit — insbesondere die Herz-Kreislauf-Krankheiten — geworden. In Bulgarien sind

die Herz-Kreislauf-Krankheiten der größte Gegner der Bevölkerung: Über 50% der Mortalität und 40% der ständigen Invalidität sind auf sie zurückzuführen.

Dieses Problem wird auf zweierlei Weise angegangen:

1. Rechtzeitige, sachgemäße Behandlung in hochspezialisierten Zentralstellen, die in jedem der insgesamt dreißig Bezirke Bulgariens geschaffen worden sind. Übrigens hat Bulgarien als erstes Land der Welt schon im Jahre 1965 eine Melde- und Behandlungspflicht für Herz-Kreislauf-Krankheiten eingeführt.

2. Systematische Prävention im weitesten Sinne des Wortes. Hier wird vorwiegend eine Verbesserung schlechter Ernährungsgewohnheiten und damit ein Abbau der Risikofaktoren, die sie darstellen, angestrebt; dabei sind gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung von außerordentlicher Bedeutung.

In diesem Zusammenhang hat sich das bulgarische Institut für Gesundheitserziehung zwei Ziele gesetzt:

- a) Hebung des allgemeinen Gesundheitsstandards durch Aufklärung über eine angemessene Ernährungsweise
- b) Propagierung von körperlicher Bewegung, Sport und einer gesundheitsgerechten Nutzung der Freizeit einschließlich des Urlaubs.

Die Ergebnisse von Feldstudien über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, ihre Ernährungsgewohnheiten sowie gesundheitliche Aspekte der Freizeitgestaltung dienen als Grundlage für die Festlegung der Aufklärungsinhalte.

Zu diesem Zweck wurde ein differenziertes Programm aufgestellt, das folgende Maßnahmen umfaßt:

1. *Aufstellung von Richtlinien für nationale Programme.* Zur Propagierung von richtiger Ernährung, körperlicher Bewegung, Sport und gesunden Urlaubsformen wurden vom Institut für Gesundheitserziehung als der zuständigen Behörde nationale Programme ausgearbeitet, nach denen sich auch andere wissenschaftliche Institute richten. An der Verwirklichung dieser Programme wirken das Gesundheitsministerium, das Bildungsministerium, das Ministerium für Ernährung und Landwirtschaft, das Komitee für Jugend und Sport und andere Stellen mit.

2. *Gezielte, systematische Gesundheitserziehung.* Ernährung und Bewegung nehmen viel Raum ein in den systematisch aufgebauten Gesundheitserziehungsprogrammen, zu denen Vorträge, Filme, Kurse u.ä. gehören. Gemeinsam mit dem Bulgarischen Roten Kreuz hat das Institut «Arbeitskreise» organisiert, die sich mit Themen wie «Gesundheit und langes Leben», «Ernährung und Gesundheit» und «gesundheitliche Aspekte der häuslichen Umwelt» befassen. In den letzten sieben Jahren entstanden über 7.500 solcher Arbeitskreise, die mehr als 175.000 Menschen die Möglichkeit gaben, sich auf diesem Wege Gesundheitswissen anzueignen.

Für Leiter und Teilnehmer dieser Arbeitskreise sowie für Referenten hat das Institut eine Vielzahl von Lehrbüchern und Anschauungsmaterialien herausgegeben. So wurden in den letzten fünf Jahren zum Thema «Ernährung» und zum Themenkreis «körperliche Bewegung, Sport und gesunder Urlaub» 60 verschiedene Falblätter, 38 Plakate, 62 Broschüren und 25 Veröffentlichungen in Auflagen von mehreren hunderttausend Stück gedruckt. Außerdem entstanden einige Filme, viele Tonbandaufnahmen und anderes Aufklärungsmaterial. Besonderer Beliebtheit erfreute sich eine Taschenbuchreihe mit dem Titel *Ernährung und Gesundheit*,

in der jedes Jahr sechs Bändchen in einer Auflage von 15.700 Stück erscheinen. Darüber hinaus ist in der Tagespresse und in Periodika, besonders in der Zeitschrift *Sdrave* (Gesundheit) viel zu diesen Themen zu finden. Außerdem werden auch regelmäßig Rundfunk- und Fernsehsendungen ausgestrahlt.

3. *Punktuelle Maßnahmen der Gesundheitserziehung.* Hier sind Vorträge, Diskussionen, Fragestunden, Veranstaltungen unter Mitwirkung namhafter Trophologen u.a. zu nennen.

4. *Förderung der Eigeninitiative der Bevölkerung im gesundheitlichen Bereich auf breiter Basis.* Besondere Aufmerksamkeit gilt einer systematischen Einbeziehung der ganzen Bevölkerung in die bewußte, aktive Förderung der Gesundheit. Es werden Gesundheitswettbewerbe, Sonderveranstaltungen, Quiz u.ä. organisiert, bei denen die Teilnehmer gesundheitliche Ratschläge bekommen und Gelegenheit haben, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

In vielen Städten sind « Gesundheitszonen » geschaffen worden, in denen die Bevölkerung ihre Freizeit in natürlicher Umgebung verbringen und unter der Kontrolle von Ärzten und Sportfachleuten Sport treiben und Spielen nachgehen kann. Die Kurorte am Meer bzw. im Gebirge bieten Berufstätigen viele Möglichkeiten zur Entspannung und notfalls auch zu ärztlicher Behandlung.

Wer alle Probleme, die mit dem Bereich Ernährung und Bewegung zusammenhängen, lösen will, steht vor einer komplexen Aufgabe, bei der viele Faktoren zu berücksichtigen sind. In Bulgarien gibt es bisher noch keine Untersuchungen über die konkreten Auswirkungen gesundheitserzieherischer Maßnahmen auf den allgemeinen Gesundheitszustand. Es gibt jedoch Pläne für entsprechende Forschungsarbeiten. Vorläufig haben wir allerdings allen Grund, anzunehmen, daß die wissenschaftlich fundierten gesundheitlichen Aufklärungs- und Erziehungsprogramme des Instituts sich positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgewirkt haben.

Dänemark: Ein neuer Weg in der Informationsvermittlung

von Dr **Peter Schnohr**
Hjerteforeningen (Dänische Herz-Stiftung), Kopenhagen

Im Jahre 1910 starben 15% der Dänen an Herz-Kreislauf-Krankheiten. Heute sind mehr als 50% der Todesfälle auf diese Krankheiten zurückzuführen. Alle 12 Minuten erleidet in Dänemark ein Mensch einen Herzanfall. Diese alarmierende Entwicklung ist nicht nur darauf zurückzuführen, daß wir heute länger leben als 1910. Traurigerweise treten Herzerkrankungen auch bei immer jüngeren Menschen auf. Dies ist eine der Hauptursachen dafür, daß die durchschnittliche Lebenserwartung des dänischen Mannes etwa 1960 zu sinken begann: Anfang der 50er Jahre konnte ein vierzigjähriger Mann im Durchschnitt damit rechnen, noch weitere

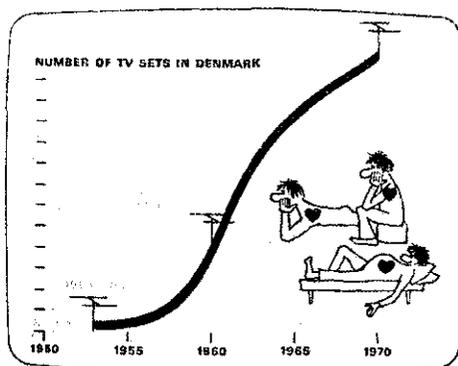
43,3 Jahre zu leben. 1965 war diese Zahl auf 33,5 Jahre gesunken. Inzwischen ist der Wert erfreulicherweise wieder leicht angestiegen. 1968 konnte ein vierzig-jähriger Mann damit rechnen, daß er noch weitere 33,9 Jahre leben würde.

Dieser Text stammt aus einer inzwischen bekannt gewordenen Broschüre, die von der Dänischen Herz-Gesellschaft herausgegeben wurde. Die Gesellschaft wurde 1962 zur Unterstützung der wissenschaftlichen Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Krankheiten gegründet. Außerdem ist es ihre Aufgabe, die jeweils neuesten Erkenntnisse über die Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in die Öffentlichkeit zu tragen.

Im Rahmen dieses Programms hat die Dänische Herz-Gesellschaft den kleinen «Herz-Mann» zu ihrem Botschafter in Dänemark gemacht. Inzwischen ist er

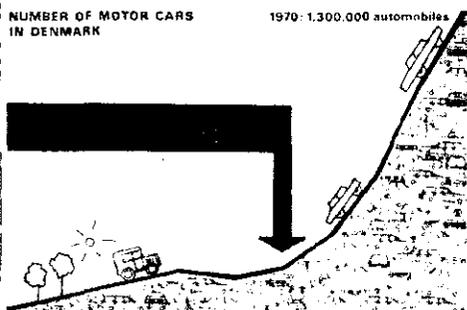
Zwei Feinde des menschlichen Herzens: Fernsehen und Auto. Bei einer Bevölkerungszahl von etwa 5 Millionen hat Dänemark 1,3 Millionen Fernsehgeräte und genau so viele Kraftfahrzeuge.

Our everyday lives are packed with all kinds of technical aids which—quite frankly—have eliminated much of the need for movement and exercise on our part. Many of us live our entire lives lying down, sitting or standing. Transportation usually takes the form of a bus, train or automobile. Only on rare occasions do we use the bicycle, for example.



NUMBER OF MOTOR CARS IN DENMARK

1970: 1.300.000 automobiles



It is not by accident that about 40% of our body weight is made up of muscles. If we fail to use our organs, they deteriorate. The muscles soften, bones become brittle, our content of blood is reduced, the heart weakens, and our organs slow down. And—perhaps one of the most important points of all—the risk of a heart attack increases.

den Schulkindern ebenso vertraut geworden wie den Erwachsenen. Man findet ihn auf Postern, Bussen, T-Shirts; außerdem ist er der Held einer Broschüre und eines Films mit dem Titel « Cross your heart and hope to live ». Sein Auftauchen signalisierte in Dänemark eine methodische Wende in der Vermittlung der Information an die Öffentlichkeit. Nach dieser Neuerung nahm das Interesse der Öffentlichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten schlagartig zu, was sich in einem Ansteigen der Mitgliederzahl der Gesellschaft von 19.000 auf 50.000 Mitglieder innerhalb von drei Jahren sowie in einer erheblichen Zunahme der finanziellen Unterstützung ausdrückte.

Bundesrepublik Deutschland: Die Kampagne „Ernährung und Bewegung“

von **Rosmarie Erben**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Als Schwerpunktprogramm führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 1975-1977 die Kampagne „Ernährung und Bewegung“ durch. Maßgebende Institutionen und Organisationen sind dem Ruf zur Mitarbeit bereitwillig gefolgt. Im Sinne einer gemeinsamen Zielsetzung unter dem Motto „Essen und Trimmen — beides muß stimmen“ wurde eine Arbeitsgemeinschaft „Ernährung und Bewegung“ gegründet, der folgende Mitglieder angehören:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung

Deutscher Sportbund

Ständiger Ausschuß der obersten Gesundheits- und Kultusbehörden der Länder, Erweiterter Arbeitskreis bei der BZgA

Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände

Bundesinstitut für Sportwissenschaft

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

DAS RAHMENKONZEPT

Was soll erreicht werden?

Die breite Bevölkerung ist:

- über die Probleme eines Zusammenwirkens von althergebrachten Ernährungsgewohnheiten und verminderter körperlicher Beanspruchung in der modernen Industriegesellschaft aufzuklären;

- über die Möglichkeiten, sich durch körperliche Bewegung und zeitgemäße Ernährung gesund zu erhalten, zu *informieren*; und
- zu einem zeitgemäßen und bewußten Verhalten in den Bereichen der Ernährung und Bewegung zu *motivieren*.

Begründung:

- Die Probleme der Über- und Fehlernährung in unserer Gesellschaft werden immer dringender.
- Ein Zusammenhang zwischen den sogenannten Zivilisationskrankheiten und den Lebensbedingungen auch im Bereich der Ernährung und Bewegung besteht zweifelsfrei.
- Krankheiten, die z.B. durch falsche Ernährung verursacht oder begünstigt werden, stellen volkswirtschaftlich eine erhebliche Belastung dar.
- Ein qualitatives und quantitatives Wissensdefizit besteht hinsichtlich der Bedeutung einzelner Nährstoffe, ihrer Wirkungen, der zeitgemäßen Ernährungsmöglichkeiten überhaupt und auch hinsichtlich der gesundheitlichen Funktion der Bewegung.
- Selbst bei Informierten verhindert häufig die gewisse „Trägheit durch Gewohnheiten“ eine Verhaltensänderung.

Was soll bei wem erreicht werden ?

Die breite Öffentlichkeit sollte möglichst umfassend von der Aufklärungskampagne erfaßt werden, damit auf die Dauer in der Allgemeinheit eine neue Einstellung zugunsten eines gesundheitsbewußteren Lebens aufgebaut wird.

In der ersten Phase der Kampagne soll daher über ein einheitliches Symbol und einen Slogan, die prägnant, klar und leicht verständlich den Grundgedanken der Kampagne versinnbildlichen, die Aufmerksamkeit auf das Thema und den Zusammenhang der beiden Bereiche Ernährung und Bewegung gelenkt und die Kampagne als solche bekannt gemacht werden.

Danach muss jedoch die Aufklärung über richtiges Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Abbau tradierter Einstellung gezielt nach einzelnen Bevölkerungsgruppen vorgenommen werden, damit die konkreten Probleme durch Motivation zum Handeln mit praktischen Programmen gezielt angegangen werden können.

Nach Einleitung der Kampagne 1975 durch die Ansprache der breiten Öffentlichkeit, soll die Ansprache der Zielgruppen sowohl im privaten Bereich (Schwergewicht: Haushalt/Familie) als auch im beruflichen Bereich (Schwergewicht: Gemeinschaftsverpflegung) ansetzen.

Folgende Zielgruppen wurden festgelegt: 1976/77

Familie/Haushalt:

- Mütter mit Kindern
- Hausfrauen.

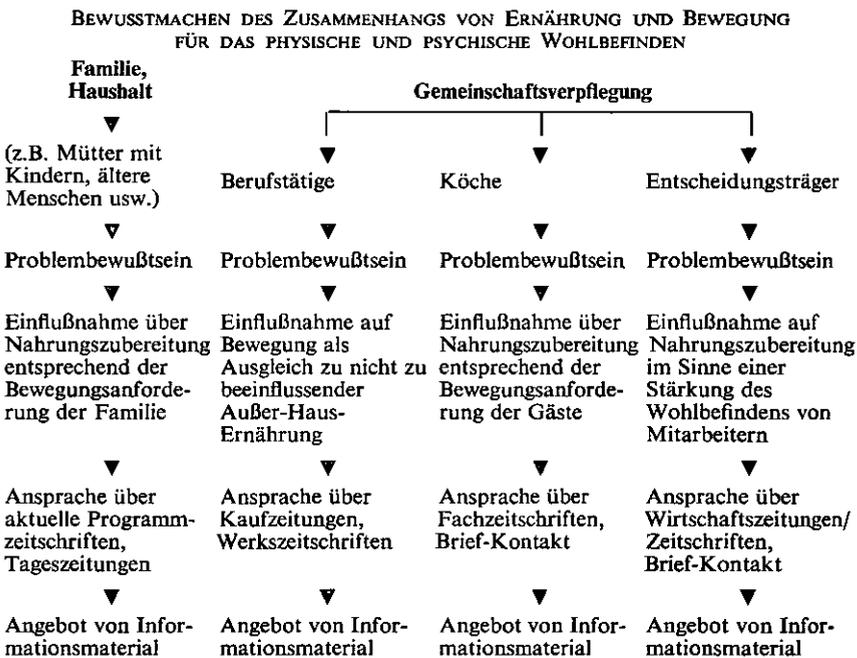
Gemeinschaftsverpflegung: 1977

- Berufstätige (Tischgäste)
- Köche
- Entscheidungsträger (z.B. Betriebsräte, Werksärzte, Geschäftsführung).

Begründung:

- Die „interpersonelle Kommunikation“ (Mund zu Mund-Information) soll die Kampagne maßgeblich verstärken.
- In der Familie als auch am Arbeitsplatz werden mit allem Kontakt mehrere Personen angesprochen (Ökonomie).
- Sowohl in der Familie als auch im beruflichen Bereich (Kollegen) kann das Thema „Ernährung und Bewegung“ besprochen werden (Multiplikation).
- Viele Einzelpersonen werden auf diese Weise in beiden „Haupt-Lebensbereichen“ angesprochen und motiviert (Intensität).

ZIELGRUPPEN-STRATEGIE



Wie soll das Ziel erreicht werden?

- Durch einen leicht *provozierenden Ansprachestil* (z.B. in *Headlines* von Anzeigen) sollen das Thema aktualisiert und das Interesse geweckt werden.
- Durch eine *unterhaltende Ansprache* soll das Interesse länger gebunden werden.
- Durch eine *informierende Ansprache* sollen das Wissen und die Motivation nachhaltig aufgebaut werden.

Begründung:

- Bei der Fülle der Informationen und Nachrichten, die auf den Einzelnen einströmen, hat die überraschende Art der Ansprache eine größere Chance beachtet und aufgenommen zu werden.
- Eine gewisse unterhaltende bzw. spielerisch aufzunehmende Information wird seltener abgelehnt als eine nüchterne Information.
- Nur echte, glaubwürdige Informationen, die einen klaren Nutzen bieten, werden nachhaltig aufgenommen und können motivieren.

Womit soll das Ziel erreicht werden?

Die Gesamtkampagne „Ernährung und Bewegung“ besteht aus einem koordinierten Bündel von Maßnahmen, die jeweils aufeinander abgestimmt ganz bestimmte Aufgaben wahrnehmen. Die wichtigsten Hauptbereiche dabei sind:

- Anzeigen in ausgewählten Medien
- Broschüren, Faltblätter, Poster und sonstige Drucksachen
- Fernsehen
- Pressearbeit
- sonstige flankierende Maßnahmen.

Alle Maßnahmen der Kampagne werden deutlich erkennbar mit dem einheitlichen Symbol „Trimmhand mit Löffel“ und dem Slogan „Essen und Trimmen — beides muss stimmen“ versehen.

Frankreich: Ein Modell für methodisches Vorgehen

von Dr Jacques Bassot
Union Régionale de Sociétés de Secours
Minières du Nord, Lens

In Frankreich leistet die *Mutualité sociale agricole française*, eine große Versicherungsgesellschaft mit sieben Millionen Versicherungsnehmern, intensive Aufklärungsarbeit auf dem Gebiet der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Bei der Programmplanung wurde verschiedenen Fehlern, an denen gesundheitserzieherische Bemühungen in der Vergangenheit gescheitert sind, besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Sie lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

1. *Fehler vor Anlaufen einer Kampagne*

- Es werden zu viele und zu hoch gesteckte Ziele verfolgt.
- Es wird versäumt, zunächst eine epidemiologische Untersuchung durchzuführen.

- Es wird versäumt, die Motivationen des Verhaltens, dessen Änderung angestrebt wird, zu untersuchen.
- Aufklärung wird mit Erziehung verwechselt.
- Tabus werden rücksichtslos verletzt.

2. Fehler während einer Kampagne

- Die Botschaften gehen über die Köpfe der Zielpersonen hinweg.
- Die Botschaft wird nur über eines der Massenmedien vermittelt.
- Es wird versäumt, die Meinungsbildner anzusprechen.
- Man ignoriert den Grundsatz, nach dem eine Botschaft wiederholt und in den verschiedensten Formen dargeboten werden muß.
- Emotionale Reaktionen werden verwechselt mit solchen Reaktionen, die zu Verhaltensänderungen führen.
- Die für die gesundheitserzieherische Arbeit erforderliche Zeit wird massiv unterschätzt.

3. Fehler nach Abschluß der Kampagne

- «Gefühlsmäßige» Erfolgskontrolle wird verwechselt mit objektiver Erfolgskontrolle.
- Man ist nicht bereit, aus Fehlern zu lernen.

Die im folgenden geschilderte Methode soll dazu dienen, diese Fehler zu vermeiden.

Erste Phase: Feststellung des epidemiologischen Ist-Standes

Während dieses Stadiums wurden die epidemiologischen Daten erhoben, die als Grundlage für ein gesundheitserzieherisches Programm dienen sollten. In der *Mutualité sociale agricole* werden — wie in vielen Institutionen, von denen wir abhängig sind — die maßgebenden Persönlichkeiten, die Entscheidungsträger, die Gesellschafter gewählt. Bei der *Mutualité sociale agricole* handelt es sich dabei nicht nur um Nicht-Mediziner, sondern in mehreren Fällen sogar um einfache Bauern. Damit sind wir gezwungen, die technischen Daten so darzustellen, daß sie auch dem Nicht-Fachmann verständlich sind und wir von seinem gesunden Menschenverstand und seinem sicheren Urteil profitieren können.

So wurde für diesen Kreis eine epidemiologische Übersicht über die Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik einmal für die Gesamtbevölkerung und einmal für die Zielgruppe zusammengestellt. Dann wurden die Kriterien erläutert, nach denen im allgemeinen entschieden wird, bei welchen der Krankheiten, für die wir menschlich und wirtschaftlich den höchsten Preis zahlen, gesundheitliche Aufklärung betrieben werden soll, weil sie am meisten Aussicht auf Erfolg hat. Von diesen Kriterien wird in Zusammenhang mit der vierten Phase noch einmal die Rede sein.

Zweite Phase: Erste Auswahl möglicher Zielsetzungen

Anhand des in der ersten Phase ermittelten Datenmaterials wurden folgende Feststellungen getroffen:

1. Unter den Krankheiten, für die wir menschlich und wirtschaftlich den höchsten Preis zu zahlen haben, standen die Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Mortalitätsstatistik an erster und in der Morbiditätsstatistik an zweiter Stelle.

2. An erster Stelle in der Morbiditätsstatistik stehen die Geisteskrankheiten; doch können sie beim gegenwärtigen Stand der Dinge nicht vorrangiges Ziel aufklärerischer Bemühungen sein, weil viele dieser Krankheiten teilweise von sozioökonomischen Faktoren abhängen, auf die die Menschen nur geringen Einfluß haben.
3. Bestimmte Herz-Kreislauf-Krankheiten dagegen sind vermeidbar, weil mehrere Risikofaktoren weitgehend vom Einzelnen und seinen Entscheidungen abhängen.

Nach einer systematischen Prüfung der verschiedenen Daten, hat die Nationale Kommission der *Mutualité sociale agricole* sich zunächst grundsätzlich damit einverstanden erklärt, daß den vermeidbaren Herz-Kreislauf-Krankheiten Priorität eingeräumt wird.

Dritte Phase: Untersuchung der für das betreffende Gebiet relevanten Gesundheitspraktiken.

In dieser Phase, die im Augenblick anläuft, soll folgendes untersucht werden:

- Über welche Aspekte der in der zweiten Phase ausgewählten Krankheiten ist die Öffentlichkeit gut, worüber schlecht und worüber gar nicht informiert?
- Woher stammen die Verhaltensweisen, die die Krankheit begünstigen, und wie stark sind sie ausgeprägt?
- Lassen die sozio-ökonomischen Bedingungen der Zielgruppe eine Änderung der entsprechenden Gewohnheiten überhaupt zu?
- Und schließlich: Mit welcher Art bzw. Form von Botschaft könnte die Öffentlichkeit am ehesten angesprochen werden?

Vierte Phase: Festlegung der endgültigen Ziele

Gegenstand gesundheitserzieherischer Bemühungen im strengen Sinne des Wortes können alle Krankheiten sein, die folgende Kriterien erfüllen:

- Auftreten, Verbreitung, Andauern oder Verschlimmerung der Krankheit ist nur durch gesundheitsschädliches Verhalten bedingt.
- Die Betroffenen und ihre Umgebung sind schlecht oder gar nicht über die Gefährlichkeit ihres Verhaltens informiert.
- Eine Ersetzung der gefährlichen Verhaltensweisen durch gesunde Verhaltensweisen ist der Zielgruppe ohne unzumutbaren finanziellen Aufwand, ohne eine erhebliche zeitliche Verzögerung des Erfolgs und ohne einen offenen Konflikt mit tief verwurzelten Gewohnheiten möglich. So können wir z.B. nicht in Gegenden, wo traditionsgemäß viel tierisches Fett gegessen wird, eine Kampagne gegen diese Fette starten, weil sie die Bildung von Atheromen begünstigen.
- Die fraglichen Krankheiten gehören eindeutig zu denen, die uns menschlich und wirtschaftlich am teuersten zu stehen kommen.

Fünfte Phase: Erarbeitung der Botschaften

Für diese Phase sind zwei wichtige Vorarbeiten zu leisten: die Aufstellung eines Inventars der finanziell tragbaren Streuwege, um eine optimale Wahl treffen zu können, und Pre-Tests.

Voraussetzung für eine optimale Streuung ist eine systematische Erfassung der verfügbaren erschwinglichen Streuwege.

Die *Mutualité sociale agricole* wird folgende Mittel einsetzen: schriftliches Material und Veranstaltungen, um die gewählten Vertreter für die Problematik zu sensibilisieren; ebenfalls schriftliches Material und Veranstaltungen, um die Ärzteschaft und medizinisch-soziales Personal für die Problematik zu sensibilisieren und entsprechend vorzubereiten; die Fachpresse; Veranstaltungen für Fachleute; extra zu diesem Zweck für ein Dorf oder für mehrere Dörfer gemeinsam organisierte Veranstaltungen; Broschüren, die — insbesondere bei ärztlichen Untersuchungen — persönlich ausgehändigt werden, und schließlich die Einrichtung von Leserbriefkästen bei den verschiedenen Fachzeitschriften.

Von entscheidender Wichtigkeit sind dabei Pre-Tests, ohne die nicht gewährleistet ist, daß das Material dem Leser verständlich ist und motivierend wirkt.

Sechste Phase: Streuung der Medien

Wenn eine Botschaft wirklich ankommen und sich dem Menschen einprägen soll, muß sie ihn auf verschiedenen Wegen erreichen — *mindestens* aber auditiv und visuell; noch besser ist es, wenn sie ihm durch Gestik vermittelt wird. Wenn nur vom Radio, vom Fernsehen oder von der Presse Gebrauch gemacht wird, verringern sich die Wirkungsmöglichkeiten erheblich. Es ist wichtig, dieselbe Botschaft — und sei sie noch so einfach und einleuchtend — wiederholt in verschiedener Form darzubieten. Außerdem müssen auch die wichtigsten Fragen, die der Empfänger dieser Botschaft sich stellt, klar beantwortet werden.

Siebente Phase: Evaluation der Sofortreaktion

Durch Beobachtungen an Ort und Stelle mitten unter der angesprochenen Bevölkerung soll versucht werden, festzustellen, ob die Botschaft positiv aufgenommen wird und Interesse zu wecken vermag. Falls dies nicht der Fall ist, sind die erforderlichen Korrekturen bzw. Änderungen vorzunehmen.

Achte Phase: Erfolgskontrolle

Diese Phase kann frühestens ein Jahr nach Anlaufen der Aufklärungsaktion folgen. Mit Hilfe von Kontrollgruppen und Pilotgruppen, die bei der epidemiologischen Untersuchung gebildet worden sind, werden Vergleiche einmal im Hinblick auf die emotionale Entwicklung auf dem bearbeiteten Gebiet und zum anderen im Hinblick auf eine eventuelle Änderung des Verhaltens in der gewünschten Richtung angestellt. Wenn die bekämpfte Krankheit ohne eine entsprechende Änderung des gesundheitsschädlichen Verhaltens zurückgegangen ist, muß man sich eingestehen, daß diese Tatsache anderen Faktoren und nicht der Gesundheitserziehung zuzuschreiben ist. Z. B. könnten aus finanziellen Gründen bestimmte teure Nahrungsmittel weniger gekauft worden sein.

Schlußbetrachtung

Man hat der Gesundheitserziehung lange Zeit ein blindes, unmethodisches Vorgehen vorgeworfen. Diese Zeiten sind nun vorüber. Zahlreiche Erfahrungen in den verschiedensten Ländern der Erde haben vielmehr bewiesen, daß die

Gesundheitserziehung über eine Methode verfügt, die Flexibilität mit Präzision und Klarheit verbindet. In dem vorliegenden Artikel wurden ausschließlich die Aspekte der Gesundheitserziehung untersucht, bei denen es spezifisch um die körperliche Gesundheit des Menschen geht. Zweifellos wären solche methodologischen Bemühungen jedoch auch auf dem Gebiet der sozialen Gesundheit von großem Nutzen.

Österreich: Hauptzielgruppe sind Jugendliche

von Dr Karl Schindl
Sektionschef i.R.
Österreich Institut für Gesundheitsvorsorge, Wien

Wie jede Erziehungsbemühung hat auch die Gesundheitserziehung hinsichtlich Ernährung und Bewegung die günstigsten Aussichten und die beste Wirkung beim Kleinkind und beim Schüler. Entsprechende Maßnahmen sind in Österreich durch den Mutter-Kind-Paß getroffen worden und durch die im Schulunterrichtsgesetz festgelegte Gesundheitserziehung in der Schule seit 1.9.1974 im Gange.

Die Generation der Erwachsenen darf trotz aller Enttäuschungen auf dem Gebiete der Gesundheitserziehung nicht vernachlässigt werden, wenn man sich zu dem Standpunkt bekennt, daß das Vorbild im Elternhaus auch für die Gesundheitserziehung der Kinder von entscheidender Bedeutung ist. Dabei ist die Information der Mitbürger in Österreich sehr intensiv und sie wird weiter gesteigert.

Im Bereich « Ernährung und Bewegung » stehen dabei folgende Ziele im Vordergrund:

Entwicklung eines positiven Ansatzes, also u.a. (1) Ausnutzung des psychologisch richtigen Zeitpunkts — etwa Schwangerschaft oder Entbindung, Urlaub u.ä. —, zu dem der Mensch für eine gesundheitserzieherische Ansprache besonders empfänglich ist, und (2) Herstellung einer Verbindung zwischen Aufklärung und angenehmen Empfindungen — etwa der Freude am Schlanksein, dem Stolz auf die eigene Leistung usw.;

Schaffung geeigneter äußerer Bedingungen insbesondere durch Bereitstellung von Sportplätzen und durch Anbieten einer gesunden Verpflegung für Urlauber und Kurgäste;

Ausrichtung der Aufklärung auf die Bedürfnisse des Individuums einschließlich einer besonderen Beratung für diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen (angeborene Mißbildung, Nachwirkungen einer Krankheit) nicht in der Lage sind, die gesundheitlichen Vorteile körperlicher Bewegung und richtiger Ernährung voll zu nutzen;

Förderung regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen; und nicht zuletzt

Stabilisierung neu erworbener Verhaltensweisen durch entsprechende weitere Maßnahmen.

Schweiz: Beurteilung der eigenen Gesundheit: Do-it-yourself

von Prof. Dr **Walter Schweizer**

Kardiologische Abteilung, Department für Innere Medizin,
Kantonsspital, Basel

In Basel (Schweiz) findet alljährlich eine zehntägige Messe statt, die «Schweizerische Mustermesse». Bei dieser Gelegenheit errichtet die Sandoz AG auf dem Messegelände einen attraktiven Pavillon in der Absicht, die Besucher über ein besonderes wissenschaftliches Gebiet zu informieren. Einmal wurde das Thema Kybernetik gewählt, ein anderes Mal Probleme der Erziehung, ein drittes Mal Chemie als Naturwissenschaft. 1974 lautete das Thema «Gesundheit des Herzens».

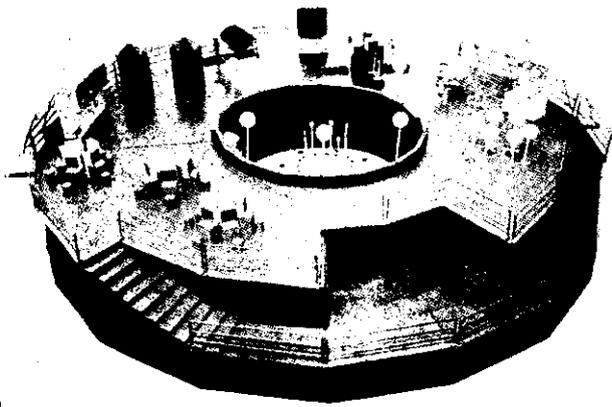
Beauftragt, den Pavillon 1974 mit Herrn A. Abelin (Bern) zu organisieren, beschlossen wir, uns auf zwei Themen zu konzentrieren, die körperliche Leistungsfähigkeit und den arteriellen Blutdruck. Wir setzten uns dabei zwei Ziele, 1. Das Publikum über die Risiko-Faktoren im allgemeinen zu informieren und jedem dann die Möglichkeit zu geben, seine körperliche Leistungsfähigkeit und den Blutdruck messen zu lassen und 2. Daten zu erhalten, welche angesichts der grossen Zahl von Besuchern für die Planung von Massnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit wertvoll sein könnten.

Die Ausstattung des Pavillons erfolgte mit Hilfe des erfahrenen Teams der Sandoz AG, von Präventiv-Medizinern, Kardiologen, Spezialisten für Hypertension und einer Werbeagentur. Dem Publikum wurde eine grosse Auswahl von Möglichkeiten geboten sich zu informieren und zu betätigen. Der Pavillon war farbig und wirkte heiter. Die Messe wurde von rund einer halben Million Menschen besucht. 149,000 derselben besuchten auch den Sandoz-Pavillon.

Im ersten Stock, wo sich der Eingang befand, wurde in manigfaltiger Art und Weise über die Risiko-Faktoren informiert. Der Besucher konnte mit Hilfe



*Ansicht des
Sandoz-Pavillon,
der dem Thema
«Gesundheit des
Herzens» gewidmet
war. Der Pavillon
wurde von fast
150,000 Personen
besucht.*



*Modell des Pavillons:
Der Eingang führte
den Besucher in das
1. Stockwerk, wo
er seine Kenntnisse
über Risiko-Faktoren
testen konnte. Im
unteren Stockwerk
hatte er dann
Gelegenheit, den
Blutdruck und
die körperliche
Leistungsfähigkeit
messen zu lassen.*

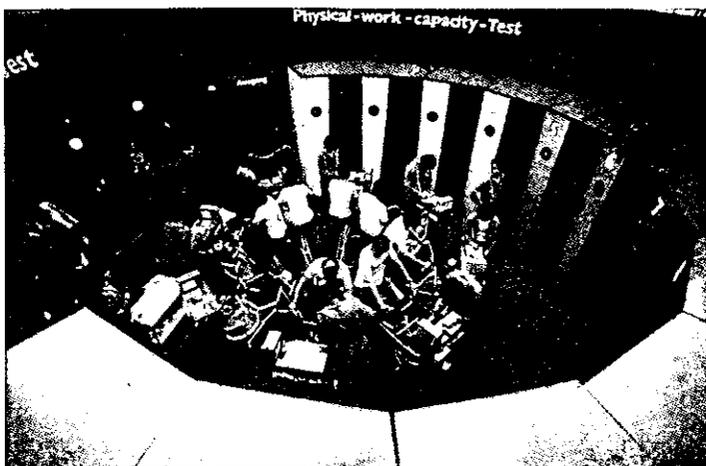
eines kleinen Computers und eines Quiz seine Kenntnisse testen. Er fand ein «Telephon der schlechten Gewohnheiten», das ihm erlaubte, einiges über die «Gesundheitsfeinde» wie Rauchen und Überernährung zu erfahren. Am «Kalorien-Flipper» konnte er nach Alter, Gewicht, Geschlecht und Grad der körperlichen Betätigung seinen idealen Kalorienbedarf erfahren, dann aus einem reichen Angebot ein Menü zusammenstellen und kontrollieren, ob seine Wahl dem Kalorienbedarf entsprach. Wurde die maximale Kalorienmenge erreicht, so leuchtete eine rote Lampe auf und das Spiel war beendet. Nicht wenige waren überrascht zu sehen, wie rasch der Kalorienbedarf gedeckt ist. Es fanden sich ferner Kurzfilme. Einer zum Beispiel zeigte ein sympathisches Paar in einem bekannten Basler Restaurant. Die Frau ass wenig, um die Linie zu halten, während ihr Gatte das bekannterweise hervorragende Essen sehr genoss. Die Kalorienzufuhr beider wurde laufend addiert: Die junge Dame nahm 800 Kalorien zu sich, ihr Begleiter jedoch 3,000. Am Ende des Abends war sie recht gut in Form, er jedoch völlig erschöpft. Ich weiss allerdings nicht, wer die Sympathie des Publikums genoss, der dicke Mann oder die Dame, die so sehr darauf achtete, was sie ass. Andere Filme und eine Reihe von Diapositiv-Serien mit Text und Tonband behandelten die Risiko-Faktoren arterielle Hypertension und körperliche Inaktivität. Um einen der Filme zu sehen, musste der Zuschauer radfahren. Je rascher er fuhr, desto rascher lief der Film, ein grosser Spass für die jüngeren Besucher.

Für die Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit wurden Fahrrad-Ergometer benützt. Da die Messung bekanntlich anstrengend ist, erhielten die Teilnehmer hübsche Leibchen und konnten in Kabinen die Kleider wechseln. Der Test wurde bei 3,021 Personen ohne jede Schwierigkeit oder Komplikation durchgeführt. Von 2,089 Personen lagen zusätzliche Angaben vor, was zusätzliche Informationen ergab. So erwies sich die körperliche Leistungsfähigkeit grösser bei jüngeren Besuchern, bei jenen, die angegeben hatten, täglich zu trainieren, bei den Nicht-Rauchern und bei jenen Leuten, welche höheren Gewichtsklassen angehörten. In etwa 50% der Probanden war der Trainingszustand jedoch ungenügend². Diese Leute erhielten ein speziell für diesen Zweck verfasstes kleines Buch, das

über die Möglichkeiten informiert, die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern und erst noch daran Spass zu finden.

Der Blutdruck wurde insgesamt bei 21,589 Besuchern gemessen. Erfreulich und überraschend war, dass das Kollektiv nach Alter und Geschlecht der Schweizerischen Bevölkerung weitgehend entsprach. Ein abnormer diastolischer Druck wurde bei 4,021 (19%) Personen festgestellt. In 32% der Fälle war der Befund neu. In weiteren 20% war die Hypertension wohl bereits bekannt, jedoch unbehandelt geblieben. Bei 13% endlich war nach Angabe eine Behandlung im Gange, die sich jedoch als ungenügend erwies. Wirksam behandelt war die Hypertension nur in 35%¹. Allen Personen mit Blutdruck-Grenzwerten wurde geraten, ihren Blutdruck kontrollieren zu lassen, denjenigen mit eindeutiger Hypertension, den Arzt aufzusuchen.

Vom ersten Stock aus hatte man eine gute Übersicht über das, was im unteren Geschoss passierte, die Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit (« Physical Work Capacity ») und des arteriellen Drucks.



Einige Monate später wurde die Reaktion der Probanden auf diesen Ratschlag untersucht. Es wurde versucht, auf drei verschiedenen Wegen den Kontakt herzustellen. Das Ergebnis ist aufschlussreich. Auf telephonische Anfrage erhielt man von 95% der Angefragten brauchbare Antworten. Auf schriftlichem Weg war nur in 65% eine brauchbare Antwort zu erhalten, während nur 10% der an die Ärzte verschickten Fragebogen zurückgesandt wurden.

Wir haben den Eindruck, dass der Sandoz-Pavillon eine erstklassige Waffe im Kampf um die Erhaltung der Volksgesundheit darstellt und dass die Beteiligten an dem Versuch ihre Freude hatten.

1. Bühler, F. R., F. Gutzwiller, A. S. de Lèche, F. Baumann und W. Schweizer (1976). Das Hypertonieproblem in der Schweiz: Analysiert anhand einer Blutdruckuntersuchung bei 21,589 Personen. *Schweiz. Med. Wschr.*, 106, 99.
2. Burkart, F., S. Braun, B. Heierli und W. Schweizer. Physical work capacity beim Gesunden — Untersuchung bei 2,089 Personen. In Vorbereitung.

Tschechoslowakei: Zwei parallel laufende Programme

von Dr **Cenek Adamec**
Institut für Gesundheitserziehung, Prag

In der Tschechoslowakei läuft seit nunmehr fast zwanzig Jahren eine Reihe kurzfristig konzipierter Kampagnen zum Thema «Ernährung und Gesundheit». Veranstalter der Kampagnen ist das Institut für Gesundheitserziehung in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Ernährung.

Das Motto, mit dem aktuelle Probleme thematisiert und jeweils andere Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, ändert sich jedes Jahr. Die Gesundheitserziehung findet in den verschiedensten Formen statt — über die Massenmedien, durch Maßnahmen, die sich für Kleingruppen eignen, und durch individuelle Ansprache. Eine Reihe öffentlicher Organisationen wurden zur Mitarbeit aufgefordert: staats- und genossenschaftseigene Geschäfte, verschiedene Institutionen zur Gemeinschaftsverpflegung, das Rote Kreuz usw. Auch regelmäßige Veranstaltungen der Gesellschaft für Ernährung gehören mit zu der Kampagne. Ernährungsprobleme werden in *Volksernährung*, einer Monatszeitschrift, erörtert, während ein spezielles, ebenfalls monatlich erscheinendes Bulletin über richtige Ernährung informiert.

Seit 1972 läuft in der Tschechoslowakei ein Programm des Sportverbands unter dem Namen «Halte dich fit!» Ziel dieses Programms ist es, die Bevölkerung zum



Aus einzelnen Bildern von einem gedruckten Ausschnittbogen wurde dieses Poster zusammengesetzt. Eine Vielzahl von Bildelementen ermöglicht die Visualisierung verschiedener Aussagen. Diese Methode verbessert die aktive Teilnahme von Studenten in der Ernährungserziehung.

Sporttreiben zu ermuntern — insbesondere zu solchen Sportarten, denen der einzelne allein, unabhängig von den einschlägigen Organisationen nachgehen kann. Die Kampagne ist durch eine Reihe von Postern, Abzeichen, Etikette auf Streichholzschachteln, Kalender usw. bekannt geworden. Das wichtigste Medium ist das Fernsehen: Zweimal wöchentlich läuft ein Programm, in dem Übungen vorgeturnt sowie entsprechende Anweisungen gegeben werden. Dank der Mitwirkung eines populären tschechischen Schauspielers, der sich von Anfang an zu Werbezwecken zur Verfügung gestellt hat, ist diese Kampagne außerordentlich bekannt geworden. Außerdem wurde im Rahmen der Kampagne noch für die Trimm-dich-Plätze geworben — eine besondere Art von Spielplätzen mit einfachen Turngeräten, die im Grünen liegen.

Hinsichtlich ihrer Themenstellung sind die beiden Programme nicht vollkommen unabhängig voneinander. Die Gesellschaft für Ernährung hat mit der Veröffentlichung von Handbüchern auch Basismaterial zum Thema « Bewegung » bereitgestellt, während die Werbung für sportliche Betätigung ebenfalls Empfehlungen für eine gesunde Lebensweise — einschließlich einer gesunden Ernährung — gibt.

Wir haben bisher keinerlei Notwendigkeit gesehen, die beiden Kampagnen miteinander zu verbinden.

Ungarn: Von Dissonanz zu Harmonie

von Dr **Sandor Füsti-Molnar**

Wissenschaftliches Zentralinstitut für Gesundheitserziehung
beim Gesundheitsministerium, Budapest

In Ungarn ist das Thema « Ernährung und Bewegung » hochaktuell. Die Ernährungsweise der Bevölkerung ist durch eine überhöhte Kalorienzufuhr — hauptsächlich in Form von Kohlehydraten — gekennzeichnet. Der tägliche Kalorienkonsum beträgt 3.200 Kalorien pro Kopf anstatt der wünschenswerten 2.700 — 2.800 Kalorien — mit dem Resultat, daß etwa 35% der ungarischen Bevölkerung übergewichtig sind. Durch die Hebung des Lebensstandards wird dieser Trend noch verstärkt. In der letzten Zeit ist Ungarn mit seinen 10 Millionen Einwohnern vom « Land der drei Millionen Bettler » zum « Land der drei Millionen Dicken » geworden.

Nicht nur die Gesundheitsexperten, auch die ungarische Regierung nimmt mit Sorge zur Kenntnis, daß die Bevölkerung zu viel isst und sich falsch ernährt. Angesichts dieser Situation hat die Regierung durch Beschluß vom Februar 1973 verschiedene Maßnahmen verfügt, u.a. auch eine Intensivierung der Ernährungsaufklärung. Eines der Hauptziele ist dabei eine Senkung des Verbrauchs an Kohlehydraten (besonders in Form von Süßigkeiten) und eine Steigerung der Proteinzufuhr. Dieses Ziel wird auch noch durch andere Regierungsbeschlüsse gefördert; dazu gehört das sogenannte « Fleischprogramm », ein Programm zur Förderung der Tierzucht, das eine bessere Versorgung der Bevölkerung mit Fleisch und Milchprodukten gewährleisten soll.

Die Problematik wird noch dadurch komplizierter, daß die Ernährung mancher Bevölkerungsschichten (kinderreiche Familien, Bewohner unterentwickelter Gebiete) quantitativ dem biologisch notwendigen Minimum nicht entspricht, so daß eine schichtenspezifische Ansprache erforderlich ist.

Gesundheitserziehungsexperten und Kommunikationswissenschaftler beschäftigen sich schon seit mehreren Jahren mit der Frage, wie man eine angemessene Ernährungsweise fördern könnte. Sie entschlossen sich dann für ein «Zwei-Stufen-Konzept», bei dem zunächst eine Massenansprache — in diesem Fall über das Fernsehen — zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit stattfindet. Die zweite Stufe besteht dann in einer eingehenderen gesundheitserzieherischen Arbeit auf lokaler Ebene. Diese Bemühungen gipfelten in einer Fernsehserie mit dem Motto «Gewogen und zu schwer befunden», die vom Zentralinstitut für Gesundheitserziehung 1973 entwickelt wurde und aus sechs 40-50 minütigen Sendungen bestand, die drei Wochen lang während der abendlichen Hauptfernsehzeit ausgestrahlt wurden. Es war nicht ganz leicht gewesen, dieses Vorhaben durchzusetzen: Zum einen suchten die Fernsehredakteure wissenschaftliche Sensationen, und ihre Sendungen waren nicht auf die breite Masse, sondern auf Akademiker zugeschnitten, zum anderen interessierte sich die Mehrheit der Bevölkerung eher für Krankheiten (Gesundheit hält man für selbstverständlich).

Diese großangelegte Fernsehreihe war als Teil eines komplexen gesundheitserzieherischen Programms konzipiert, das dank des Budapester Rundfunks und der Landespresse in weiten Kreisen bekannt wurde — mit dem Resultat, daß richtige Ernährung in Ungarn bald Tagesthema Nr. 1 war. Dadurch, daß sämtliche Industrie- und Handelsbetriebe der Nahrungsmittelbranche das Programm unterstützten, gewann die Aktion zusätzliche Stoßkraft.

Es gab noch weitere Faktoren, die mit zum Erfolg der Kampagne beitrugen: Zunächst starteten das Ministerium für Binnenhandel und später auch das Ministerium für Landwirtschaft und Ernährung verschiedene Aktionen zur Propagierung einer gesunden Ernährungsweise. Ziel der Aktion des Ministeriums für Binnenhandel war die Aufklärung der Bevölkerung über die Zusammensetzung einer gesunden, abwechslungsreichen Kost und richtiges Kochen. Das Ministerium für Landwirtschaft und Ernährung konzentrierte sich auf die Landbevölkerung, um sie von den traditionellen, ungesunden Ernährungsgewohnheiten abzubringen, die vor allem durch eine hohe Kohlehydratzufuhr und niedrigen Eiweißkonsum charakterisiert sind.

Gleichzeitig mit diesen Aktionen lancierte das Landessportamt eine große Kampagne für den Massensport, um die Bevölkerung von ihrer bewegungsarmen Lebensweise abzubringen. Zu dieser Kampagne gehörte u.a. auch die sogenannte «Lauf-Aktion» mit dem Slogan: «Täglich zehn Minuten laufen = zehn Jahre länger leben!»

In beiden Fällen war die zentrale gesundheitserzieherische Aussage, daß es wichtig ist, Übergewicht zu vermeiden — durch Drosseln der Kalorienzufuhr und/oder durch vermehrte körperliche Bewegung. Obwohl im Laufe der Fernsehkampagne 300 Diätclubs ins Leben gerufen wurden und die Mitglieder ihr Gewicht auch wirklich reduzieren konnten, kann man nicht sagen, daß die Kampagne mit ihrer doppelten Zielsetzung ein nationaler Erfolg gewesen ist. Offenbar sind weitere Anstrengungen und weitere gezielte, schichtenspezifische Aufklärungsmaßnahmen nötig.

Das Zentralinstitut für Gesundheitserziehung und das ungarische Fernsehen planen für das Frühjahr 1975 eine neue, aus sechs 30 minütigen Fernseh- bzw. Rundfunksendungen bestehende Kampagne. Das Ziel dieser zweiten Serie ist die Propagierung verschiedener Sportarten, die jedem zugänglich sind. Außerdem soll die Bevölkerung dazu gebracht werden, ihre Freizeit sinnvoller zu nutzen. Die Kampagne soll von sämtlichen sozialen Institutionen unterstützt werden.

Weiterhin soll ein zusätzliches Programm anlaufen, das in Erinnerung an die Spiele der Griechen « Delphi-Programm » genannt wurde. Ziel dieses Programms ist die Propagierung einer sinnvollen Ernährung und angemessener körperlicher Betätigung sowie die Bewußtmachung des Zusammenhangs der zwischen beidem besteht. Das Programm soll mit dem Wahlspruch des großen ungarischen Musikers Béla Bartók, « Von wohlverstandener Dissonanz laßt uns zurückkehren zur Harmonie! », in Verbindung gebracht werden.

Obwohl die sozialen und politischen Verhältnisse in Ungarn die Durchführung solcher großangelegten Gesundheitserziehungskampagnen mit der aktiven Mitwirkung aller betroffenen Institutionen begünstigen, lassen sich die traditionellen Verhaltensweisen bei den Erwachsenen nur schwer und nur sehr langsam ändern. Programme, bei denen die Massenmedien eingesetzt werden, dienen vor allem der Vermittlung von Kenntnissen und der Auslösung von Bewußtseinsprozessen, ohne daß deswegen jedoch schnelle Erfolge in Form von Verhaltensveränderungen erzielt würden. Eine weitere wichtige Funktion solcher großangelegten Kampagnen besteht darin, daß sie den Weg für eingehendere gesundheitserzieherische Arbeit — etwa in Form von Gruppen- oder Zweierdiskussionen — bereiten. Noch vor wenigen Jahren reagierte die breite Öffentlichkeit auf ein solches Thema kaum, heute beschäftigen sich selbst die Karikaturisten mit diesen Fragen — was als Zeichen des Erfolgs zu verbuchen ist.

Wir müssen uns allerdings darüber im klaren sein, daß allmählich bei den Menschen der Eindruck entsteht, daß die Gesundheitserziehung sie von all dem abbringen will, was Spaß macht, aber gesundheitsschädlich ist. Gleichzeitig ist jedoch auch das allgemeine Interesse an gesundheitlichen Fragen gestiegen. Daher versucht man, ein Gesundheitsbewußtsein zu fördern, das den Menschen dazu bringt, das Übertriebene, Maßlose zu meiden, ohne jedoch Asketentum von ihm zu fordern. Zweifellos ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Aufklärungsarbeit, daß Gesund-Sein als ein angenehmer, mit besonderem Wohlbehagen verbundener Zustand erlebt wird. Gesundheitserziehung darf nicht darauf hinauslaufen, den Menschen um Glück und Lebensfreude zu bringen. Darum ist es Aufgabe des Gesundheitserziehers, zu betonen, wie sich ein Risikoverhalten — Zu-viel-Essen, Rauchen, körperliche Trägheit — in ein positives Verhalten verwandeln läßt, das zu Fitneß, Beweglichkeit, Ausgeglichenheit und Glück führt. Hier könnte es sich auch als nützlich erweisen, an die Eitelkeit des Menschen zu appellieren.

Diese Forderungen sind nicht im Sinne eines Maximalprogramms zu verstehen. Es ist nicht möglich, auf diesem Gebiet « Zehn Gebote » aufzustellen; man muß sich wirklich auf grundsätzliche Forderungen konzentrieren. Wichtig ist vor allem auf dem Gebiet der Ernährungsaufklärung, daß der Propagierung bestimmter Ernährungsweisen auch ein entsprechendes Warenangebot gegenübersteht. Es gibt heute in Ungarn schon kalorienarme, abwechslungsreiche, schmackhafte Speisen.

Nicht weniger schwierig ist die Aufklärung über Bewegungsmangel. Der Großstadtmensch unserer Zeit ist körperlich extrem träge, zugleich aber starken psychi-

schen Belastungen ausgesetzt. Der Mensch erhofft sich von den Errungenschaften des technischen Fortschritts das « Gelobte Land » und vergißt darüber, daß er nicht für eine solche körperliche Trägheit geschaffen ist, — bis er schließlich verkümmert. Hier ist zu betonen, daß Sport Spaß macht und dem Menschen zu größerem Wohlbefinden verhilft. Wirksamer als alle theoretischen Argumente ist jedoch das konkrete Beispiel des Gesundheitserziehers. In diesem Zusammenhang haben auch Meinungsführer die Funktion von Gesundheitserziehern.

Dem Menschen zu einer harmonischen Lebensweise zu verhelfen ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Die alten Griechen, denen die Harmonie so viel galt, haben uns mit dem Orakel zu Delphi zwei Botschaften hinterlassen: « Halte Maß! » und « Erkenne dich selbst! ». Es ist unsere Aufgabe, diese weisen Ratschläge heute mit einem zeitgemäßen Inhalt zu füllen.

Vereinigtes Königreich: Schwerpunkt Forschung

von Dr **Paul Cary**

The Health Education Council
(Zentrale für Gesundheitserziehung), London

Der konkrete Beitrag des *Health Education Council* zur Gesundheitserziehung auf dem Gebiet « Ernährung und Bewegung » ist bisher noch begrenzt gewesen. Das hängt größtenteils damit zusammen, daß wir grundsätzlich erst dann auf einem Teilgebiet des öffentlichen Gesundheitswesens aktiv werden, wenn es hinreichend erforscht ist und alle strittigen Punkte geklärt sind.

Die Übergewichtsproblematik — unser größtes Problem in England zum Thema « Ernährung » — ist bis jetzt noch nicht angegangen worden, weil die Wirkung bestimmter Ernährungsweisen und Nahrungsmittel, insbesondere der tierischen Fette im Gegensatz zu den pflanzlichen Fetten sowie raffinierter Kohlehydrate, noch zu umstritten ist. Immerhin gehört die Fettleibigkeit mit zu den Themen, die wir in unserem mobilen Ausstellungswagen eingehend behandelt haben. Der Wagen ist zur Zeit an eine kommunale Behörde ausgeliehen, da der Belegschaft des *Health Education Council* der Zeitaufwand für die Betreuung zu groß war. Gegenwärtig stehen wir in Gesprächen mit einem Großhersteller von Babynahrung. Dabei geht es um das Problem der Überfütterung von Babys. Wir planen die Veröffentlichung eines Büchleins, in dem die Mütter aufgefordert werden, sich an die Anweisungen der Hersteller zu halten.

Auf dem Gebiet der Bewegung ist es Dank der Arbeit von Morris und Chave gelungen, die Vorteile auch nur geringer regelmäßiger Bewegung aufzuzeigen. Wir sind im Augenblick dabei, ein Büchlein zur Propagierung körperlicher Betätigung zusammenzustellen. Dr. Roger Bannister, der berühmte Langstreckenläufer und Vorsitzender des *Sports Council* wird ein Vorwort beisteuern.

Wir sehen das Problem der Fettleibigkeit sowohl unter dem Aspekt der Überernährung als auch des Bewegungsmangels, der größtenteils verhaltensbedingt ist.

Ein großer Teil unserer Forschungsarbeit ist gegenwärtig langfristigen Studien zum Verhalten und zur Verhaltensänderung gewidmet. Wir hoffen, daß wir das Problem anhand der Erkenntnisse, die wir aus diesen Arbeiten zu gewinnen hoffen, erfolgreich werden angehen können.

Anders als in anderen Bereichen der Gesundheitserziehung ist sich die Öffentlichkeit bereits über die Gefahren des Übergewichts und die Vorteile körperlicher Bewegung durchaus im klaren. Es geht hier also nicht darum, zu informieren — worin wir bereits viel Erfahrung haben —, sondern eine Einstellungsänderung zu bewirken, und das ist ein Gebiet, worüber es nur sehr wenige Forschungsergebnisse gibt, die als konkrete Anhaltspunkte dienen könnten.

Der *Health Education Council* ist eine halböffentliche Einrichtung. Die Finanzierung erfolgt aus staatlichen Mitteln über das Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit.

SECHSTER TEIL

Synthese

Überblick über Gruppenarbeit und Diskussionen

von **Annette Kaplun-Le Meitour**
Chefredakteur, Internationales Journal
für Gesundheitserziehung

Auf den folgenden Seiten wird der Versuch gemacht, einen Überblick über das umfangreiche Material zu geben, das während des Seminars zusammengetragen wurde. Dazu gehören sowohl die im Plenum vorgetragenen Grundsatzreferate als auch die vielen Beiträge, die in den Plenumsdiskussionen oder auf den Sitzungen der Arbeitsgruppen aus den Reihen der Teilnehmer kamen. In den Arbeitsgruppen wurden Kernprobleme zu den Bereichen Ernährung, körperliche Fitneß, Erfolgskontrolle in der Gesundheitserziehung sowie Theorie und Praxis der Gesundheitserziehung diskutiert. Es wurden viele Fragen gestellt, viel Interessantes berichtet, viele Anregungen gegeben. Bevor Einzelheiten erörtert werden, soll festgehalten werden, daß dieses Seminar zu drei wichtigen Erkenntnissen geführt hat:

- Erstens sollte Gesundheit mit Lebensfreude in Zusammenhang gesehen werden. Daher ist Gesundheitserziehung konstruktiv, nicht restriktiv zu verstehen. Sie muß dem Individuum zur vollen Selbstentfaltung und zum Glücklichein verhelfen.
- Zweitens sollten wir darauf achten, daß unsere Arbeit wissenschaftlich und ethisch auf einer soliden Grundlage steht. Die Arbeit des Gesundheitserziehers sollte vom gleichen Ethos getragen sein wie die des Arztes.
- Drittens müssen wir, um das Verhalten des Individuums beeinflussen zu können, die soziale und die materielle Umwelt des Menschen verändern. Wir müssen zum einen die sozialen Normen zu modifizieren suchen und zum anderen Voraussetzungen schaffen, die zu einer gesunden Lebensweise führen.

Gesundheitserzieherische Maßnahmen: einige Ergebnisse und Erkenntnisse

Die dargestellten Programme zum Thema Ernährung und Bewegung zeugen von dem Bemühen um einen wissenschaftlichen Ansatz, zu dem folgende Schritte gehören: (a) das Zusammentragen von Grundlagenmaterial über sozio-kulturelle Merkmale, Wissensstand, Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung anhand von Vorstudien; (b) sorgfältige Planung einschließlich der Ausbildung des zur Realisierung des Programms erforderlichen Personals und (c) die maßnahmenbegleitende Erfolgskontrolle.

Wie nun sehen die Ergebnisse dieser Aktionen aus? Den Berichten zufolge ließen sich Fortschritte in der erwünschten Richtung feststellen. Doch immer wieder wird auf die vorhandenen Widerstände hingewiesen, die Wirksamkeit der Methoden infragegestellt und auf verschiedene sozio-kulturelle Faktoren aufmerksam gemacht, die die Reaktion der Bevölkerung beeinflussen.

Auf dem Gebiet der *Ernährung* z. B. wurde festgestellt, daß die Eßgewohnheiten u. a. durch folgende Faktoren beeinflusst werden:

Traditionelle Vorstellungen vom Essen: Wer viel und gut ißt, gilt als gesund. „Gesundes Essen“ wird mit reichlichem und vor allem „kräftigem“ Essen gleichgesetzt. Fettarme Kost, in kleinen — wenn auch ausreichenden — Mengen angeboten, wird leicht als Geiz ausgelegt. Ein „guter“ Gastgeber drückt seine Gastfreundschaft durch opulente Gerichte aus; die Sozialmast ist eine Form der sozialen Interaktion.

Kulturelle Normen: Eine Untersuchung über die Vermittlung von Normen im Hinblick auf das Essen von süßen Nahrungsmitteln in der frühen Kindheit, die in Manchester, England, gelaufen ist, zeigte, daß Erwachsene Süßigkeiten als Geschenk oder besondere Vergünstigung, als Verstärker oder sogar als Bestechungsgeschenk einsetzen. Außerdem wird ein enger Zusammenhang zwischen Süßigkeiten und „Zuwendung“ gesehen. Das Verweigern von Süßigkeiten wird somit mit einer „Deprivation“ in Verbindung gebracht. Diese Auffassung, nach der Süßigkeiten „etwas Besonderes“ sind, überträgt sich auch auf das Kind, das schon früh lernt, wann es Süßigkeiten zu erwarten hat und wann sie am Platze sind. So brachte die Untersuchung zutage, daß es die *Norm* ist, Süßigkeiten symbolisch einzusetzen.

Wissen und Einstellung: In Schweden z.B. wurde ein positiver Zusammenhang festgestellt zwischen: Wissen über Ernährungsfragen und Einstellung auf diesem Gebiet; Ernährungsweise und Wissen/Einstellung; Verwendung minderwertiger Produkte und Unwissenheit. Außerdem zeigte sich, daß Personen, deren Wissen und Einstellung im Hinblick auf Ernährungsfragen zufriedenstellend war, auch positive Einstellungen und Verhaltensweisen zum Thema „Bewegung“ aufwiesen und daß auch zwischen Ernährungsweise, Einstellung zur sportlichen Betätigung und Ausübung eines Sports eine positive Korrelation bestand.

Bildungsstand: In einer von der Finnischen Herz-Gesellschaft geförderten Untersuchung wurden die Interviewten gefragt, ob sie je Symptome einer Herz- oder Gefäßkrankheit an sich festgestellt hätten. Die Personen mit der geringsten Schulbildung hatten solche Symptome doppelt so oft beobachtet wie Personen, die länger zur Schule gegangen waren. Was den *subjektiven* Gesundheitszustand angeht, sind also Personen mit einer längeren geistigen Schulung offenbar viel gesünder.

Persönlichkeit: Untersuchungen an der Universität Münster deuten darauf hin, daß übergewichtige Frauen ihre Mahlzeiten nicht so gut wie normalgewichtige Frauen planen, wahllos einkaufen, bei emotionaler Belastung essen und sich leichter durch äußere Reize beeinflussen lassen.

Auf dem Gebiet der *Bewegung* konnten viele Faktoren herausgearbeitet werden, die einer sportlichen Betätigung im Wege stehen.

Motivationale Widerstände: (1) Risikobereitschaft: Wenn verlautet, daß auch 20% derjenigen, die keinen Sport treiben, 100 Jahre alt werden, so wird höchstwahrscheinlich manch einer darauf spekulieren, daß er zu diesen 20% gehören

wird; (2) **Bequemlichkeit**: Sie wird auf vielerlei Weise durch den technologischen Fortschritt unterstützt, dem wir das Auto, den Fahrstuhl und viele andere moderne Einrichtungen verdanken, die uns körperliche Anstrengung ersparen; (3) **Vorurteile**: „Sport ist etwas für die Starken und Gesunden — nicht für mich!“ (4) **Unsicherheit**: Der Einzelne weiß nicht, was für eine Sportart ihm das geben kann, was er sucht.

Umweltbedingungen: Die Hektik und die großen Entfernungen, die in Großstädten zu überbrücken sind, zwingen uns, Transportmittel zu benutzen, um an den Arbeitsplatz zu gelangen. Oft fehlen die Möglichkeiten zu sportlicher Betätigung: So ist es z.B. in einer Großstadt nicht leicht, ein Schwimmbad zu finden, und wenn es eines gibt, wird es wahrscheinlich überfüllt sein. In der Praxis ist die Zahl der Faktoren, die eine sportliche Betätigung erschweren, größer als die Zahl der Faktoren, die sie erleichtern; somit sind zusätzliche Energie und Entschlossenheit nötig.

Gesellschaftliche Wertvorstellungen: In der Schule z.B. konkurriert der Sport mit anderen Fächern wie Sprachen oder Mathematik, die als wichtiger gelten. Außerdem werden Eltern, die selbst keinen Sport treiben, eine gute Note in Sport weniger belohnen als eine gute Note in einem anderen Fach.

Einige wichtige Aspekte, die zu beachten sind

Bei der Planung gesundheitserzieherischer Aktivitäten sind nicht nur diese soziokulturellen Faktoren zu berücksichtigen, die sich neben vielen anderen im Laufe des Seminars herauskristallisierten: Auch unsere eigenen Vorstellungen und Methoden müssen sorgfältig durchdacht werden.

Zwei verschiedene Ansätze der Verhaltensbeeinflussung

Zunächst muß der Unterschied zwischen der Prävention gesundheitsschädlichen Verhaltens und der Prävention einer Krankheit deutlich gemacht werden. Sie unterscheiden sich einmal dadurch, daß sie zu verschiedenen Zeitpunkten einsetzen.

Außerdem: Die Prävention von Krankheiten ist problemorientiert. Bei der Prävention gesundheitsschädlichen Verhaltens dagegen geht es um den Einzelnen, darum, wie er sich entwickelt und Gewohnheiten, Einstellungen und Fähigkeiten erwirbt. Dabei ist die Zeit wichtig, in der gesundheitsriskante Gewohnheiten ausgebildet werden. Dies geschieht meistens in der frühen Kindheit. Wichtig ist auch der Prozeß, durch den dies geschieht. Hierzu gehören Begriffe wie Probieren, Wiederholung, Gewöhnung, Institutionalisierung und Legitimierung.

Es besteht auch ein Unterschied zwischen dem Versuch, Verhaltensweisen zu beeinflussen, bevor bestimmte Gewohnheiten erworben worden sind, und dem Versuch, bereits vorhandene Gewohnheiten zu ändern. Im Gesundheitswesen hat sich herausgestellt, daß Vorbeugen besser als Heilen ist; das gleiche gilt auch auf dem Verhaltenssektor: Es ist leichter, präventiv gegen gesundheitsschädliche Gewohnheiten anzugehen als sie später zu verändern. Wenn wir von Gesundheitsverhalten sprechen, sollten wir unterscheiden zwischen

- a) normenkonformem Verhalten
- b) einem Verhalten, das den Normen nicht ganz entspricht, jedoch innerhalb einer gewissen Toleranzgrenze bleibt
- c) abweichendem Verhalten (hier fühlt sich die Gesellschaft legitimiert einzugreifen).

Wir müssen uns auch mit der Frage befassen, wie man das öffentliche Gesundheitswesen besser ausstatten könnte: Das traditionelle Gesundheitswesen, bei dem der Schwerpunkt auf den Infektionskrankheiten, der Gesundheit von Mutter und Kind und dem Krankenhauswesen lag, sind wenig geeignet, auf die neuen Risiken unserer Zeit zu reagieren. Es gilt, neuartige Funktionsformen zu schaffen und für eine ganze Skala von Verwaltungsstellen, Privatorganisationen und die Gesamtgemeinschaft Führungsfunktionen zu übernehmen. Die Gesundheitsbehörden müssen sich eine eigene personelle Infrastruktur schaffen und zugleich auch versuchen, auf die verschiedenen anderen existenten Institutionen Einfluß zu nehmen.

Ungeklärte Fragen

Weiterhin müssen wir unser Konzept und unsere Methoden hinterfragen: Ist es richtig, unsere begrenzten Mittel nach dem Gießkannenprinzip über sämtliche Schichten der Bevölkerung zu verteilen? Sollten wir uns stattdessen nicht lieber auf die Jugend konzentrieren? Sollten wir das Individuum in den Mittelpunkt stellen oder die Umwelt, in der es lebt, also zuerst einmal Voraussetzungen schaffen, die eine gesunde Lebensweise erleichtern (z. B. Bereitstellung von kalorienarmen Nahrungsmitteln im Rahmen von Ernährungskampagnen)?

Denken wir bei unserem Versuch, die Einstellungen und Gewohnheiten der Menschen zu ändern, auch daran, Hausfrauenverbände oder Geschäftsclubs anzusprechen, über die sich vielleicht viel mehr erreichen ließe, als ein Professor der Medizin mit all seinem Wissen vermag?

Wann sollen wir aufklären? In welchen Lebensphasen wird die Botschaft des Gesundheitserziehers voraussichtlich am nachhaltigsten wirken? Es gibt gute Gründe, anzunehmen, daß es besonders günstige Zeiten für die Wissensvermittlung gibt, u. a. die Kindheit und das Alter zwischen 40 und 50, wenn der Mensch Gesundheit langsam nicht mehr als etwas Selbstverständliches hinnimmt. Noch wichtiger aber ist die Frage: Wo sollte die Aufklärungsarbeit über ein bestimmtes gesundheitsrelevantes Verhalten *aufhören*? Hierbei handelt es sich sowohl um ein praktisches als auch ein ethisches Problem.

Ist die Wirksamkeit der Methoden, die wir einsetzen, ausreichend erwiesen? In einigen Fällen — z. B. bei der Verhaltenstherapie — werden recht unterschiedliche Ergebnisse berichtet.

In einigen Fällen wurde auch die Gesundheitserziehung selbst hinterfragt. Brauchen wir wirklich Gesundheitserziehung? Richtet sie nicht manchmal mehr Schaden als Nutzen an? Zwingen wir nicht im Grunde mit der Gesundheitserziehung einer Gemeinschaft *unsere* Vorstellungen auf und dienen damit praktisch der so oft kritisierten Konsumgesellschaft? Machen wir nicht sogar aus Gesunden Kranke? Gesundheit hat ja einen objektiven und einen subjektiven Aspekt: Subjektiv fängt ein Fettleibiger, der sich bis dahin wohl gefühlt und das Leben genossen hat, vielleicht an, sich als krank zu betrachten, nachdem wir ihm seinen Zustand bewußt gemacht haben; er entwickelt Schuldgefühle, wenn es ihm nicht gelingt, so zu leben, wie wir es empfehlen, und fühlt sich von denen, die „gesund“ leben, abgelehnt. Bestimmte Angewohnheiten, die von den „Wissenden“ als „ungesund“ bezeichnet werden, werden heute schon mit dem Begriff der Sünde in Verbindung gebracht. Sind wir nicht vielleicht dabei, zu Gesundheitsfanatikern zu werden?

Konsequenzen für künftige Maßnahmen

Es ist relativ einfach, Fragen zu stellen. Es ist schon schwieriger, sie zu beantworten. Noch schwieriger aber ist es, die Anregungen, die man bekommt, in die Praxis umzusetzen. In den Arbeitsgruppen haben sich die Seminarteilnehmer die Aufgabe gestellt, eine Reihe von Richtlinien aufzustellen, die sich unter vier Hauptpunkten erfassen lassen: Ernährung und Bewegung, Motivation auf dem Gebiet „Ernährung und Bewegung“, Erfolgskontrolle in der Gesundheitserziehung und Überlegungen zu praktischen Aspekten der Gesundheitserziehung.

1. ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG

Da wir immer noch nur über ein begrenztes Maß an Beweismaterial über den Kausalzusammenhang zwischen Risikofaktoren und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verfügen, ist in der gesundheitserzieherischen Praxis eine gewisse Vorsicht geboten. Manch einer mag sich daran stoßen, daß wir keine hieb- und stichfesten Daten haben. Doch im öffentlichen Gesundheitswesen werden die meisten Entscheidungen anhand von „weichen Daten“ getroffen. Wollten wir auf harte Fakten warten, so wäre es längst zu spät. Aus diesem Grund stützt man sich bei der Aufklärung der Bevölkerung und bei dem Versuch, Verhaltensformen zu fördern, durch die sich die Risikofaktoren auf ein Minimum reduzieren, auf diese Ergebnisse. Der Gesundheitserzieher sollte seine Ziele klar formulieren und auf zwei Ebenen ansetzen: (a) Primärprävention, um das Auftreten von Risikoverhalten zu verhindern, und (b) Sekundärprävention, also Therapie.

Für die Aufklärungsarbeit sollten eingesetzt werden: die Massenmedien (um die Menschen zu sensibilisieren), Gruppenarbeit (um sie zu motivieren) und Einzelmaßnahmen (um den Eindruck noch zu vertiefen). Wenn auch Aufklärung und Werbung nicht das gleiche Ziel haben, lassen sich gewisse Arten der Werbung u. U. für erzieherische Zwecke einsetzen.

In diesem Zusammenhang ist interessant, daß viele Länder mit Symbolen arbeiten: In Dänemark gibt es den kleinen „Herz-Mann“, in Deutschland Trimmy, in Schweden die sich streckende Katze — alles Figuren, die die Phantasie ansprechen und eine Identifizierung erleichtern sollen.

Beim Problem der *Ernährung* müssen wir uns vor Augen halten, daß Übergewicht verschiedene Ursachen haben kann (falsche Ernährung, Somatisierung psychischer Leiden, Stoffwechselstörungen) und daß es ebenso auch unterschiedliche Motivationen zum Abnehmen gibt (gesellschaftliche Normen, persönliche Ziele).

Die Aufklärung sollte nicht ausschließlich darauf abzielen, eine rationale Motivation aufzubauen und nur den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit herauszustellen, sondern den Menschen auch emotional ansprechen. Angesichts des Personalmangels sollten nach einer geeigneten Ausbildung auch Freiwillige unter entsprechender Aufsicht eingesetzt werden.

Es ist dringend erforderlich, Kriterien aufzustellen und eine Methode zu entwickeln, um für jeden Menschen sein Idealgewicht feststellen zu können: Das würde uns unsere erzieherische Arbeit erleichtern.

Organisationen und Institutionen sollten dazu aufgefordert werden, von ihrem Recht Gebrauch zu machen, in ihren Kantinen bzw. Restaurants eine gesunde Kost anzubieten. Schließlich sollte jede „gesunde“ Kost mindestens so appetitlich aussehen wie das Essen, das sie ersetzt.

Die folgende Übersicht, die in Bulgarien entstanden ist, wird sich u. U. als nützlich erweisen:

PLANUNG GESUNDHEITLICHER AUFKLÄRUNG UND ERZIEHUNG
ZUR PRÄVENTION BZW. REDUZIERUNG VON ÜBERGEWICHT

1. *Wissenschaftliche Grundlagen*

Untersuchungsmethoden

Auswertung der Ergebnisse (Kriterien, Komplexität usw.)

grundlegende Rückschlüsse auf mögliche Schwerpunkte für Aufklärung und Erziehung

2. *Strategie und Taktik*

Aufstellung langfristiger Programme mit umfangreichen, vielseitigen Maßnahmen

Festlegung spezifischer mittelfristiger Ziele differenziert nach Altersgruppen, sozialem Status, Bildungsstand, Grad der Fettleibigkeit usw.

3. *Gestaltung der Medien*

Erarbeitung angemessenen Aufklärungsmaterials

4. *Praktische Durchführung*

Einsatz verschiedener Methoden: persönliche Kontakte (Post, Telefon usw.); Massenmedien, kalorienarme Gemeinschaftsverpflegung usw.

Die methodologische Seite der Gesundheitserziehung zum Thema „Übergewicht“ muß noch eingehend erforscht werden. Es wäre sehr nützlich, wenn man ein anderes Seminar organisieren könnte, das an dieses Seminar anschließt, auf dem man sich dann eingehender mit der Frage befassen könnte, welche Aufklärungsmethoden und -mittel und welche praktischen Maßnahmen eine erfolgreiche Kommunikation mit der Bevölkerung verlangt.

Auch bei der Propagierung der *sportlichen Betätigung* sollte ein positiver Ansatz gewählt und die Attraktivität des Sports stärker in den Vordergrund gestellt werden als rationale Motive (Vermeidung von Krankheit) — auch wenn gesundheitliche Gründe bei den Älteren ankommen.

In den Mittelpunkt sollte vor allem gestellt werden, was sportliche Betätigung dem Menschen zu geben vermag: körperliche und geistige Spannkraft, Freude an der Bewegung, die Möglichkeit unkomplizierter sozialer Kontakte, sich zwanglos zu geben und sogar ein Ventil für Aggressionen zu finden, und nicht zuletzt die Freude an der eigenen Leistung. Ein gewisses Wettbewerbsmoment hat sich als nützlich erwiesen, damit die Begeisterung nicht zu schnell nachläßt. In jeder Kampagne zur Propagierung einer guten Kondition sollten auch die Vorteile einer guten Figur, eines attraktiven Äußeren und vielleicht einer Potenzsteigerung herausgestellt werden.

Dabei sollte man sich bemühen, nicht nur die „Risikopersonen“, sondern alle Familienmitglieder anzusprechen und auf Alter und Kondition zugeschnittene Programme bereitzustellen. Sportanlagen sollten möglichst attraktiv gestaltet werden

und günstig gelegen sein. Die Übungen sollten Spaß machen. Auf diesem Gebiet ist Gesundheitserziehung ebenso wichtig wie die Schaffung entsprechender Möglichkeiten.

Besondere Aufmerksamkeit sind der Gesundheitserziehung bei *Jugendlichen* zu widmen, wobei folgende Aspekte herauszustellen sind:

- a) Es ist sorgfältig darauf zu achten, daß die schulische Gesundheitserziehung für die Altersgruppe der 14-18 jährigen mit anderen in der Gemeinde laufenden gesundheitserzieherischen Bemühungen koordiniert wird. Dabei ist eine Mitarbeit der Elternschaft anzustreben.
- b) Vorhandene Motivationen und Interessen der jungen Leute sind als Ansatzpunkte für gesundheitserzieherische Maßnahmen zu benutzen. Hier ist zu beachten, daß bei dieser Zielgruppe eine andere Wertehierarchie existiert, an deren Spitze nicht Gesundheit steht — zumindest nicht Gesundheit als Ergebnis bestimmter Ernährungsweisen und vermehrter Aktivität.
- c) Der Erfolg hängt unmittelbar von der Beteiligung der angesprochenen Jugendlichen ab: Programme werden nur dann gelingen, wenn die jungen Leute ihre Ziele selbst formulieren und selbständig verwirklichen können — allerdings mit fachlicher Unterstützung von seiten der Lehrkräfte, die ihnen bei organisatorischen Fragen helfen, die nötigen Basisinformationen liefern sollen usw.
- d) Die Lehrer sollten bei der Planung und Durchführung durch Bereitstellung von Richtlinien und Hilfen unterstützt werden.

In diesem Sinne wurde folgendes Modell zur körperlichen Aktivierung junger Leute entworfen:

Ziel: Junge Leute motivieren, (1) sich über die Vorzüge des Sports klar zu werden (wobei unter Sport alle Bewegungsarten zu verstehen sind, die Spaß machen und leicht auszuüben sind), und (2) sich selbst unabhängig von Schule oder Sportclub Möglichkeiten zu körperlicher Bewegung zu schaffen.

Hypothese: Junge Menschen haben ein Bedürfnis nach Selbstbestätigung und Anerkennung.

Methode: Eine kleine Gruppe von Jugendlichen, z.B. Mitglieder einer Schüler-selbstverwaltung (Hauptschule, Berufsschule, Gymnasium usw.) wird dazu angeregt, in ihrer Gegend die Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung speziell für Jugendliche herauszufinden.

Aufgabe: Bestandsaufnahme der Möglichkeiten zum Sporttreiben für Sportarten wie Tischtennis, Zielwandern, Geländelauf, Waldlauf, Orientierungslauf, Skilanglauf, Federball (Badminton), Tanzen, Schwimmen, Billard, Minigolf, Tennis, Judiaca, Volleyball.

Motivation: Rationale Argumente sollten im Vordergrund stehen. Als Argumente wären z.B. anzuführen: der Jugend mehr Freiraum schaffen, Bewegungstraining ist Persönlichkeitstraining, Sport als eine wichtige Form des sozialen Verhaltens, Sport als Selbstbehauptung und Selbsterhaltungsmaßnahme angesichts der gesellschaftlich bedingten Einengung des Bewegungsraumes usw. Hier sollte man nicht vergessen, daß das Verhalten Jugendlicher durch seine unmittelbaren Konsequenzen bestimmt wird — nicht etwa durch die Befürchtung, vielleicht in zwanzig oder dreißig Jahren krank zu werden.

Noch ungeklärte Fragen: Wie findet man den Übergang von der anfänglichen theoretischen Arbeit zu der eigentlichen sportlichen Aktivität? Wie läßt sich ein selbständiges Gruppenleben dauerhaft gestalten? Können — wenn sich das Grup-

penleben einmal etabliert hat — auch Ernährungsprobleme in diesen Gruppen bearbeitet werden? Welche organisatorischen Hilfen und finanziellen Stützen müssen gegeben werden und durch wen? usw.

Erfolgskontrolle: Zunächst Feststellung der Beteiligung und Ermittlung von Basisdaten, später Ermittlung des Erfolgs in Form von Verhaltensänderungen.

2. MOTIVATION AUF DEM GEBIET „ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG“

Der Begriff der Motivation taucht häufig im Zusammenhang mit Gesundheitserziehung auf. Was aber *ist* Motivation? Was spielt sich ab, wenn sich Motivationen herauskristallisieren und allmählich immer stärker werden? Und wie lassen sie sich wirksam ausnutzen?

Motivation wurde definiert als „die Kraft, die einen Menschen veranlaßt, etwas über einen längeren Zeitraum hinweg zu tun, d.h. sich in einer bestimmten Weise zu verhalten. Bei der primären Motivation ist das Verhalten selbst ein Verstärker der Motivation (z. B. jemand schwimmt aus Freude am Schwimmen), bei der sekundären Motivation ist das Verhalten Mittel zum Zweck (z. B. ein Schüler lernt, damit er gute Zensuren bekommt).“

Die Tatsache, daß eine Motivation durch das Verhalten selbst verstärkt werden kann, eröffnet dem Gesundheitserzieher interessante Möglichkeiten. Wenn man nämlich davon ausgeht, daß das Verhalten durch seine Konsequenzen bestimmt wird, dann stellt sich für den Gesundheitserzieher die Aufgabe, für ein System von Konsequenzen zu sorgen, die das gewünschte Verhalten verstärken und beim Individuum eine Motivation zum gesunden Verhalten aufbauen, die stärker ist, als andere, konkurrierende Motive (die gesundheitsschädliches Verhalten bedingen).

Für junge Leute ist das Streben nach sozialer Anerkennung — vor allem innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen — eine entscheidende und äußerst komplexe Triebkraft. Andere wichtige Motivationen sind u. a.: das Streben nach Gemeinsamkeit und Gruppenzugehörigkeit, die Möglichkeit der Selbstverwirklichung, Selbstdarstellung, Selbstbestätigung und des Wettbewerbs auf verschiedenen Ebenen und das Streben nach Unabhängigkeit von stark dominierenden Vorbildern (Lehrer, Eltern, Ärzte usw.). All diese Faktoren werden in gemischten Gruppen durch das Hinzutreten der erotischen Komponente noch verstärkt. Weitere Motivationen sind: das Streben nach einer guten Kondition (man möchte z. B. ein sportlicher Typ sein), nach gutem Aussehen, nach einer guten Figur (um schöne Kleidung tragen zu können) und nach Anerkennung durch Vorbilder.

Verstärker für die beiden Problembereiche Ernährung und Bewegung sind häufig situationsspezifisch zu sehen und von unterschiedlicher zeitlicher Wirkung. Für den Erfolg gesundheitserzieherischer Maßnahmen ist es jedoch von fundamentaler Bedeutung, daß sich alle Motivationen verselbständigen und nicht an bestimmte Verhaltensweisen oder Situationen gebunden sind. So darf in der Schule gelerntes Verhalten (z. B. Sport) nicht zu bloßem Schulverhalten werden. Ebenso muß jemand eine Reduktionskost zubereiten können, die keine Musterküche voraussetzt. Dies gilt für jede Art von Aktivität. Das muß hier noch einmal besonders betont werden.

3. ERFOLGSKONTROLLE IN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die Notwendigkeit einer sorgfältigen Erfolgskontrolle auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung wird schon seit langem betont. Und doch ist die Erfolgskontrolle ein sehr „unterentwickeltes“ Gebiet der Gesundheitserziehung geblieben. Die

Seminarteilnehmer unterstrichen noch einmal die Bedeutung einer solchen Kontrolle: „Die Verwaltungsleute wollen harte Fakten. Sie können sich nicht mit schönen Worten zufriedengeben. Sie wollen Beweise für den Erfolg gesundheits-erzieherischer Maßnahmen“, unterstrich der WHO-Vertreter.

Folgende der ausgesprochenen Empfehlungen wiesen auf Kernprobleme hin:

- Eine wirksame Erfolgskontrolle setzt entsprechende Indizes, ein normiertes Instrumentarium und wissenschaftlich begründete Hypothesen voraus. Zu den wichtigsten Schritten einer Erfolgskontrolle gehören: (1) eine kritische Untersuchung der Motivation zur Gesundheitserziehung sowie (2) die Sicherstellung eines *Feedback* an die Entscheidungsträger und das betroffene Gemeinwesen. Selbst wenn nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, müssen diese Voraussetzungen erfüllt, diese Bereiche abgedeckt sein. Es ist besser, die Erfolgskontrolle quantitativ zu beschränken, als sich dabei nur auf einen der Aspekte zu konzentrieren.
- Das Modell, in dem zwischen der Prävention von Krankheit und der Prävention von Risikoverhalten unterschieden wird (siehe Seite 135, hat den Vorteil, daß Erfolgskontrolle dabei als integraler Bestandteil eines jeden Programms, das der Änderung von Verhaltensweisen dient, angesehen wird. Auf diese Weise wird die moralische Rechtfertigung für ein solches Tun geliefert.
- Wir sollten hier unterscheiden zwischen der eigentlichen Erfolgskontrolle und der Normierung der Methoden bzw. des Instrumentariums in Zusammenhang mit bestimmten Gesundheitserziehungsprojekten; letztere sollte bei geeigneten, entsprechend ausgerüsteten Institutionen liegen, während erstere vom Umfang der dafür zur Verfügung stehenden Mittel abhängt.
- Die bei der Erfolgskontrolle eingesetzten Methoden sollten so weit wie möglich wissenschaftlichen Anforderungen genügen: Klar definierte Kriterien erleichtern die Messung der Wirkung gesundheits-erzieherischer Bemühungen. Wir sollten aber wissenschaftliche Exaktheit nicht über die moralischen Überlegungen stellen, die sich im Zusammenhang mit der Verwendung von Bevölkerungsgruppen für Forschungszwecke stellen.
- Der Zeitpunkt der Erfolgskontrollen und die Bekanntgabe der Ergebnisse sollten auf die Möglichkeiten der Realisierung abgestimmt sein.
- Bei der Erfolgskontrolle sind positive wie negative Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa sollte nach Möglichkeiten suchen, die Arbeit auf diesem Gebiet weiter anzuregen, zu fördern und als Katalysator zu fungieren. Weiterhin sollte es geeignete Institutionen auffordern, weitere Untersuchungen auf dem komplexen Gebiet der Erfolgskontrolle in der Gesundheitserziehung durchzuführen.

4. ÜBERLEGUNGEN ZU PRAKTISCHEN ASPEKTEN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG

- Die Gesundheitserziehung muß von einem globalen Ansatz ausgehen: Gesundheitserziehung zur Ernährung läßt sich nicht von der Aufklärung über Drogen oder andere gesundheitliche Gefahren trennen.
- Gesundheitserziehung sollte nicht „von oben“ kommen: Sie sollte von den Bedürfnissen der Menschen — so wie sie selbst sie sehen — ausgehen. In diesem

Sinne muß der Gesundheitserzieher den Menschen in einem Gemeinwesen als „ technischer Berater “ zur Seite stehen und ihnen helfen, ihre gesundheitlichen Probleme genau herauszufinden und *ihre eigenen* Ziele zu verwirklichen.

- Gesundheitserziehung hat die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Normen und Wertvorstellungen und deren Durchsetzung in der Gesellschaft zum Ziel.
- Theorie und Praxis der Gesundheitserziehung sollten wissenschaftlich und ethisch auf einer soliden Grundlage stehen. Die Gesundheitserziehung sollte sich darauf konzentrieren, gesicherte Fakten über eine gesunde Lebensweise und gesundheitliche Gefahren anzubieten und auf die Notwendigkeit entsprechender Verhaltensänderungen hinzuweisen. Der inhaltliche Teil dieser Informationen ist gemeinsam von Experten und von denjenigen, die für die Erziehung, die Sozialisierung und das Wohlbefinden der Zielgruppe verantwortlich sind, zu erarbeiten und zu beschließen. Die Entscheidung jedoch, ob es sein Verhalten ändern will oder nicht, sollte dem Individuum vorbehalten bleiben. Der Gesundheitserzieher sollte vermeiden, sich paternalistisch in die Angelegenheiten des Einzelnen einzumischen. Das Individuum sollte nach wie vor die Möglichkeit haben, mit seiner Gesundheit Raubbau zu treiben, nur sollte es darauf hingewiesen worden sein, was es riskiert.
- Sämtliche wichtigen gesellschaftlichen Instanzen müssen Ziel gesundheitserzieherischer Bemühungen sein — z.B. das Individuum als Konsument, die Schule, Handel und Industrie sowie politische Gruppen. Besondere Aufmerksamkeit ist den Versicherungsgesellschaften zu widmen, da Übergewicht bei einer großen Zahl der Versicherten einen wichtigen Risikofaktor darstellt.
- Eine wichtige Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, sich für eine Umwelt einzusetzen, die eine gesunde Lebensweise fördert, und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß sich die angestrebten Verhaltensänderungen verwirklichen lassen.
- Die angebotenen Informationen sollten lieber positiv als restriktiv sein. Glücklichein fördert eindeutig die Gesundheit.
- Eine der Aufgaben der Gesundheitserziehung ist es, dem Menschen zu einem rationalen Verständnis des menschlichen Funktionsapparates zu verhelfen, damit er bei Funktionsstörungen ohne unangemessene Furcht reagieren und das Erforderliche tun kann.
- Gesundheitserziehung sollte von ausgebildeten Kräften mit einem Berufsethos ausgeübt werden, die sich ihrer Verantwortung bewußt sind. Der Hausarzt ist ideal für eine solche Informationsvermittlung geeignet. Doch auch viele andere sollten sich angesprochen fühlen: Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und speziell auf dem Gebiet „ Ernährung und Bewegung “ Sportlehrer und Diätetiker.

Schlußbetrachtung

Das Gremium, das sich zum III. Internationalen Seminar für Gesundheitserziehung in Köln zusammenfand, ist in mehrfacher Hinsicht bezeichnend. Einmal setzte sich die Gruppe aus Experten der verschiedensten Sparten zusammen — konkreter Ausdruck der Tatsache, daß Erziehung zur Gesundheit sowohl eine multidisziplinäre als auch eine multisektorale Aufgabe ist.

Sie kann nicht ausschließlich Sache einer kleinen Gruppe von Spezialisten sein, ja nicht einmal einer größeren Gruppe, in der alle Gesundheitsberufe vertreten wären. Verwaltungsfachleute, Städteplaner, in der Landwirtschaft Tätige, Erzieher, Sozialarbeiter, Medienexperten — sie alle haben auch einen Beitrag zum gesundheitlichen Fortschritt und der dazu erforderlichen Erziehungsarbeit zu leisten.

Zum anderen war auffallend, daß die Zahl derer, die sich zu dem Seminar in Köln einfanden, beinahe doppelt so groß war wie erwartet. Dies ist ein Zeichen des wachsenden Interesses, das der Gesundheitserziehung und der Funktion, die sie als wichtiges Instrument im öffentlichen Gesundheitswesen zu erfüllen vermag, in ganz Europa entgegengebracht wird. Dabei stehen die Förderung einer stärkeren Beteiligung der Öffentlichkeit an den Programmen sowie eine bessere Nutzung der Möglichkeiten, die das Gesundheitswesen anbietet, im Vordergrund.

Eine Tatsache hat mich während dieses Seminars beeindruckt, und wahrscheinlich hat sie auch viele von Ihnen beeindruckt. Während der ganzen Zeit tauchte ein Gedanke wie ein Leitmotiv immer wieder auf:

Unser eigentliches Interesse konzentriert sich darauf, Möglichkeiten zu finden, um dem Individuum zu einem glücklicheren, erfüllteren Leben zu verhelfen. In diesem Sinne ist Gesundheit wichtig als Mittel zum Zweck. Wir wollen die Qualität des Lebens verbessern. Das bedeutet größere Entscheidungsfreiheit und die Möglichkeit, Erwartungen zu realisieren.

Vielleicht ist es bezeichnend, daß der Mensch in einer Zeit, in der es in der Welt so viel Streß und Angst gibt, nach Möglichkeiten sucht, mehr Glück und Harmonie zu finden. Sicher hat die Gesundheitserziehung nicht den Anspruch, auf alle Fragen eine Antwort geben zu können. Doch sollte sie in der Lage sein, einige Antworten zu geben — aufgrund ihres Interesses für die Motivationen und das Verhalten des Menschen, ihrer Achtung vor dem Menschen, seinen Strebungen und Wertmaßstäben und ihrer Entschlossenheit, dem Menschen das Leben zu verschönern, nicht bloß zu verlängern.

SIEBENTER TEIL

Teilnehmerliste

Teilnehmerliste

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa
8, Scherfigsvej
DK-2100 Kopenhagen

Dr. A. P. WOUDEBERG
Regionalbeauftragter für Gesundheits-
erziehung und Sozialwissenschaften

Internationale Union für Gesundheitserziehung

Redaktion
3, rue Viollier
CH-1207 Genf

ANNETTE KAPLUN-LE MEITOUR
Redakteur des Internationalen Journals
für Gesundheitserziehung

Internationale Kardiologische Föderation

34, rue de l'Athénée
CH-1211 Genf-12

BOREK ZOFKA
Verwaltungsdirektor

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

D-5000 Köln-91 (Merheim)
Ostmerheimer Str. 200

Dipl.-Psych. ROSMARIE ERBEN
Referentin für Auslandsbeziehungen
Dipl.-Trophologin GABRIELE FORTMANN
Referentin für Ernährung und Bewegung
Prof. Dr. med. WOLFGANG FRITSCHÉ
Präsident
Dipl.-Übersetzerin KARIN JUNGFER
Dipl.-Volkswirt GÜNTHER WELSCH
Lehrgangsreferent

Belgien

Dr. GILBERTE REGINSTER-HANEUSE
Wissenschaftliche Arbeitsleiterin
Universität Lüttich
16, Place Delcour
B-4000 Lüttich

Bulgarien

Dr. BOSCHIDAR ANGELOV NALBANSKI
Institut für Gesundheitserziehung
rue Denkoglu 19
Sofia

Dr. med. NIKOLA DIMITROV MILEV
Gesundheitsministerium
5, Place Lénine
Sofia

Bundesrepublik Deutschland

Dipl.-Volkswirt GEORG ANDERS
Bundesinstitut für Sportwissenschaften
Hertzstr. 2
D-5023 Lövenich

Dipl.-Psych. GISELA BARTLING
Psychologisches Institut der
Universität Münster
Schlaunstr. 2
D-4400 Münster/Westf.

Prof. Dr. H.-D. CREMER
Direktor
Institut für Ernährungswissenschaft I
der Justus-Liebig-Universität
Wilhelmstr. 20
D-6300 Gießen

GERHARD DALLMANN
Wissenschaftlicher Direktor
Pädagogisches Zentrum
Uhlandstr. 96/97
D-1000 Berlin-36

Prof. Dr. med. RICHARD FELTEN
Bundesinstitut für Sportwissenschaften
Hertzstr. 2
D-5023 Lövenich

Dr. phil. WOLFGANG VON FREYTAG-
LORINGHOVEN
Wissenschaftlicher Leiter der Hessischen
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung
Nikolaistr./Ecke Kirchplatz
D-3550 Marburg/Lahn

Dipl.-Psych. HANS-DIETER KUJANSKI
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
Ruhrstr. 2
D-1000 Berlin-31

WALTRAUT KLINKOW
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Schleswig-Holstein
Flämischestr. 6-10
D-2300 Kiel

Dipl.-Volkswirt GUSTAV KOBBE
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Gesellschaft für Ernährung
Feldbergstr. 28
D-6000 Frankfurt/Main

Dr. med. HEINER LAUBE
Zentrum für Innere Medizin und
Kinderheilkunde der Universität Ulm
Steinhövelstr. 9
D-7900 Ulm

URSULA LOCH
Weight Watchers Deutschland GmbH
Stockkampstr. 20
D-4000 Düsseldorf-30

Dipl.-Psych. ELISABETH MÜLLER
Psychologisches Institut der
Universität Münster
Schlaunstr. 2
D-4400 Münster/Westf.

KLAUS MÜLLER
Etatdirektor
Werbeagentur Troost KG
Heinrichstr. 85
D-4000 Düsseldorf

Dipl.-Psych. MARGARETE NILSON-GIEBEL
Senator für Gesundheit und Umweltschutz
An der Urania 12
D-1000 Berlin-30

JÜRGEN PALM
Geschäftsführer
Deutscher Sportbund
Otto-Fleck-Schneise 12
D-6000 Frankfurt/Main-71

Dr. med. EVA PAROW-SOUCNON
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung
Düsseldorf-Mettmann
Kreisgesundheitsamt
D-4020 Mettmann

Dr. phil. MARGARETE REISS
Psychologisches Institut der
Universität Münster
Schlaunstr. 2
D-4400 Münster/Westf.

ANITA RIEGER
Weight Watchers Deutschland GmbH
Stockkampstr. 20
D-4000 Düsseldorf-30

PETER SABO
Geschäftsführer
Landeszentrale für Gesundheitserziehung
in Rheinland-Pfalz
Schusterstr. 54
D-6500 Mainz

Dr. med. CHRISTEL SCHULTZE-RHONHOF
Geschäftsführerin
Landeszentrale für Gesundheitsförderung
Baden-Württemberg
Königstraße 2
D-7000 Stuttgart-70

Prof. LOTHAR STAECK
Pädagogische Hochschule
Malteserstr. 74-100
D-1000 Berlin-46

Prof. Dr. med. MANFRED STEINBACH
Sozialministerium des Landes
Hessen
Adolfallee 53 u. 59
D-6200 Wiesbaden

RAINER TOBIEN
Deutscher Sportbund
Otto-Fleck-Schneise 12
D-6000 Frankfurt/Main-71

Dr. med. GISELA TRURNIT
Deutsche Gesellschaft für Ernährung
Feldbergstr. 28
D-6000 Frankfurt/Main

HANS WEBER
Landeszentrale für Gesundheitsförderung
Baden-Württemberg
Königstraße 2
D-7000 Stuttgart-70

HEINZ WICKERT
Geschäftsführer Bundesvereinigung für
Gesundheitserziehung e.V.
Bachstr. 3-5
D-5300 Bonn-Bad Godesberg

Dänemark

Dr. GORM JENSEN
Rigshospitalet
(Reichshospital)
Herz-Kreislauf-Labor
Medizinische Abteilung
Blegdamsvej 9
DK-2100 Kopenhagen

Dr. HANS MEINERTZ
Rigshospitalet
(Reichshospital)
Medizinische Abteilung B
Blegdamsvej 9
DK-2100 Kopenhagen

Dr. PETER SCHNOHR
Hjerteforeningen
(Dänische Herz-Stiftung)
Lundsgade 5
DK-2100 Kopenhagen

Finnland

Prof. Dr. MARTTI J. KARVONEN
Generalarzt der finnischen Streitkräfte
Osuuskunnantie 58
SF-00100 Helsinki-66

KAJ KOSKELA
Forschungs-Assistent
Nordkarelien Projekt
Universität Kuopio
Box 40
SF-70101 Kuopio

Dr. ILKKA VUORI
Leiter des klinischen Labors
Zentrum für Rehabilitationsforschung
der Sozialversicherungsanstalt
Peltolantie 3
SF-20720 Turku-72

Frankreich

Dr. med. JACQUES BASSOT
Union Régionale de Sociétés de
Secours Minières du Nord
Boîte Postale 149
F-62302 Lens

HAMOUDA BEN LAMINE
Ecole Nationale de la Santé Publique
(Staatliche Akademie für
Öffentliches Gesundheitswesen)
Avenue du Professeur Léon Bernard
F-35000 Rennes

JEAN SAVY
Chefredakteur von *Santé de l'Homme*
Comité français d'Education pour la Santé
(Französisches Komitee für Gesundheits-
erziehung)
21, Rue Bourg-Tibourg
F-75004 Paris

Prof. MAURICE SERISÉ
Medizinische Fakultät der Universität
Bordeaux II
Place de la Victoire
F-33000 Bordeaux

Irland

FINN MONAHAN
Direktor
Irish Heart Foundation
(Irische Herz-Stiftung)
4 Clyde Road, Ballsbridge
Dublin 4

Italien

Prof. ESTER BALESTRA
Vizedirektor
Istituto Italiano di Medicina Sociale
(Italienisches Institut für Sozialmedizin)
Via Pasquale Stanislao Mancini, 28
I-00196 Rom

Jugoslawien

Dr. VERA ATANACKOVIĆ
Leiterin der Abteilung für
Nahrungsmittelhygiene
Institut für Gesundheitsschutz der
Republik Serbien
5 Dr Subotića Str.
Y-11000 Belgrad

Dr. med. SOFIJA DJURIĆ
Institut für Gesundheitserziehung
der Sozialistischen Republik Serbien
24, Skerlicera Str.
Y-11000 Belgrad

Niederlande

Dipl.-Soz. LEONARDA M. KLINKERT
Leiterin der Abteilung für Evaluation
Voorlichtingsbureau voor de Voeding
(Niederländisches Büro für
Ernährungserziehung)
Laan Copes van Cattenburch 44
NL-2011 Den Haag

Österreich

Dr. med. CLAUDIUS GERIG
Bundesministerium für Gesundheit
und Umweltschutz
Stubenring 1
A-1010 Wien

Univ.-Doz. Dr. med. KARL SCHINDL
Sektionschef i.R.
Österr. Institut für Gesundheitsvorsorge
Gärtnergasse 2/12
A-1030 Wien

Polen

Dr. med. BARBARA CYBULSKA
Institut für Nahrungsmittel und Ernährung
Str. Powinska 61/63
P-00791 *Warschau*

Dr. med. KRYSZYNA TARNOWSKA
Institut für Nahrungsmittel und Ernährung
Str. Powinska 61/63
P-00791 *Warschau*

Schweden

BJÖRN ENGSTRÖM
Forschung und Evaluation
Socialstyrelsen
(Staatl. Gesundheits- und Sozialamt)
Karlavägen 100
S-10630 *Stockholm*

NILS ÖSTBY
Vorsitzender
Komitee für Gesundheitserziehung
Socialstyrelsen
(Staatl. Gesundheits- und Sozialamt)
Karlavägen 100
S-10630 *Stockholm*

Schweiz

Dr. med. HANS HOWALD
Forschungsinstitut der Bundessportschule
CH-2532 *Macolin*

Prof. Dr. med. WALTER SCHWEIZER
Department für Innere Medizin
Kantonsspital, Abt. f. Kardiologie
Steinenring 3
CH-4051 *Basel*

Ungarn

Dr. SÁNDOR FÜSTI-MOLNÁR
Wissenschaftliches Zentralinstitut für
Gesundheitserziehung beim
Gesundheitsministerium
Népköztársaság-utja 82
H-1062 *Budapest VI*

Dr. med. EDIT KATONA
Wissenschaftliches Zentralinstitut für
Gesundheitserziehung beim
Gesundheitsministerium
Népköztársaság-utja 82
H-1062 *Budapest VI*

Vereinigtes Königreich

Dozent Dr. LEO BARIĆ
Abteilung für Community Medicine
Universität Manchester
Stopford Building, York Place
GB-Manchester 13

Dr. med. PAUL CARY
The Health Education Council
(Zentrale für Gesundheitserziehung)
78, New Oxford Street
GB-London WC1A 1AH

Gruppendiskussionen

Deutschsprachige Gruppe

Arbeitsgruppenleiter

Dr. CHRISTEL SCHULTZE-RHONHOF

Protokoll

HANS-DIETER KLJANSKI

GISELA BARTLING
GERHARD DALLMANN
Dr. SOFIJA DJURIĆ
Dr. SÁNDOR FÜSTI-MOLNÁR
Dr. CLAUDIUS GERIG
WALTRAUT KLINKOW
KAJ KOSKELA
Dr. EVA PAROW-SOUCHON
ANITA RIEGER
PETER SABO
Dr. KARL SCHINDL
Prof. LOTHAR STAECK
Dr. GISELA TRURNIT
HEINZ WICKERT

Englischsprachige Gruppe

Arbeitsgruppenleiter

Dr. WALTER SCHWEIZER

Protokoll

Dr. PAUL CARY

GEORG ANDERS
Prof. RICHARD FELTEN
GABRIELE FORTMANN
Dr. HANS HOWALD
FINN MONAHAN
MARGARETE NILSON-GIEBEL
NILS ÖSTBY
Dr. PETER SCHNOHR
Dr. KRYSZYNA TARNOWSKA
REINER TOBIEN

Englisch/deutschsprachige Gruppe

Arbeitsgruppenleiter

Dr. LEO BARIĆ

Protokoll

Dr. ILKKA VUORI

BJÖRN ENGSTRÖM

Dr. GORM JENSEN

LEONARDA M. KLINKERT

Dr. HANS MEINERTZ

Dr. MARGARETE REISS

Mehrsprachige Gruppe

Arbeitsgruppenleiter

Dr. NIKOLA MILEV

Protokoll

HAMOUDA BEN LAMINE

Dr. VERA ATANACKOVIĆ

Prof. ESTER BALESTRA

Dr. JACQUES BASSOT

Dr. BARBARA CYBULSKA

Dr. EDIT KATONA

URSULA LOCH

ELISABETH MÜLLER

Dr. BOSCHIDAR ANGELOV NALBANSKI

Dr. G. REGINSTER-HANEUSE

JEAN SAVY

Prof. MAURICE SERISÉ

HANS WEBER

BOREK ZOFKA