**Gesundheit in Fernsehen und Internet
Eine Studie über Angebot, Qualität und Nutzung
von Gesundheitserziehung in den Medien**

Dissertation

**zur Erlangung des Doktorgrades
der sozialwissenschaftlichen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen**

**vorgelegt von
Yu-Chen Chang
aus Taiwan**

Göttingen 2001

Referentin:	Frau Prof. Dr. C. Krause
Koreferent:	Herr Prof. Dr. H.-D. Haller

1. Einleitung und Problembeschreibung	6
2. Zielsetzung und Durchführung der Arbeit	10
3. Theoretischer Teil	
3.1. Darstellung unterschiedlicher Bildungsformen	17
3.1.1. Formelle Bildung	17
3.1.2. Nichtformelle Bildung	18
3.1.3. Informelle Bildung	18
3.1.4. Inzidentielle Bildung	18
3.2. Beschreibung der Wissenskategorien	19
3.2.1. Begriff vom Wissen	19
3.2.2. Handlungswissen	20
3.2.3. Orientierungswissen	22
3.2.4. Erklärungswissen	24
3.2.5. Quellenwissen	26
3.3. Medien als Wissensvermittler	26
3.3.1. Das Massenmedium Fernsehen	27
3.3.2. Die Entwicklung des Internet	28
3.3.3. Die Funktion des Internet	29
3.3.3.1. eMail und Mailingslisten	29
3.3.3.2. Newsgroups	31
3.3.3.3. Chat	32
3.3.3.4. Chat-Channels und Chat-Rooms	33
3.3.3.5. WWW-Seiten	33
3.4. Massenkommunikationsforschung	35
3.5. Gesundheit als Thema der Medien bezüglich besonderer Problembereiche	40
3.5.1. Definition von Gesundheit	40
3.5.2. Problembereich Rauchen	47

3.5.3.	Problembereich Alkoholkonsum	60
3.5.4.	Problembereich Medikamentenmißbrauch	74
3.5.5.	Problembereich Streß	84
3.5.5.1.	Definition	85
3.5.5.2.	Stressoren	86
3.5.5.3.	Definition von Alltagsproblemen	89
3.5.5.4.	Belastung durch Alltagsprobleme	90
3.5.5.5.	Bewältigungsdefinition und -konzepte	92
3.5.5.6.	Klassifikationen von Bewältigungsverhalten	95
3.5.6.	Problembereich Ernährungsverhalten	102
3.6.	Zusammenfassung	105
3.7.	Gesundheitserziehung: historischer Überblick	108
3.7.1.	Aufgaben und Ziele der Gesundheitserziehung	114
3.7.2.	Gesundheitserziehung im Fernsehen	121
3.7.2.1.	Gründe für das Einschalten von Gesundheitssendungen	124
3.7.2.2.	Die Wirkung von Gesundheitssendungen	126
3.7.3.	Gesundheitserziehung im Internet	132
3.7.3.1.	Gründe für die Nutzung des Internet	133
3.7.3.2.	Die Auswirkungen der Gesundheitsangebote	134
3.8.	Zusammenfassung	136
4.	Empirischer Teil	
4.1.	Forschungsstand zur Nutzung von Gesundheitserziehung Im Internet	138
4.2.	Eigene empirische Untersuchungen	142
4.2.1.	Ziel und Begründungen	142
4.2.2.	Forschungsfragen	144
4.2.3.	Erwartungen/Hypothese	144
4.2.4.	Methode der Datenerhebung	147

4.3.	Darstellung der Produzentenbefragung –TV	147
4.3.1.	Befunde der Produzentenbefragung – TV	147
4.3.2.	Interpretation der Befunde	158
4.4.	Darstellung der Facharzt-/Expertenbefragung – Internet	160
4.4.1.	Schematische Darstellung der Befunde	161
4.4.2.	Interpretation der Befunde	178
4.5.	Darstellung der Nutzerbefragung – Internet	179
4.5.1.	Befunde	180
4.5.2.	Interpretation der Befunde	193
4.6.	Dokumentenrecherche	194
4.6.1.	Befunde	195
4.6.1.1.	Bluthochdruck	195
4.6.1.2.	Heuschnupfen	198
4.6.1.3.	Rückenschmerzen	200
4.6.1.4.	Schlaganfall	202
4.6.1.5.	Rauchen	204
4.6.1.6.	Alkohol	206
4.6.1.7.	Streß	208
4.6.1.8.	Medikamentenmißbrauch	210
4.6.2.	Interpretation der Befunde	212
4.7.	Tabellen über das Wissenswachstum	213
4.8.	Zusammenfassung	218
5.	Schlußfolgerung	221

6.	Literatur	225
7.	Anhang	250

1. Einleitung und Problembeschreibung

Anfang der 60er Jahre verbreitete sich das Fernsehen derart, daß sich seitdem das Leben eines großen Teils der Menschheit radikal geändert hat. Zuvor verbrachten Familien mehr Zeit miteinander und teilten ihre täglichen Erfahrungen. Abends z.B. saßen sie zusammen - Eltern erzählten ihren Kindern Märchen, Geschichten oder halfen bei den Hausaufgaben.

Seit der Verbreitung des Fernsehens verbringen Familien immer häufiger ihre Freizeit vor dem Fernseher. Nicht selten wird sogar der Tagesablauf nach dem Fernsehprogramm ausgerichtet. In der Pädagogik spricht man sogar vom Fernseher als „Babysitter“, wenn Kinder zum Teil dem Gerät überlassen werden.

Auch in der Schule wurde Fernsehen nach und nach als Hilfsmittel eingesetzt. Visuelle Darstellung auf dem Bildschirm ist lebhaft, abwechslungsreich und interessant. Dadurch können die Zuschauer ihre Aufmerksamkeit konzentrieren. Das Fernsehen hat nicht nur die Funktion der Unterhaltung, sondern gilt auch als Informationsträger. Es ist heutzutage nicht mehr wegzudenken. Es hat seinen Platz in unserem Leben und zunehmenden Einfluß auf unsere Gedanken und unser Verhalten.

Natürlich freilich fehlen die warnenden Stimmen nicht, die die Einflußnahme der Medien eher als bedrohlich und entmündigend beurteilen. (So hatte beispielsweise McLuhan davor gewarnt, Kinder dem Medium Fernsehen auszusetzen, bevor sie über bestimmte kognitive Fähigkeiten, wie z.B. Reflexion und Bewertung, verfügen.)

„Nach detaillierter Analyse kam Ulrich Neisser, Kognitions-Psychologe an der Cornell-Universität im US-Bundesstaat New York, zu einem anderen Schluss. Den größten Zuwachs an Fähigkeiten registrierte der Forscher in einem ganz speziellen Testbereich: Bei den räumlich-visuellen Aufgaben. Kinder seien in diesem Jahrhundert verstärkt Bildern ausgesetzt: in Fotos, Filmen, Fernsehen, Computerspielen und in der Werbung. In der blitzschnellen Analyse von Bildern

zeige sich die heutige Generation gegenüber früheren geradezu virtuos“. (Der Spiegel 42/1999, S. 298).

Das Fernsehen dient auch zur Informationsvermittlung, denn es bietet Wissen z.B. über Natur, ländliche Kultur, Religionen und auch Gesundheit. Die Fernsehanstalt trägt wesentlich dazu bei, Sensibilität für Gesundheitsfragen zu wecken und praktisches Wissen zur Vorsorge und Behandlung zu vermitteln.

Mit der rasanten Verbreitung des Computers hat sich seit 1994 auch „über Nacht“ das Internet seinen Platz in den Familien und Schulen weltweit erobert. Es bietet vielseitige Informationen von der Bekanntschaftsuche bis zu wissenschaftlichen Debatten. Das heißt, es steht im Zentrum des Wissensmanagements. Gerade der Computer steht nicht nur mit Zahlen und Textfragmenten zur Verfügung, sondern kombiniert Informationsangebote aus Bildern, Schrift und Sprache. Es gibt keine Orts- und Zeitbeschränkung. Zu jeder Zeit kann das Internet genutzt werden.

Die Menschen in der heutigen Gesellschaft werden von massiven Informationen überflutet.

„In einer Zeit, in der sich das Wissen in wenigen Jahren verdoppelt; in der ein jeder geradezu einer Informationsflut ausgesetzt ist, wird es immer schwerer, Informationen einzuordnen. In unserer Informationsgesellschaft bezieht sich ein Großteil individueller und gesellschaftlicher Handlungskompetenz auf Informationen sehr unterschiedlicher Art“. (Arndt, 1996, S.85).

Unser Gehirn wird ständig von morgens bis spät abends mit Informationen überschüttet. Sie sind noch nicht verarbeitet, schon kommen wieder neue. Es ist eine Zeit der Innovation, die es bisher so nicht gab.

In der vorliegenden Untersuchung soll der Einfluß des Internet auf Gesundheitserziehung im Vordergrund stehen. Es ist daher unumgänglich, zunächst zu klären, was mit „Gesundheit“ gemeint ist und wie Wissen über

Gesundheit im Fernsehen und Internet vermittelt werden kann. Warum ist Gesundheit so wichtig für uns? Welche Rolle spielen diese Medien für die Gesundheit? Wie wird Gesundheit durch Fernsehen und Internet beeinflusst? Solche Fragestellungen sollen im einzelnen bearbeitet werden.

Das Thema „Gesundheit“ ist ein bekanntes Gebiet in der heutigen Gesellschaft, mit dem sich jeder mehr oder weniger beschäftigt. Die deutschen staatlichen Fernsehsender „ARD“ und „ZDF“ produzieren seit langer Zeit Gesundheitsprogramme. Ähnliche Gesundheitsprogramme in den USA können weltweit durch Satellit empfangen werden. Auch im 21. Jahrhundert wird Gesundheit ein wichtiges Thema sein. Es werden immense Summen für Gesundheit ausgegeben. Zugenommen haben vor allem die psychischen Erkrankungen.

Im Internet wird das Thema „Gesundheit“ unter verschiedenen Suchmaschinen wie z.B. 'yahoo', 'altavista', 'lycos' u.a. angeboten. Die unterschiedlichen Institutionen sowie die Pharmaindustrie, Medien, Kliniken, öffentliche Einrichtungen u.s.w. haben ihre eigenen Webseiten im Internet und stellen die Entstehung von Krankheiten, die Vorsorge und die Heilmethoden dar. Jeder kann Zugang zu der Webseite suchen, ganz gleich welche Information gebraucht wird.

„Rund ein Sechstel des Sozialproduktes in den ökonomisch entwickelten Ländern wird inzwischen für den Gesundheitssektor benötigt (in Deutschland waren es 1994 etwa 460 Mrd. DM, in den USA fast 1000 Mrd. US-Dollar). Dabei sind es nicht nur die weitverbreiteten schweren Krankheiten wie Krebs, Aids, Herzinfarkt und Rheuma, die die Kosten hochtreiben. Rapide zugenommen haben diffuse Erkrankungen wie Allergien und vegetative Störungen, vor allem aber psychisch bedingte Leiden. Mindestens 25 Prozent der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, leiden vorwiegend an seelischen Störungen und Erkrankungen“ (Nefiodow, 1997, S.117).

Es wird deutlich, daß Gesundheit eine der wichtigsten Angelegenheiten der Menschheit ist. Daher wird verständlich, daß gerade bei

Gesundheitsanliegen der Computer ein Mittel zur Gesundheitserziehung wird.

Bereits in den 60er und 70er Jahren wurde versucht, den Computer zur Wissensvermittlung im Schul- und Bildungsbereich einzusetzen (vgl. Mandl, 1989, S.100). Seitdem haben sich die pädagogisch-didaktischen Methoden in Schulen rasant verändert. Der Computer kann eine wichtige Unterstützung im Unterricht sein.

„Ziel der Bundesregierung ist, bis 2001 alle Schulen ans Internet anzuschließen. Bis 2003 sollen in 26 länderübergreifenden Modellprojekten neue Ideen, Konzepte und Tools zur Nutzung des Lehr- und Lernpotentials der neuen Medien, welche greifbare Veränderungen der Bildungspraxis bewirken können, entwickelt und umgesetzt werden. Des weiteren fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung bis 2004 fünf Leitprojekte, die innovative Lösungen für die 'Nutzung des weltweiten Wissens in Aus- und Weiterbildung und Innovationsprozessen' entwickeln“. (Bulmahn, Merz 6/99, S.341f).

„Eine wichtige Zwischenstation hat die Entwicklung des computergestützten Lernens mit dem Einsatz immer komplexerer multimedialer Systeme erreicht, die das Paradigma des selbstverantwortlichen, selbstorganisierten Lernens besonders fördern sollen. Per Mausklick können sich Lehrer und Schüler heute in den unendlichen Weiten des Internet bewegen und per Telekonferenz miteinander kommunizieren. Zum ersten Mal in der Geschichte des maschinell gestützten Lernens erhält der Begriff Bildungstechnik eine neue Dimension. Technik ist nicht mehr Sinnbild für digital konservierten Lehrstoff, sondern ein neues Mittel zur Raumüberwindung: Lernen am heimischen Terminal statt in der Schule oder an der Universität“. (Schäffer, 1996, S.86f).

Sozialisation, Lernen und Bildung laufen heute zunehmend auf informellen Wegen über Gleichaltrige, in Cliquen und Subkulturen, durch Medien und neue Informationstechnologie ab. Gerade das neue Medium Computer führt zu einem technologischen Wandel und bringt neue Anforderungen an Wissen und Kompetenz für den Alltag und Beruf mit sich. Die Dynamik der Entwicklung und Verbreitung neuer Informationstechnologie

schaftt eine reduzierte Beständigkeit einmal erworbener Wissenbestände und einen erweiterten Qualifikations- und Lernbedarf. (vgl. Tully, 1994, S.19).

Die von der UNESCO und UNICEF (vgl. Sandhaas) vorgeschlagene Unterscheidung von „formeller Bildung“ als in der Schule erworbener Bildung und „informeller Bildung“ als Bildung durch Medien, die später ausführlich diskutiert werden sollen, können einander ergänzen oder ersetzen. Dementsprechend verändert sich auch die Rolle des Lehrers durch die Entwicklung computerunterstützter Lehrprogramme. Das Ziel des interaktiven Lernens besteht darin, daß den Lernenden ein Wissenserwerb gemäß ihren individuellen Vorkenntnissen und Lernfortschritten in spezifischen Wissensbereichen zu ermöglichen ist. (vgl. Mandl, 1989, S.101).

Durch die neuen Medien könnte auch in Schulen ohne Anleitung der Lehrer selbständig gelernt werden. Der Computer könnte die Rolle der Lehrer ersetzen; die Gefahr würde allerdings darin bestehen, daß das umfangreiche Wissen im Internet unkontrollierbar wäre. Jede(r) hat leichten Zugang zu den Informationen. Aber gerade die Fähigkeit des Auswählens besitzen Schüler noch nicht. Die traditionellen Lehrmethoden und die modernen Medien könnten gut miteinander verknüpft werden und sich gegenseitig unterstützen, um den Lehrstoff noch besser zu vermitteln.

2. Zielsetzung und Durchführung der Arbeit

Zunächst einmal kann an der zunehmenden Fülle an Literatur und Fernsehsendungen über Gesundheitsfragen und -probleme festgestellt werden, daß ein großes Interesse an diesen Themen bei der Bevölkerung der Industrieländer besteht.

Welchen Beitrag das Fernsehen oder das Internet zu Gesundheitsfragen tatsächlich liefern können, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, wobei die unterschiedlichen Funktionen von Fernsehen und Internet zu betrachten sind. Dabei soll einerseits fokussiert werden, in welcher Art und

mit welcher Zielsetzung der Inhalt aufbereitet wird, und andererseits, ob und wie der Transfer in den Unterricht gewährleistet wird.

Dabei sind viele Faktoren zu bedenken. Die Medien Fernsehen und Internet können wie das herkömmliche Schulbuch eingesetzt werden oder aber in all ihren technischen Möglichkeiten der multimedialen Darstellungen genutzt werden. Zu hinterfragen bleibt jedoch, wie die didaktische Aufarbeitung des Stoffes gehandhabt wird, ob z.B. Rücksicht genommen wird auf Vorkenntnisse, Altersstufen und Lernfähigkeit. Ein Vorteil des Internet liegt ohne Zweifel in der Möglichkeit der permanenten Aktualisierung des Stoffes durch Fachleute.

Das Angebot im Internet ist groß und reicht von Informationen über Gesundheit, Krankheit und Ernährung bis hin zu Gesundheitserziehung in Schulen. Alternative Möglichkeiten gesunder Ernährung, seelischer Ausgeglichenheit und körperlicher Aktivität werden von Krankenkassen und Fitnesszentren angeboten. Besonders interessant dabei ist auch der erzieherische Anspruch der Massenmedien wie Druck, Radio, Fernsehen und Computer-Internet. Sie bieten uns immer mehr Informationen in allen Bereichen der Gesundheit, des medizinischen Wissens, der aktuellen Nachrichten u.s.w. an. Darüber hinaus bietet das Internet die Möglichkeit der direkten Kommunikation wie z.B. Diskussionsrunden (Foren) und Rückmeldung (Newsgroups) über Gesundheitsfragen, die auch in der Arbeit untersucht werden sollen. Andererseits fällt jedwede Kontrolle, Vorauswahl und Autorisierung z.B. durch die Schulbehörde weg.

Daher ist es auch ein Anliegen dieser Untersuchung, Fachleute hinsichtlich der Qualität einiger Websites zu speziellen Gesundheitsprogrammen im Fernsehen und Internet zu befragen.

Dabei spielt auch die Zielgruppe, die durch eine Sendung oder Website angesprochen wird, eine erhebliche Rolle. Sind die Websites, selbst wenn sie von Fachleuten als qualitativ gut beurteilt würden, tatsächlich ohne weiteres für den Unterricht brauchbar, d.h. lassen sich die angebotenen

Gesundheitskonzepte im Internet auch tatsächlich in die Unterrichtskonzepte integrieren? Es besteht auch die Gefahr einer Euphorie, Stoffe ungefiltert zu verbreiten. Welche Möglichkeiten der Vorauswahl hat denn z.B. ein Lehrer?

Um verstehen zu können, in welcher Art und Weise nun durch das überreiche Informationsangebot ein Lehr-/Lernprozeß in Gang gesetzt wird, bedarf es der Erläuterung unterschiedlicher Formen der Bildung und der Wissenskategorien.

In Kapitel 3 beginnt daher die Darstellung und Untersuchung unterschiedlicher Bildungsangebote und ihre Kategorisierung in formelle, nonformelle, informelle und inzidentelle Bildung (3.1.). Dann folgt die Beschreibung und Erklärung der verschiedenen Wissenszugänge (3.2.).

Wissen wird durch Massenmedien weltweit vermittelt. Das Fernsehen und das Internet spielen eine wesentliche Rolle in der Informationsgesellschaft, insbesondere bei umfangreichen Informationen über Krankheit, Ernährung und Gesundheit. Experten werden zur Erklärung und Diskussion der Krankheitsentstehung und der Heilungsmethode ins Studio eingeladen. In Kapitel 3.3. wird auch die Funktion des Massenmediums „Fernsehen“ und die Entwicklung des Internet beschrieben. Dies zeigt, welche Rolle die Medien als Wissensvermittler spielen.

Im Vergleich zum Fernsehen oder zum Radio ist das Internet vielseitiger, denn es bietet nicht nur vorgefertigte, zu konsumierende Sendungen an, sondern gibt auch die Möglichkeit, an der Kommunikation teilzunehmen. Das Internet wird langsam die Rolle anderer Medien übernehmen, weil es die verschiedenen Informationen in kurzer Zeit weltweit anbietet.

„Die Informationsgesellschaft ist mehr als vorangegangene Gesellschaftsformen darauf angewiesen, daß notwendiges Wissen verfügbar gemacht wird und daß der Zugang zu Informationen vereinfacht ist“ (Tully, 1994, S.19).

Ebenfalls in Kapitel 3.3. wird nicht nur die Entwicklung des Internet beschrieben, sondern auch dessen Funktion, und wie man durch das Internet lernt oder welches Angebot aus ihm zu entnehmen ist. Zunehmend dient es auch als ein Medium, um Rundfunk zu übertragen. Schon jetzt lassen sich Hunderte von Webseiten mit „real-video-and-audio“-Funktion finden, von denen aus - zum Teil - sogar live-radio-und Fernsehstationen ihr Material verbreiten.

Nach einer Untersuchung über „Informelles Lernen und Fernsehen“ von Strittmatter (1990, S.59) ergibt sich, „daß nicht so sehr der Informationsinput entscheidend dafür ist, daß ein Rezipient lernt, sondern wie gut Informationen in vorhandene Wissenstrukturen integriert werden können und wie stark die Bedürfnisse des Rezipienten sind, sich Erklärungen zu schaffen“.

Eines der großen Gebiete, die immer häufiger erklärungsbedürftig geworden sind, ist die Prävention. Der Prävention kommt daher eine immer größere Bedeutung zu. Deshalb befassen sich Ärzteschaft, Gesundheitsbehörden, Krankenkassen und andere Institutionen immer stärker mit den Grundfragen bzw. Problemkreisen, den Ursachen und Risikofaktoren wie Ernährungsfehler, Bewegungsmangel, Genußmittelmißbrauch, Suchtmittel und ihre Folgen, z.B. Alkoholmißbrauch, Drogen- und Arzneimittelmißbrauch und Nikotin, die die Zivilisationskrankheiten auslösen. Eine nähere Beschreibung folgt in Kapitel 3.5. unter Gesundheitsverhalten bei besonderen Problembereichen: Rauchen, Alkohol, Medikamentenmißbrauch, Streß und Übergewicht. Da die Wurzeln der Gesundheitserziehung durch Medien in außermedialen Formen der Erziehung zu suchen sind, wird in Kap. 3.7. ein Überblick über Zielsetzungen und Aufgaben der Gesundheitserziehung ab 1900 bis zur heutigen Zeit gegeben. Im Anschluß daran wird die Zielsetzung in Gesundheitssendungen beschrieben: welche Rolle übernimmt das Fernsehen für das Gesundheitswissen? Warum ist Gesundheitswissen so wichtig für die Zuschauer, und welchen Einfluß hat die Gesundheitssendung auf sie? Schließlich wird vor der Darstellung des empirischen Teils dieser Arbeit eine Zusammenfassung gegeben.

Zu Beginn des empirischen Teils werden in dem darauffolgenden Kapitel 4.1. mehrere Untersuchungen über die Zielsetzung und die Nutzung der modernen Technik „Internet“ von unterschiedlichen Institutionen dargestellt. Ein Blick auf den Forschungsstand soll zeigen, welche Rolle das Internet in der Informationsgesellschaft spielt und welche Funktion und welchen Einfluß es hat.

„Im Internet und in zahllosen Foren kommerzieller Online-Dienste sind Tausende von Newsgroups eingerichtet worden und gestatten sehr direkte Kontaktaufnahmen unterschiedlicher Form: eins-zu-eins, eins-zu-vielen, viele-zu-vielen. Menschen, die gleiche Interessen haben, können sich Online finden und organisieren, ohne daß es sie die geringste Mühe kostet. Orte, wo kleine Gemeinschaften Informationen austauschen können“. (Gates, 1995, S.391). ... „Je mehr die Online-Gemeinschaften an Bedeutung gewinnen werden, desto häufiger wird man sich an sie wenden, um in Erfahrung zu bringen, wie die Öffentlichkeit wirklich denkt“. (Gates, 1995, S.306).

Die meisten TV-Programme in Deutschland oder Amerika verfügen inzwischen - über die Sendungen hinaus - über eine Koppelung mit dem Internet. Die Zuschauer können das Gesundheitswissen zu jeder Zeit im Internet im Einzelnen anschauen. Dem vorgegebenen Ziel dieser Arbeit gemäß lautet hierbei eine Fragestellung: Wie transportiert die jeweilige Sendung Gesundheitswissen und welche Zielsetzung ist in ihr erkennbar? Daher wurden in der vorliegenden Untersuchung deutsche und amerikanische Sendungen und ihre Präsenz im Internet mit Hilfe einer Inhaltsanalyse untersucht. In Kapitel 4.3. beginnt der Vergleich zwischen den Darstellungen von Gesundheitswissen in drei Kulturen (Deutschland, Amerika und Singapur). Es war geplant, in diesen drei Ländern Interviews mit Menschen, die Gesundheitsprobleme haben, im Internet durchzuführen. Leider konnte ich nur Deutschland und Amerika berücksichtigen. Es war nicht möglich, Kontakte mit Singapur herzustellen, da dort Menschen mit gesundheitlichen Problemen ihre eMail-Adresse nicht gerne im Internet hinterlassen.

Nach der Erörterung des methodischen Vorgehens wurden Menschen mit Gesundheitsproblemen schließlich interviewt und gefragt (4.5.), warum sie Gesundheitsratschläge im Internet suchen und welche Zielsetzung sie von anderen erwarten.

Um die Interviews einzuschränken, wurden acht Themen (Bluthochdruck, Schlaganfall, Heuschnupfen, Rückenschmerzen, Rauchen, Alkohol, Streß und Medikamentenmißbrauch) ausgewählt. Jedes Thema bezieht sich auf 10 Webseiten, die ich auf die Frage hin bearbeitet habe: welche Organisation bietet Gesundheitswissen im Internet an (4.6.)? In manchen Fällen sollen Produkte verkauft werden, in anderen sollen Menschen zum Thema Gesundheitswissen im Internet informiert werden. Wie aber recherchieren derartige Organisationen Gesundheitswissen im Internet, und in welchen Zeitabständen wird Gesundheitswissen im Internet erweitert?

In einem weiteren Schritt wird die Qualität der Wissensvermittlung über Gesundheit im Internet durch 15 Experten überprüft (4.4.). Dafür nahm ich Kontakt mit sechs Fachärzten von Göttingen auf und einigen Ärzten im Internet, die ein Thema (Bluthochdruck) auf unterschiedlichen Webseiten (Pharmaindustrie, Stiftung, Institution, Sendung) dahingehend beurteilen sollten, ob die Informationen konkret und korrekt im Internet vermittelt wurden und ob diese für Laien geeignet sind. Der gleiche Fragebogen wurde auch Ärzten aus englischen Sprachgebieten im Internet mit der Frage vorgelegt: Wie gut ist die Wissensvermittlung im Internet?

Schließlich sollen die Ergebnisse meiner Befragung verschiedener Sender (zwei in Amerika und zwei in Deutschland), zum einen von Menschen mit gesundheitlichen Problemen und zum anderen von Experten ausgewertet werden.

„Im Internet wird Wissen nicht nur präsentiert, sondern auch in viel stärkerem Maße als in anderen Medien reflektiert und problematisiert. Wo Informationsrezipienten gleichzeitig auch Informationen produzieren und die

Methoden der Informationsbereitstellung transparent sind, wird die Rezeption unweigerlich kritischer“. (Döring, 1997, S.322).

Niemand weiß ganz genau, woher die Informationen stammen, wer der Autor ist, wie aktuell sie sind und nach welchen Kriterien sie zusammengestellt sind. Viele ungelöste Fragen stehen hinter der modernen Technik Internet. In meiner Schlussfolgerung (4.7.) wird das konkret und explizit beschrieben.

3. Theoretischer Teil

3.1. Darstellung unterschiedlicher Bildungsformen

Die Begriffe „formelle Bildung“, „nichtformelle Bildung“, „informelle Bildung“ und „beiläufige (inzidentelle) Bildung“ stammen aus der Terminologie der von internationalen Organisationen wie UNESCO, UNICEF und Weltbank wesentlich geförderten und schwerpunktmäßig im US-amerikanischen Sprachraum angesiedelten development education der frühen 70er Jahre. Sie bedeuten zunächst Untersuchungs- und Entwicklungsfelder in verschiedenen Weltregionen, vor allem auf der südlichen Halbkugel, mit denen sich auch erziehungswissenschaftliche Teildisziplinen in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen einer interdisziplinären Bildungsforschung in nennenswertem Umfang seit Mitte der 70er Jahre beschäftigen (vgl. Gold-Schmidt/Melber, 1981, Sandhaas, 1995, S.399).

3.1.1. Formelle Bildung

Die formale Aufgliederung aller denkbaren menschlichen Lernaktivitäten und -situationen in vier Bildungsformen (auf der Grundlage eines generellen Bildungsbegriffs und in Abgrenzung zum Sozialisationsbegriff, der auf spezifische Kulturen und Gesellschaften gerichtet ist) wurde erst zu Beginn der 80er Jahre durchgeführt. Evans (1981, S.28) definiert: „Formelle Bildung („formal <school> education“) ist gekennzeichnet (und so von nichtformeller Bildung unterschieden) durch ihre Anbindung an Institutionen, die als Schulen gedeutet werden und deren hervorstechendes Merkmal nach Altersgruppen gestufte Klassen sind, in denen Kinder und Jugendliche nach einem festen Curriculum durch einen Kader geprüfter Lehrer mit Hilfe standardisierter pädagogischer Methoden unterrichtet werden. (Sandhaas, 1995, S.400).

3.1.2. Nichtformelle Bildung

Nichtformelle Bildung („nonformal <out-of-school> education“) bezeichnet Lernen außerhalb von Schulen, bei dem sowohl die Informationsquelle als auch der Lernende die bewußte Absicht zur Förderung des Lernprozesses haben. (vgl. Sandhaas, 1995, S.400).

„Die non-formelle Bildung substituiert, begleitet oder ergänzt die formelle Bildung. Man spricht von einer komplementären non-formellen Bildung, wenn ergänzend Inhalte vermittelt werden, von supplementärer bei „an Schulbildung zu einem späteren Zeitpunkt anknüpfender“ Bildung, die durch „neue Kenntnisse und Fähigkeiten“ erweitert wird. Bei der substitutiven nonformellen Bildung wird formelle Bildung ersetzt „. (Lernhart, 1993, S.2)

3.1.3. Informelle Bildung

Informelle Bildung („informal education“) findet in Situationen statt, in denen entweder der Lernende oder die Informationsquelle die bewußte Absicht hat, einen Lernprozeß zu setzen oder auch zu fördern - nicht aber beide. (vgl. Sandhaas, 1995, S.400).

Die informelle Bildung ist dabei also nicht nur eine Restkategorie, wie auch Lernhart ausführlich erklärt, sondern es geht um die wenig „spezifizierten erzieherischen Interaktionen“, die letztlich sehr unterschiedlich gestaltet sind, da sie wesentlich von der kulturellen Rahmung der Gesellschaft und den Prozessen der Modernisierung der Gesellschaften gebildet werden. (vgl. Tully, 1994, S.39).

3.1.4. Inzidentielle Bildung

„Beiläufige oder inzidentelle Bildung („incidental education“) ist bezogen auf Lernen, welches weder als bewußter Versuch der Informationsgebung seitens einer Quelle noch als bewußter Lernversuch seitens des Lernenden stattfindet“. (Sandhaas, 1995, S.400).

Der Unterschied zwischen formeller Bildung und den drei anderen Lern- und Bildungsformen besteht in den unterschiedlichen Bedingungen und der Lokalisation von Lernen, entweder in schulmäßig organisierten Institutionen (von Ortsschulen bis zu Universitäten) oder im nichtschulischen, alltäglichen Leben. Ansonsten spielen Form und Grad der Organisiertheit der Lernumgebung (des environments) eine Rolle sowie Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Lernintention bei dem Lernenden und/oder Lehrenden als Unterscheidungskriterien zwischen nicht-formeller, informeller und beiläufiger Bildung. (vgl. Fuhr 1986, Sandhaas, 1995, 400).

3.2. Beschreibung der Wissenskategorien

Nach CEWID (Computerergänzte Wissensorganisation) werden Wissensarten nach ihrer Funktion bestimmt, wie sie für Lern- und Erkenntnisprozesse gilt, und zwar

- handlungssteuernde Funktion (Handlungswissen)
- Orientierungsfunktion (Orientierungswissen)
- Erklärungs- und Verstehensfunktion (Deutungswissen)
- und Informationsfindungsfunktion (Quellenwissen)

Die folgenden Erklärungen über die Wissenarten sind nach CEDID orientiert.

3.2.1. Begriff vom Wissen

„Das Wissen ist, so wird immer wieder versichert - nicht genau zu fassen. Es handelt sich um ein „theoretisches Konstrukt“ (Böhme-Dürr/Emig/Seel, 1990, S.10), das durch die Zeitläufe vielerlei, auch widersprüchliche Auslegungen, erfahren hat, von diversen Disziplinen unterschiedlich gesehen und in Anspruch genommen worden ist“.

„Wissen - so lauten einschlägige Attribute - ist zugleich strukturiert vernetzt und organisiert, dynamisch und konstruktiv, kontextunabhängig und handlungsleitend. Über Wissen, sein Zustandekommen, seine Tradierung, seine Qualität, Substanz und Struktur, seine Dimensionen, Modalitäten und Funktionen denken Menschen nach und schreiben darüber, seit sie selbst wissend geworden sind bzw. sich als solche geäußert und medial dokumentiert haben“.
(Kübler, Medien praktisch 3/99, S.11).

Nach CEWID wird der Begriff „Wissen“ in anderem Sinne benutzt. Der Begriff des Wissens bezieht sich auf „Informationen“, „Inhalte“, „Daten“ (z.B. sprachlich, graphisch, ikonisch), auf die Form von Tatsachenbehauptungen, auf Interpretationen, auf Hypothesen, auf Begriffe oder auf Modelle. Wissen wird dabei erfasst als die von einer „Wissensgemeinschaft“ (z.B. einer Sprach- und Kulturgemeinschaft, einer wissenschaftlichen Gemeinschaft, einer Problemlösungsgemeinschaft, einer Profession) für „wahr“ (bzw. zweckmäßig, richtig, gut, gültig, zuverlässig, objektiv etc.) gehaltene Deutung (Erkenntnis, Erklärung) der Wirklichkeit bzw. von Ausschnitten aus ihr („Wissensbereichen“, „Wissenselementen“ etc.). Wissen kann daher nicht für absolut gelten, sondern stets nur relatives (innerhalb eines sozialen Bezugssystems stehendes) Wissen sein. (vgl. CEWID).

„Da sowohl die Erzeugung, Ordnung und Speicherung als auch die Verbreitung und Nutzung von Wissen im Zusammenhang mit menschlicher Tätigkeit (Produktion, Kommunikation, Erziehung, Kunst, Verwaltung, Ritualen etc.) steht, wird seine Bedeutung und sein Wert auch relativ hierzu gesehen“. (ebd.).

3.2.2. Handlungswissen

Nach CEWID ist Handlungswissen solches Wissen, das auf realem Handeln von Menschen (Praktiken, Techniken, Methoden und Strategien) beruht („Knowhow“ = „Gewußt wie“). Dafür werden gelegentlich auch die Begriffe „Können“ oder „Fertigkeit“ (im Englischen „skills“) benutzt (vgl. CEWID).

Handlungswissen kann auf traditionellem Handeln beruhen, das durch kulturelle Überlieferung vermittelt und unhinterfragt („selbstverständlich“) verwendet wird. Es kann aber auch auf zweckrationalem Handeln beruhen, bei dem Praxis aus rationalen Einsichten (z.B. wissenschaftlichen Erkenntnissen) entsteht oder entwickelt wird. (vgl. ebd.).

„Handlungswissen beinhaltet

- Wissen über sinnvolle Zweck- und Zielsetzungen,
- Wissen über die Bedingungen, unter denen ein bestimmtes Handeln sinnvoll ist,
- Wissen über Verfahrensweisen und Operationen,
- Wissen über Hilfsmittel und Werkzeug sowie
- Wissen über Kontrollverfahren und Gütekriterien,
- Wissen über Gefahrenquellen“ (CEWID)

Beim Handlungswissen gilt das Wissen als Einleitung, Steuerung und Regulierung von geistigen Tätigkeiten (Operationen) und/oder von körperlichen Handlungen (z.B. Handfertigkeiten, Balance, Beherrschung der Stimmorgane etc.). Handlungswissen bezieht sich auf eine Form von komplexem Verfahrenswissen (wie es typisch für die berufliche Aus- und Weiterbildung ist). (vgl. ebd.).

Beispiele zur Beschreibung von Handlungswissen

Handfertigkeiten

- „nähen“,

Körperbeherrschung

- „balancieren“,

Sprechhandlungen

- „nach dem Weg fragen“,

nonverbale kommunikative Handlungen

- „jemandem den Vogel zeigen“,

symbolische Handlungen

- „Schlüsselübergabe beim Neubau“,

Denkoperationen

- „schlußfolgern“,

Routine

- „schreiben“,

Heuristiken

- „ausprobieren, wie man aus Papier ein Trinkgefäß herstellen kann“
- „durch Ausprobieren wissenschaftliche Erkenntnisse herausfinden“

Methoden und Verfahren

- „ein Interview professionell durchführen“

Werkzeuggebrauch

- „eine Kettensäge sachgerecht handhaben“ (ebd.).

3.2.3. Orientierungswissen

Orientierungswissen ist Wissen, das jemand gewinnt, um sich in der Welt bzw. auf einem Gebiet zurechtzufinden, ohne schon in spezifischer Weise tätig zu werden. Das meiste schulische Wissen gilt als Orientierungswissen, aber auch Massenmedien vermitteln Orientierungswissen. Wer Orientierungswissen hat, weiß mehr oder weniger, daß es den betreffenden Sachverhalt gibt, er weiß aber nicht unbedingt etwas damit anzufangen. Er hat zumeist auch eine erste Einstellung dazu, weiß, ob es etwas Gutes oder etwas Schlechtes ist, ohne dies genauer begründen zu können. Und er kann im besten Falle den Sachverhalt in eine „geistige Schublade“ einordnen. Kurzum: Er kennt Wörter, Namen, Ereignisse, Daten, Begriffe und verknüpft diese untereinander mit gefühlsmäßigen Einstellungen. (vgl. CEWID).

„Orientierungswissen läßt sich gliedern in

- Einzeltatsachen (Namen, Ereignisse, Befunde, Eigenschaften, Daten),
- Begriffe (Bezeichnungen für geordnete Mengen von Einzeltatsachen),
- Schemata (Ordnungen und Ordnungsprinzipien) sowie
- Einstellungen (Wertvorstellungen und Beurteilungsweisen).“ (ebd.)

Orientierungswissen entwickelt sich nicht im luftleeren Raum, sondern ist das Produkt früherer Kommunikation, früheren Lernens und früherer Erfahrung. (vgl. ebd.,).

„Im Zusammenhang von Bildungsmaßnahmen ist es das Wissen, das erinnert oder das neu mitgeteilt wird, bevor Handlungen in Form von Lernaufgabenbearbeitungen stattfinden können“. (ebd.).

Orientierungswissen kann unausgesprochen („implizit“) vorhanden oder ausdrücklich mit Hilfe von Sprache, Graphiken etc. vermittelt werden. Im folgenden werden typische Formen von Orientierungswissen mit Beispielen entsprechender Aussagen verknüpft:

Wissen über einen Bezugsrahmen:

- „Hier wird nur simuliert, es ist kein Ernstfall“.
- „Es geht um einen Tarifkonflikt“
- „Es ist Wahlkampf“.
- „Hier geht es um ein religiöses Ritual“.
- „Dies ist ein Überfall“.

Wissen über die eigene Position (Rolle, Perspektive, Interessenlage):

- „Ich will Manager werden“.
- „Ich bin Konsument“.
- „Ich habe Familie“.
- „Ich bin Prüfling“.

Diskriminationen:

- „Der gezeigte Pilz ist ein Steinpilz“.

Namen:

- Diese Pflanze heißt Akelei“.

Assoziationen:

- „Bei Ferienbeginn gibt es oft Verkehrsstaus“.

Ereignisse:

- „1832 starb Goethe“.

Befunde:

- „Die Wälder in unserer Gegend sind zu 30% erkrankt“.

Merkmale:

- „Vollständige Sätze bestehen aus Subjekt, Prädikat und Objekt“.

Daten:

- Das Bruttosozialprodukt Deutschlands beträgt ca. 2000 Milliarden DM“.

Begriffe und Definitionen:

- „Elefanten, Wale, Ratten, Fledermäuse und Menschen sind Säuger“.

Relationen:

- „Je schneller das Tempo und je heißer die Straße, desto größer der Reifenverschleiß“.

Einstellungen zu Meinungsgegenständen:

- „Ich bin für Geschwindigkeitsbegrenzungen“.
- „Sport ist gesund“.

Wertorientierungen:

- „Was sauber ist, ist auch gut“.
- „Alles ist relativ“.

(Vor-) Urteile:

- „Was billig ist, kann nicht gut sein“.
- „Italiener sind faul“ (ebd.).

3.2.4. Erklärungswissen

„Dies ist Wissen, das Antworten auf die Frage enthält, warum etwas ist, wie es ist (gewußt warum = know why)“. (CEWID).

Nach CEWID wird „Deutungs- und Erklärungswissen“ als theoretisches (wissenschaftlich-theoretisches oder „Alltagstheoretisches“) Wissen im Unterschied zu orientierendem oder praktischem Wissen (Handlungswissen) erfasst. Erklärungs- oder Deutungswissen bedeutet, wie man sich selbst oder anderen eigene oder fremde Erfahrung deutet oder erklärt. Erklärungswissen setzt stets Erfahrung voraus. Dies muß nicht notwendigerweise „äußere“ Erfahrung sein. Es kann sich auch mit „innerer“ Erfahrung befassen. Erklärungswissen entwickelt sich aus der Reflexion, dem „Nach-Denken“ über Wahrnehmung, Handlungen und Ereignisse. Es setzt in der Regel auch Sprache voraus.

Deutungs- oder Erklärungswissen ist im allgemeinen verfügbar in Form von

- ganzheitlichen Deutungsmustern (Weltbildern“, „Weltanschauungen“, „Menschenbildern“ etc.) sowie in Form von
- elementaren Deutungsmustern (Begriffen, Modellen, Theorien, Typologien, Klassifikationen etc.).

Reflexion umfaßt Prozesse folgender Art:

- Kodieren (Information so verschlüsseln, daß sie speicherbar ist),

- Speichern (und damit für künftige Nutzung bereithalten),
- Erfahrung begrifflich fassen,
- Bedeutung und Sinn „für mich“ (subjektive Bedeutung) zuordnen,
- Bedeutung und Sinn „an sich“ (objektive Bedeutung) zuordnen,
- in (weltanschauliches oder theoretisches) Bezugssystem einordnen,
- Erfahrung entsprechend dem Bezugssystem gedanklich rekonstruieren,
- Schlußfolgerungen ziehen und
- Kommunikation über Erfahrungen und Schlußfolgerungen vorbereiten.

Die Aneignung von Deutungs- oder Erklärungswissen läßt sich entsprechend gliedern in das Erlernen von

- Codes (insbesondere von wissenschaftlichen und professionellen Sichtweisen),
- Speicherungsstrategien (des geordneten Erinnerns),
- Begriffen (insbesondere wissenschaftlichen, professionellen, weltanschaulichen) und „Sprachen“ (Fachsprachen etc.), subjektiven Bewertungs-, Verarbeitungs- und Lernstrategien,
- Kenntnissen über soziale und kulturelle Bezugssysteme, wissenschaftliche Richtungen („Paradigmen“) und professionelle Auffassungen („Zunftethos“), insbesondere ihre Wertvorstellungen,
- Strategien der normativen und theoretischen Rekonstruktion von Erfahrung (Theorie- und Modellbildung, Begründen und Rechtfertigen entsprechend dem gewählten Bezugssystem),
- Strategien der Formulierung von Hypothesen, Prognosen und Konsequenzen,
- Kommunikationsstrategien.

Dieser Überblick macht deutlich, daß manche der sogenannten „Schlüsselqualifikationen“ Deutungs- und Erklärungswissen einschließen.

3.2.5. Quellenwissen

Quellenwissen bedeutet Wissen um Informationsquellen. „Gewußt wo“ ist oft ebenso wichtig wie „gewußt was“ oder „gewußt wie“. Quellenwissen umfaßt Kenntnis von

- Personen (Kontaktpersonen, Experten, Betroffenen),
- Institutionen (Firmen, Vereinigungen, Verbänden, Schulen etc.),
- Dokumentationen (Archiven, Bibliotheken),
- Konferenzen und Tagungen,
- Netzwerken (Erfahrungsaustausch-Ringen),
- Handbüchern, Lexika und Nachschlagewerken,
- Lehrbüchern und Spezialliteratur,
- AV-Medien (Filme Video-Aufzeichnungen, Tonbandaufzeichnungen),
- Software, Datenbanken und Expertensystemen,
- Laufenden Forschungsprojekten,
- Zeitschriften und Reihen und
- „grauen Materialien“ (z.B. Geschäftsberichten und Manuskripten).

Es ist sinnvoll, beim Kurs-Design zu überlegen, ob und wie weit Quellenwissen als Informationsblatt zugänglich gemacht werden kann und soll.

3.3. Medien als Wissensvermittler

Medien sind Werkzeuge der Kommunikation, die diese ermöglichen oder unterstützen - mit Einschränkungen bezüglich ihrer Verlässlichkeit und dem Nachteil einer je nachdem mehr oder weniger starken Beeinflussung der Botschaft durch technische Bedingungen und Begleitumstände, an die sich die Nutzer anpassen müssen.

Die Medien sind die Übermittler von Information und Emotionen, also von Nachrichten, Daten, Meinungen, Gefühlen, von Unterhaltungs- und Bildungsangeboten. Medien sind Träger/Vermittler von Informationen in didaktischen Funktionszusammenhängen.

Informierende Fernsehprogramme scheinen in erster Linie für Zuschauer von Nutzen zu sein, die über gute Rezeptionsfähigkeiten verfügen (vgl. Tasche, 1996, S.43). Es bedarf wohl kaum einer langen Begründung, daß Massenmedien - allen voran das Fernsehen - für unsere Sozialisation,

unsere Gefühle und Erfahrungen, unser Wissen, unsere Kommunikation, für Politik und Wirtschaft usw. eine entscheidende Rolle spielen. (vgl. Schmidt, 1994a, Kunkel, 1998, S.177).

Das Internet interessiert in der Pädagogik als Distributionsplattform für didaktische Medien, als Wissenswerkzeug und als Lerngegenstand. Es gibt drei Perspektiven: 1. die Sicht der informationstechnischen Bildung, 2. die mediendidaktische und 3. die medienerzieherische Sicht.

3.3.1. Das Massenmedium Fernsehen

Das Fernsehen ist heute eines der wichtigsten Massenkommunikationsmittel für die Gesundheitserziehung. Die verschiedenen Gesundheitssendungen bieten dem Zuschauer vielfältige Gesundheitsinformationen an. Durch die Sendungen werden die Informationen über die Gefahren des Rauchens, über eine gesunde Ernährung oder über die ersten Anzeichen von Krebs verbreitet. Dadurch können die Kenntnisse über die Lebensvorgänge im Körper vermittelt werden, sieht Aufnahmen von Operationen oder erhält kleine Gesundheitstips, die jeder nachvollziehen kann. In einer österreichischen Untersuchung wurde nachgewiesen, daß Informationen aus dem Bereich „Medizin und Gesundheitswesen“ in erster Linie aus dem Fernsehen bezogen werden. Von 1982 befragten Personen nannten 59% das Fernsehen, 39% die Tageszeitung, 21% den Hörfunk und 15% mehrere Medien gleichzeitig als Bezugsquellen für Informationen über Gesundheitsfragen. (vgl. Kunze u.a., 1978, S.189).

Kein anderes Massenkommunikationsmittel bietet so vielen Rezipienten so unterschiedliche Informationen wie das Fernsehen an. In der Bundesrepublik Deutschland haben 96% aller Haushalte ein Fernsehgerät zur Verfügung. (vgl. Mersheim 1984, S.419).

„Das Fernsehen ist ein ‘Fenster zur Welt’, weitet also den Blick und damit die Denkformen; Fernsehen übermittelt Aktualitäten aus aller Welt überzeugend,

eindrucksvoll und nah, macht die Welt zu einem 'Global Village' (das ist die These des amerikanischen Medienforschers McLuhan), einem globalen Dorf, denn nun können wir nicht mehr nur vor der eigenen Tür kehren, sondern wir sind genauso über ferne Länder informiert, wir erfahren, was in Brasilien, Bosnien, im Nahen Osten oder sonstwo geschieht: Fernsehen hat das kulturelle Ausdrucksrepertoire bereichert, indem es neben Oper, Theater, Museum, Konzertsaal und Kino eine Fülle ganz unterschiedlich zu nutzender Inhalte und Gestaltungsformen ins Haus bringt. Es verbindet sich zunehmend mit interaktiven Diensten, erlaubt demnächst individuelle Programmwahl, bietet unterschiedlichen Zuschauergruppen spezielle Programme und trägt so zur weiteren Modernisierung der Welt bei". (Aufenanger, u.a.1996, S.16).

3.3.2. Die Entwicklung des Internet

Die dreißigjährige Entwicklungsgeschichte des Internet ist sehr komplex und voller Widersprüche.

Die Ursprünge der elektronischen Datenkommunikationsnetze, wie wir sie heute kennen, liegen - wie bei vielen Entwicklungen aus dem Bereich der Hochtechnologie - in militärischen Forschungsprojekten.

Der Beginn des Internet entstand aus der EDV. Im Jahr 1969 gründete das amerikanische Verteidigungsministerium ein Netzwerk mit dem Namen Arpanet. Dieses Forschungsnetzwerk sollte den US-Militärs Kenntnisse darüber vermitteln, wie man ein effektives Computernetz verwirklichen könne, das den Ausfall eines oder mehrerer seiner Systeme verkraftet ohne zusammenzubrechen.

Der zweite Grundgedanke hinter diesem dezentralen Netz zeigte, daß jeder Computer, gleich welchen Typs, mit jedem anderen Rechner kommunizieren konnte. Auf der Grundlage dieser Kommunikation entstand das Internet Protocol (IP), ein digitaler Briefumschlag, in dem die Daten verschickt wurden. Die IP-Software gab es schon bald für jeden Rechnertyp. Nach und nach entwickelten sich überregionale Netzwerke in den USA, die

auch mit dem Internet Protocol arbeiteten. Eines dieser Netzwerke wurde in den späten Achtzigern von der National Science Foundation geschaffen, um fünf Supercomputer miteinander zu verbinden. Aus der Notwendigkeit, diese Rechner auch den Universitäten zugänglich zu machen, entwickelte sich schließlich ein überregionales Netz, das die lokalen Netzwerke der Universitäten miteinander und mit den Computern verband. Das NSFNet ist der Backbone, der Ursprung des heutigen Internet. (vgl. Goldmann, u.a., 1995, S.13f).

Inzwischen ist nahezu jede Universität mit eigenen Computern im Internet vertreten. Forschungsergebnisse lassen sich ebenso von den lokalen Systemen abrufen wie der Speiseplan der Mensa. In einem beschränkten Rahmen hat jeder, der einen Internet-Zugriff hat, Zugang zu den universitären Systemen, kann Informationen abrufen oder Dateien auf den heimischen Computer kopieren. Der Utopie einer freien Informationsgesellschaft kommt kein Modell so nahe wie das Internet. (ebd., S. 14).

3.3.3. Die Funktion des Internet

Was das Internet und seine Informationsressourcen im Vergleich zu anderen Medien grundsätzlich unterscheidet, sind Umfang, Inhalt und Struktur der Informationen, auf die man jederzeit leichten und bequemen Zugriff hat.

„Das Internet bietet eine Reihe von Diensten, die u.a. dem Dateitransfer (FTP), der Steuerung entfernter Rechner (Telnet), der Informationsverbreitung und der sozialen Kommunikation dienen“. (Döring, 1997, S.310).

3.3.3.1. eMail und Mailingslisten

eMail ist neben dem WWW der am meisten genutzte Internet-Dienst. Mit dem eMail-Dienst (Electronic Mail) können Nachrichten (in der Regel: Textbotschaften) zeitversetzt zwischen einzelnen Personen im Internet ausgetauscht werden. (vgl. Schade, 1997, S.53ff, Döring 1999, S.36).

Das Mail dient nicht nur der privaten und beruflichen zwischenmenschlichen Kommunikation und der Pflege von sozialen Beziehungen, sondern teilweise auch der Informationsverwaltung. (vgl. Döring, 1999, S.36).

Döring (1999) unterscheidet sich drei Haupttypen von eMails werden im folgenden dargestellt.

- Ongoing Conversation: Die eMail gilt als ein Bestandteil einer längeren Korrespondenz. Sie bezieht sich auf zurückliegende Äußerungen und fordert zu mehr oder minder elaborierten neuen Kommentaren und Stellungnahmen auf.
- To Do: Die eMail enthält den Appell zu einer mehr oder minder aufwendigen Handlung.
- To Read: Die eMail enthält mehr oder minder umfängliche Informationen, die zur Kenntnis gekommen werden wollen (Döring, 1999, S.39).

Eine Mailingliste ist ein elektronisches Diskussionsforum zu einem vorgegebenen Thema, bei dem jeder Diskussionsbeitrag als eMail an alle angemeldeten Listenteilnehmer verschickt wird. eMail läßt sich didaktisch einsetzen, um den Erwerb von Fremdsprachenkompetenz in reale Kommunikationsszenarien einzubetten und sich mit interkulturellen Differenzen auseinanderzusetzen.

Eine Mailingliste führt ein schriftliches Forum zu einem definierten Thema (vgl. Schade 1997, S.60f). Sobald wir in einer Mailingliste eingeschrieben sind, können wir eMails „in die Liste“ schicken und damit all diejenigen erreichen, die ebenfalls eingeschrieben sind.

Offene oder öffentliche Listen sind ohne Zugangsbeschränkung. Geschlossene Listen (restricted/closed lists) können nur einem bestimmten Personenkreis vorbehalten sein. Bei einer geschlossenen Liste muß man zunächst an die Listenverwaltung schreiben, die entscheidet, ob man die

Kriterien für die Listenteilnahme erfüllt. Bei den moderierten Listen werden die Nachrichten vor dem Weiterversenden geprüft und unter Umständen eingeschränkt oder gar nicht weiterverbreitet. (vgl. Döring, 1999, S.52).

eMail- oder Mailingliste-Dienst ist eine Art der Unterstützung, der Ergänzung oder Substituierung in der formellen Bildung. Dies kann als ein Hilfsmittel beim Lehr-/Lernstoff benutzt werden.

Auf die Wissenkategorien bezogen, können eMail- und Mailingliste-Dienst als Handlungswissen - Wissen über sinnvolle Zweck- und Zielsetzung - gelten. Mit dem eMail-Dienst habe ich meinen Fragebogen an „betroffene Klienten“ und Fachleute geschickt. Erstens war es einfach, schnell und kostengünstig. Gleichzeitig konnte ich auch die Antworten umgehend zurückerhalten. Andererseits spielt auch die Anonymität eine wichtige Schutzrolle. Man kann mit verschiedenen Personen mit dem eMail-Dienst kommunizieren, aber niemand weiß, wo man wohnt und wie man heißt.

3.3.3.2. Newsgroups

„Eine Newsgroup ist ein schriftliches Austauschforum zu einem definierten Thema, bei dem die Beiträge nicht wie bei Mailinglisten automatisch per eMail an einen mehr oder minder überschaubaren Kreis von eingetragenen Mitgliedern geschickt werden (Push-Prinzip: passives Versorgtwerden mit Informationen), sondern auf Newsservern öffentlich zugänglich bereitstehen und von Interessierten dort abgeholt werden können (Pull-Prinzip: aktives Besorgen von Informationen)“. (Döring, 1999, S.58).

„Die Newsgroups sind thematisch in Rubriken (Hierarchien) eingeteilt, von denen acht besonders wichtig sind (sog. Big Eight): 1. news. (Fragestellungen rund um die Usenet News), 2. comp. (Computer), 3. sci. (Natur,- Technik- und Sozialwissenschaften), 4. humanities. (Geisteswissenschaften), 5. soc. (Politik und Kultur), 6. rec. (Freizeit), 7. talk. (kontroverse Themen) und 8. misc. (Vermischtes). Zusätzlich gibt es die nach etwas liberaleren Regeln geführte „alternative“ alt.-Hierarchie“. (Döring, 1997, S.312).

Von dem Standpunkt der Bildung aus können „Newsgroups“ als „inzidentelle Bildung“ gekennzeichnet werden, da die Interessierten ihre Informationen direkt beziehen können. Das heißt, sie wählen das Thema je nach Bedarf und kommunizieren mit bestimmten Person im Netz.

„Newsgroups“ fallen gemäß den beschriebenen Wissenskategorien in den Bereich des Orientierungswissens. Für meine Untersuchungen bin ich unter „Newsgroups“ mit betroffenen Klienten in Kontakt getreten.

3.3.3.3. Chat

Chat bedeutet Kommunikation im Internet mit einem (Gesprächs-) Partner. Der Chat ist am ehesten mit der Telefonkommunikation zu vergleichen und ist wie jene eine Dialogsituation, die sich durch die Non-Visibilität der Kommunikationspartner auszeichnet. (vgl. Döring, 1999, S.59).

„Beim Chat erscheinen die Tastatureingaben der einen Person unmittelbar auf dem Monitor der anderen Person, so daß ein synchroner textbasierter Dialog zustande kommt“. (Döring, 1999, S.95, zit. nach Schade, 1997, S.73ff).

Der Chat bezeichnet einen schriftlichen Dialog, der die Fähigkeit des schnellen Schreibens voraussetzt. Daher eignet es sich für den spontanen schriftlichen Dialog, wie z.B. Small-Talk, oder kurzfristige organisatorische Absprachen, Unterstützung, Beratung, Flirt. Diese Art der Kommunikation begünstigt Wortwitz und emotionale Ausdrucksfähigkeit (vgl. ebd., S.103).

„Schnelles Lesen und Tippen bei gleichzeitig starkem Engagement bindet die Aufmerksamkeit der Chattenden und führt oft zu dem für Flow-Erleben typischen Gefühl, daß die Zeit nur so verfliegt. Andererseits ist Chat-Kommunikation immer wieder durch Netlag (verzögerte Datenübertragung wegen Netzüberlastung) extrem behindert: wenn man eine Minute und länger auf die Reaktion des Gegenübers Warten muß, ist kein befriedigender Austausch möglich“. (ebd., S.103).

3.3.3.4. Chat-Channels und Chat-Rooms

„Auf einem Chat-Channel (IRC) bzw. in einem Chat-Room (www; ICQ) oder einem Forum (Online-Dienst) können mehrere Personen gleichzeitig miteinander chatten“. (Schade, 1997, S.73ff).

Im Vergleich zum Zweier-Chat wird die aktive Teilnahme an einem Chat-Channel oder Chat-Room deutlich mehr Aufmerksamkeit, Konzentration und auch Erfahrung fordern. Das heißt, die Teilnehmer sollen bei aller Hektik den Überblick behalten, blitzschnell reagieren und mehrere Diskussionsstränge gleichzeitig verfolgen können. (vgl. Döring, 1999, S.104).

„In den Chat-Rooms spielen leichte Bedienbarkeit und visuelle sowie akustische Aufbereitung eine größere Rolle, dazu gehören farbige Schriften und Hintergründe und akustische Signale“. (ebd., S.108).

Aus der Sicht der Bildungskategorien wird man Chatten als „informelle Bildungsform“ bezeichnen, „da es wesentlich von der kulturellen Rahmung der Gesellschaft und den Prozessen der Modernisierung der Gesellschaften gebildet wird“. (S. 16). „Chat“ oder „Chat-Channels“ (Chat-Rooms) verlangen „Erklärungswissen“, da sie dem Austausch eigener Erfahrungen und der Kommunikation über Emotion entsprechen.

3.3.3.5. WWW-Seiten

Das World Wide Web (WWW, W3) bietet mit seiner leicht bedienbaren Benutzungsoberfläche (WWW-Browser; z.B. Netscape, Mosaic) nicht nur vereinfachten Zugriff auf wichtige Internet-Dienste (News, FTP, Telnet), sondern integriert auch verschiedene Informationstypen (Hypertext, Fotos, Grafiken, Animationen, Video- und Audiosequenzen). Die begrenzten Datenübertragungskapazitäten im Internet begrenzen jedoch die Nutzung speicherintensiver Informationstypen (Animationen, Video- und Audiosequenzen) sehr stark. Typischerweise ist eine WWW-Seite ein Hypertext-Dokument, das aus einzelnen Textteilen zusammengesetzt ist, die

durch Hyperlinks untereinander sowie mit externen WWW-Seiten verknüpft sind. (vgl. Döring, 1997, S.317).

„Alle Dokumente und Objekte im WWW sind durch eine eindeutige Netzadresse - die URLC (Uniform Resource Location) - beschrieben. Ein URLC setzt sich aus drei Elementen zusammen:

- dem angesprochenen Internet-Dienst gefolgt von Doppelpunkt und Doppelslash (z.B. http://, ftp://; news://).
- dem Rechnernamen bzw. Servernamen beendet durch einen Slash (z.B. http://www.dgps.de) und
- dem Pfad und Dateinamen, jeweils durch Schrägstriche (Slashes) getrennt (z.B. http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/methoden.html).

WWW-Dokumente sind mit ihrem URL und dem jeweiligen Abruf-Datum in der Literatur zitierbar“. (Döring, 1999, S.77).

WWW-Seiten haben dieselbe Funktion wie andere kommunikative Internet-Dienste. Sie können sowohl eine rezeptive Rolle einnehmen und die Botschaften anderer Personen einfach schweigend zur Kenntnis nehmen oder selbst aktiv werden, indem Beiträge produziert und publiziert werden. Wir können im WWW auf vorhandenen fremden oder auf eigenen WWW-Servern Seiten plazieren. (vgl. ebd., S.77f).

Das WWW wird häufig verglichen mit einem Archiv oder einer Datenbank. Psychologisch interessiert hierbei aus kognitions- und lernpsychologischer Sicht unter anderem, wie Menschen sich in der offenen Hypertext - bzw. Hypermedia - Struktur zurechtfinden, welche Links sie bei ihrer Informationssuche erreichen bzw. nicht erreichen und wie sie die aufgenommenen Informationen bearbeiten. Mit der nicht-linearen Verbindung von Informationen zu Hypertext werden einerseits große Hoffnungen (z.B. besonders lernfreundliche Darstellung komplexer Sachverhalte : kognitive Plausibilität), andererseits aber auch Gefährdungen

(z.B. permanente Ablenkungen vom ursprünglichen Suchziel : Lernen-Effekt) verknüpft. (vgl. ebd., S.82f.).

WWW-Seiten werden immer häufiger in der Schule als Hilfsmittel benutzt, da sie die Inhalte im Unterricht unterstützen oder ergänzen können. Dadurch gehören sie auch zur „formellen Bildung“. Nach der Theorie der Wissenskategorien charakterisieren WWW-Seiten „Quellenwissen“, da sie umfangreiche Informationen zu allen Bereichen anbieten.

eMail u. Mailinglisten	: formelle Bildung
Newsgroups	: inzidentelle Bildung
Chat, Chat-Channels u. Chat-Rooms	: informelle Bildung
WWW-Seiten	: formelle Bildung

eMail u. Mailinglisten	: Handlungswissen
Newsgroups	: Orientierungswissen
Chat, Chat-Channels u. Chat-Rooms	: Erklärungswissen
WWW-Seiten	: Quellenwissen

3.4. Massenkommunikationsforschung

(1) Das Kaffeehaus: Angefangen hat die Medienwirkungsforschung nach Elihu Katz (1978) in Verbindung mit dem Kaffeehaus. Frühe Vorstellungen von Medienwirkung gingen davon aus, daß Regierungen Vorschläge anbieten, Parlamente sie erörtern, die Presse dies weiter vermittelt und der Bürger darüber in den Cafés, Bars und Salons diskutiert. Dadurch entwickelt sich die öffentliche Meinung, die dann irgendwie die Entscheidungsträger wieder erreicht und beeinflusst. Das Kaffeehaus-Modell der Medienwirkung verknüpft Presse, Gespräch und öffentliche Meinung; die Wirkung der Medien besteht darin, Themen der Regierung an die Staatsbürger weiterzugeben.

(2) Die Wirkungs- und Kampagnenforschung: In der ersten Stufe der Medienwirkungsforschung in den zwanziger und dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts war es die sog. Wirkungs- oder Kampagnenforschung, die den Medien eine starke und direkte (auf Auge und Ohr), unmittelbare (störungsfreie) und kollektiv-massenhafte Wirkung zuschrieb. „Die Fragestellung dieser ersten, auf die Erforschung politischer und kommerzieller Wirkungen gerichteten Studien läßt sich mit der berühmten Lasswell-Formel (1927) zusammenfassen: Wer sagt was, warum, wie und mit welchem Effekt zu wem?“ Medienwirkungsforschung bezog sich hier vor allem auf die Suche nach spezifischen, meßbaren, kurzfristigen, individuellen Faktoren, auf Einstellung und Verhalten einschließlich der Effekte von politischen oder kommerziellen Werbekampagnen in den Massenmedien. (vgl. Allport & Cantril, 1935).

(3) Interpersonale Beziehungen: Die Berücksichtigung der interpersonalen Beziehungen der Medienrezipienten führte den Zeitfaktor in die Massenkommunikationsforschung ein: Mediale Inhalte kommen vor allem über die sog. „opinion leaders“ (=Meinungsführer) zum Rezipienten.

(4) Defensive Selektivität: „Die bisherige Frage der Medienwirkungsforschung - ‘Was machen die Medien mit den Menschen?’ - kehrte sich um zur Frage ‘Was machen die Menschen mit den Medien?’ Für diese Richtung hat sich die Bezeichnung Nutzen- und Gratifikationsansatz („uses-and-gratification“-Ansatz) eingebürgert, der jedoch nicht als ausgearbeitete und empirisch überprüfte Theorie bezeichnet werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine Sammelbezeichnung für die Untersuchungen der Funktionen, die die Mediennutzung für den Rezipienten hat“ (Kunczik, 1979, S.152). In Deutschland zeigt die Medienpsychologin Herta Sturm (1984) ihren „rezipientenorientierten Ansatz“ in dieser Tradition. Inzwischen ist eine ganze Reihe von Funktionen genannt worden, warum Medien (hier v.a. Fernsehen) konsumiert werden: Flucht vor Langeweile, Unterhaltung, Entspannung, Wirklichkeitsflucht, Phantasieanregung, Informationssuche, Ersatz für soziale Kontakte, Teilnahme am politischen Leben, Suche nach Gesprächsstoff usw. (vgl. Roberts & Bachen, 1981).

Diese lassen sich in drei große Gruppen ordnen: Kognition (=Wissens- und Informationserwerb), Entspannung und persönliche Bedürfnisse (=Flucht vor der Realität, Ersatz für Sozialkontakte usw.).

Wenn die Nutzung von Medien spezifische Funktionen beim Rezipienten erfüllt, dann liegt die Frage nahe, ob es vielleicht auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale gibt, die im Zusammenhang mit Fernsehmotiven und -konsum stehen. Zuschauer mit internalen Kontrollüberzeugungen haben Fernseh motive, die sich mit selbstbestimmtem Verhalten und mit aktiver Informationssuche verbinden; sie sehen vor allem Nachrichtensendungen, Kommentare und politische Magazine. Menschen mit externalen Kontrollüberzeugungen sehen eher Kriminalfilme, Quizsendungen und Ratgebersendungen. Ähnliche Positionen vertritt auch der Wiener Medienpsychologe Peter Vitouch (1981).

Nachdem die beiden Einflußgrößen „interpersonale Beziehungen“ und „defensive Selektivität“ das aus den Anfangszeiten der Massenkommunikationsforschung stammende Konzept der Medien zunächst stark relativiert haben, erfuhr es Ende der sechziger Jahre - wohl auch unter dem Eindruck zunehmender gesellschaftlicher Spannungen, wie sie in den damaligen Studentenunruhen ihren Ausdruck fanden - eine Wiederbelebung in spezifischen Ansätzen. Diese lassen sich nach Katz (1978) mit den Stichworten bezeichnen:

- Sozialisation,
- Medium als Botschaft,
- ideologische Wirkung,
- Wissenskluff („knowledge-gap“) und
- Thematisierungsfunktion („agenda setting“).

Sozialisation: Mit dem Thema „Sozialisation“ beschäftigen sich alle Untersuchungen zu Einflüssen der Medien auf die Erziehung von Kindern und Jugendlichen. Dazu gehören Untersuchungen zum Einfluß des Fernsehens auf aggressives oder prosoziales Verhalten sowie Studien über

die Ausbildung von Geschlechterrollen und zur politischen Sozialisation. In jüngerer Zeit kommen in verstärktem Maß auch Studien zur Aufmerksamkeit und zum Verständnis von Fernsehsendungen (wie z.B. Werbung) sowie zu emotionalen Wirkungen hinzu (vgl. Winterhoff-Spurk, 1986, S.39).

„Medium als Botschaft“: In den sechziger Jahren hat der kanadische Medienforscher Marshall McLuhan das Buch „Das Medium ist die Botschaft“ veröffentlicht. Er fordert die Disziplin der Rationalität in den Medien; der Geist muß Informationen nach und nach aufnehmen. Dabei werden Kategorien des Vorher-Nachher oder von Ursache und Wirkung gelernt (vgl. ebd., S.39).

„Ideologische Wirkung“ meint nicht nur die grundlegenden Kategorien und Prozesse des Denkens, sondern auch die spezifische Einschätzung der gesellschaftlichen und politischen Realität, die als versteckte Botschaften bei der Betrachtung von Fernsehsendungen unbewußt mitgelernt werden (vgl. ebd., S. 39).

Thematisierungsfunktion: Die Theorie der Thematisierungsfunktion „agenda-setting-Hypothese“ verzichtet auf die Suche nach Wissens-, Einstellungs- oder Verhaltensänderungen der Rezipienten. Das Fernsehen und andere Medien bestimmen nicht mehr wie, sondern was wir denken (vgl. ebd., S.39).

Wissenskluft: Etwas weniger ehrgeizig in bezug auf den Geltungsbereich ist die Wissenskluft- oder „knowledge-gap“-Hypothese, bei der es nicht mehr um ganz grundlegende Denkmuster oder Einstellungen geht, sondern um Informations- und Wissensvermittlung auf spezifischen Gebieten (vgl. ebd., S.40).

Seit den 60er Jahren wird vermehrt nach den Motiven bzw. Bedürfnissen der Medienrezipienten im Rahmen des Nutzen- und Belohnungsansatzes gefragt. Die Lasswell-Formel kann in diesem Sinn umgekehrt werden (Kunczik, 1984, S.35).

Wer benutzt	(Kommunikator)
Welche Inhalte	(Aussage)
Welcher Medien	(Medium)
Unter welchen situativen Bedingungen	(Rezipient)
Mit welcher Wirkung?	(Wirkung)

„Im Rahmen des ‘uses and gratifications approach’ wird unterstellt, daß mit Bedürfnissen ausgestattete Individuen aktiv nach deren Befriedigung streben, wobei die Massenmedien eine Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung bieten“ (Kunczik, 1984, S.55).

Im folgenden werden die Interpretations- und Verwendungszusammenhänge des Rezipienten, denen im Nutzenansatz eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird, dargestellt:

„Der Nutzenansatz (...) geht vom Rezipienten, seinen Interpretationen, Bedürfnissen, Absichten und Zielen aus und eröffnet damit Bereiche, in denen auch nach funktionalen Äquivalenten bzw. funktionalen Substituten gefragt werden kann: eröffnet damit also neue Vergleichsbereiche- nämlich Bereiche funktionaler Äquivalenz“. (Renckstorf, 1987, S.149).

Und weiter erläutert der Autor:

„Im Sinne des Nutzenansatzes ist wirksam, was den Absichten des/der Rezipienten entspricht, zu seinen/ihren Zielen führt“. (ebd., S.149).

Kunczik schreibt in diesem Zusammenhang:

„Insbesondere ist das Konzept Bedürfnis oder Motiv zirkulär (...). In allen Untersuchungen wird die Existenz eines Bedürfnisses aus einem bestimmten Verhalten erschlossen und genau eben dieses Verhalten dann mittels des Bedürfnisses oder Triebs erklärt“. (Kunczik, 1984, S.56).

Beim Nutzenansatz geht es um das direkte Benutzen von Medieninhalten bzw. um den konkreten Umgang mit den Medien. Verschiedene Menschen

benutzen das Medium Fernsehen bzw. dessen Inhalte aus unterschiedlichen Gründen und Motiven.

„Im Sinne der ‘Nutzungsorientierten Publikumsforschung’ steht an erster Stelle die Frage nach dem Nutzen, den Menschen aufgrund ihres persönlichen Lebensvollzuges von der Konsumation von Massenmedien davontragen. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht die vom Rezipienten erwünschte bzw. erhaltene Gratifikation. Untersucht wird, wie das ‘aktive Publikum’ als eben aktiv handelnder Teil im Massenkommunikationsprozeß mit den Massenmedien bzw. mit deren Inhalten umgeht. Studien, die die Fernsehnutzung in den Vordergrund stellen, fragen nach der Bedeutung, die dem Medium und seinen Inhalten im Zusammenhang mit dem individuellen Lebensvollzug zugewiesen wird“. (Fürst, 1994, S.191).

Sander (1989, S.168) sagt u.a., „Mediennutzung ist also immer gebunden an die konkrete Situation, die nicht nur durch Inhalt und Form eines Mediums bestimmt ist, sondern auch durch die Realisierung momentaner Bedürfnisse und Befindlichkeiten und die Rahmenbedingungen der Nutzung, das sozial ökologische Setting“.

3.5. Gesundheit als Thema der Medien bezüglich besonderer Problembereiche

3.5.1. Definition von Gesundheit

Es gibt keine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit. Troschke (1978) hat einige Gesundheitsdefinitionen gesammelt (vgl. Becker 1982, S. 2ff):

- Gesundheit gilt als das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels.
- Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können.

- Gesundheit bedeutet, daß man sich wohlfühlt, sich frei bewegen kann, guten Appetit hat, normal funktioniert und daher keinen Arzt besuchen muß.
- Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.
- Gesundheit kann als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben gelten, für die es sozialisiert worden ist.

„Gesundheit bezeichnet einen Prozeß der Anpassung. Sie ist nicht das Ergebnis instinktiven Verhaltens, sondern autonomer, wenngleich kulturell geformter Reaktionen auf eine sozial geschaffene Realität. Sie bezeichnet die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, erwachsen und älter zu werden, im Falle einer Verletzung oder Krankheit zu gesunden, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. Daneben bezieht sich Gesundheit auch auf die Zukunft, daher gehören zu ihr auch die Angst sowie die innere Kraft, mit ihr zu leben“. (Waller, 1995, S. 9).

1973 untersuchte die französische Medizinsoziologin Claudine Herzlich die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bei Angehörigen der Pariser Mittelschicht. Es ergaben sich drei Kategorien von Vorstellungen: 1. Gesundheit galt als Abwesenheit von Krankheit, 2. Gesundheit galt als Potential, sich gesund zu erhalten (körperliche Widerstandsfähigkeit), und 3. Gesundheit galt als Gleichgewichtszustand (persönlich erfahrbares Wohlbefinden). (vgl. Waller, 1995, S. 12).

„Gesundheit wird als Teil der individuellen lebensgeschichtlichen Entwicklung begriffen, als Prozeß, der nur möglich ist, wenn ein Individuum flexibel und zielgerichtet den jeweils optimal erreichbaren Zustand der Koordination der inneren und äußeren Anforderungen bewältigt, dabei eine zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens (der Identität) sichert und eine persönliche Selbstverwirklichung in Abstimmung mit und in Rücksichtnahme auf Interaktionspartner ermöglicht“. (ebd., S.20).

Göckenjan (1991, S.18) möchte den Gesundheitsbegriff historisieren, denn „mit dieser Intention wird man untersuchen, in welchen sozialen, politischen, psychophysischen Diskursen Gesundheit als Wert, als Ziel, als Legitimation usw. fungiert. Gesundheit hat ‘an sich’ keine Bedeutung und geht auf in historischen Deutungsreihen und Folgen von Politikzielen“.

Der umfassende Gesundheitsbegriff, der hier proklamiert wird, betont im Gegensatz zum vorherrschenden medizinischen Ansatz die Verankerung von Wohlbefinden im Alltagsleben. Selbstverantwortung und Selbstbestimmung gelten als wichtige Bestandteile der gesunden Persönlichkeitsentwicklung. Gesundheit ist ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer neu erzeugt werden muß. Sie ist also kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, wie die rein körperliche Fixierung des Begriffs in der klassischen Medizin sie darstellt, sondern ist ein aktuelles Ergebnis der jeweils selbst betriebenen Herstellung und Erhaltung der Handlungsfähigkeit eines Menschen. Insofern gibt es Überlappungen mit neueren Theorien der Entwicklung im Jugendalter. (vgl. zusammenfassend Olbrich, 1984)

Nach Hurrelmann ist Gesundheit nur möglich,

„wenn eine Person konstruktiv soziale Beziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichert und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann“. (Hurrelmann 1988, S.17, Seifge-Krenke 1994, S.2).

Gesundheit wird auch als Fähigkeit des einzelnen verstanden, das eigene Potential zur Selbstverwirklichung sowie zur Bewältigung und Veränderung seiner Umwelt aktiv zu zeigen. Sie ist eine Dimension des Alltagslebens, die es den Menschen erlaubt, ein individuelles, sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. (vgl. Conrad und Schmidt 1990, Kästner 1993, S.5).

„Die Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen setzt (implizit oder explizit) einen Zielzustand voraus, der mit den eingesetzten Maßnahmen erreicht werden soll. Obwohl scheinbar auf der Hand liegt, daß das Ziel der Gesundheitszustand ist, erweist sich der Gesundheitsbegriff bei näherer Betrachtung als ein relativ vielschichtiger Begriff, der keine eindeutige Zieldefinition impliziert. Die Wahl der Definition und der damit verbundenen Ziele ist von grundlegender Bedeutung bei der Entscheidung über durchzuführende Interventionsmaßnahmen“. (Lohaus 1993, S.7).

Frühe Gesundheitsdefinitionen gehen davon aus, daß Gesundheit durch das Fehlen von Krankheiten zu kennzeichnen ist. (vgl. Hartmann, 1988). Diese Begriffsbestimmung hat jedoch den Nachteil, daß die Definition von Gesundheit nicht als eigenständiger Zustand gilt, sondern lediglich (negativ) vom Krankheitszustand abgegrenzt wird. Damit sind Maßnahmen zu einer gezielten Gesundheitsförderung nicht inbegriffen, gesundheitserzieherische Maßnahmen würden sich mit der Krankheitsvermeidung begnügen. (vgl. ebd., S. 7).

Als positive Definition von Gesundheit, die in der Forschungsliteratur die umfangreichste Beachtung gefunden hat, ist die Gesundheitsdefinition der World Health Organization (WHO, 1946) hervorzuheben. Danach ist Gesundheit als

„Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“

zu charakterisieren. (Sassen 1987). Obwohl es sich hierbei um eine positive Definition handelt, die neben der körperlichen weitere Dimensionen der Gesundheit betont und die einer Vielzahl von Gesundheitsprojekten zugrundeliegt, sind dieser Definition dennoch mehrere Punkte kritisch entgegenzuhalten:

a. Die Definition ist statisch angelegt und betont den Zustand der Gesundheit (Berndt 1981; Sassen 1987). Wenn man jedoch von einer entwicklungspsychologischen Perspektive ausgeht, dann ist gerade auch die

Dynamik der Gesundheit von zentraler Bedeutung. Im Laufe der Ontogenese kann es mehr oder weniger starke Annäherungen an den Zustand des vollkommenen Wohlbefindens geben, wobei insbesondere auch Abweichungen für die persönliche Weiterentwicklung von großer Bedeutung sind (z.B. zum Aufbau von Strategien im Umgang mit Phasen des Mißbefindens). Diese Aspekte sind in der Definition vernachlässigt.

b. Die Definition betont in erster Linie die subjektiven Aspekte der Gesundheit und vernachlässigt objektivierbare Daten. Die alleinige Betonung des subjektiven Wohlbefindens läßt darüber hinwegsehen, daß es Situationen geben kann, in denen trotz subjektiven Wohlbefindens objektive gesundheitliche Gefährdungen vorliegen können.

c. Die Betonung des Zustandes vollkommenen Wohlbefindens schränkt den Geltungsbereich der Definition ein, da dieser Zustand auch subjektiv nicht immer erreichbar ist. Beim Vorliegen irreparabler gesundheitlicher Schädigungen ist dieser Zustand möglicherweise auch aus subjektiver Perspektive nur in relativer Annäherung, nicht jedoch absolut zu erreichen.

d. Eine weitere Kritik setzt an der mangelnden Operationalisierbarkeit der Definition an (Zimmer 1981; Brandtstädter 1982b). Es bleibt unklar, wie der Zustand des vollkommenen Wohlbefindens aussieht, welcher Grad der Annäherung als kompatibel gelten kann und wie dies operational gemessen werden könnte. Vermutlich ist die fehlende Operationalisierbarkeit gleichzeitig der Grund dafür, daß die Definition der WHO vielfach als zu utopisch abgelehnt wurde (Verres 1987).

Um Gesundheit zu messen, kann man einzelne Teile betrachten. Das Ziel von Gesunderhaltung kann das Freisein von Erkrankung oder die individuelle gesundheitliche Weiterentwicklung sein. Im Einzelfall kann es sein, daß nicht sämtliche Erkrankungen beseitigt werden können. (vgl. Lohaus, 1993, S.8f).

Das Vermeiden von Krankheit überhaupt ist nicht unbedingt das Ziel, da durch Erfahrungen von Krankheit der menschliche Körper mit späteren gesundheitlichen Belastungen besser umgehen kann. Wichtig ist, nur

schwerwiegende und chronische Erkrankungen zu vermeiden, um auf Dauer einen Zustand von Gesundheit erhalten zu können. (vgl. Lohaus, 1993, S.9).

Sozialisationstheoretisch versteht man unter Gesundheit, daß jemand seine Möglichkeiten und Zielvorstellungen erreichen kann. Subjektiv und objektiv ist Gesundheit daher beeinträchtigt, wenn dies nicht geschieht. Die Beeinträchtigung kann zu sozialen, psychischen und körperlichen Auffälligkeiten führen. (vgl. Hurrelmann 1990, S. 93).

Welche Dimensionen der Gesundheit werden in den verschiedenen Definitionen und Theorien am häufigsten genannt? Die folgenden hat Franke (1993) ausgewählt:

Störungsfreiheit

- Gesundheit ist in der Schulmedizin durch Freisein von Störungen gekennzeichnet.

Leistungsfähigkeit

- Gesundheit als Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung von Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert wird (Definition nach Parson 1967).

Rollenerfüllung

- Die Sichtweise der Soziologie versteht unter „Leistungsfähigkeit“ hauptsächlich die Fähigkeit zur Erfüllung der sozialen Rollenverpflichtungen.

Homöostase/Gleichgewichtszustand

- Gesundheit als ein Zustand von Ausgeglichenheit, Gleichgewicht, Ausgewogenheit; diese gehört zu den ältesten und dauerhaftesten Sichtweisen.

Flexibilität

- Becker (1982) nennt sie „Selbstaktualisierungsmodelle“, und er betont damit den dynamischen Aspekt, der ihnen zu eigen ist. Offenheit, Spontaneität, Entwicklung und vor allem Unabhängigkeit sind die Eigenschaften, die der seelisch gesunden Person im Rahmen dieser Modelle zugeschrieben werden.

Anpassung

- Gesundheit ist im Falle des Menschen also mehr als ein Zustand, bei dem sich der Organismus lediglich den physikalisch-chemischen Bedingungen seiner Umwelt mit Hilfe passiver Mechanismen physisch anpaßt; sie verlangt vielmehr nach der Möglichkeit, den eigenen Bedürfnissen schöpferisch Ausdruck zu verleihen.

Wohlbefinden

- Jedes Lebewesen muß seine Existenz in der Welt, die zahllose Gefahren mit sich bringt, sichern. Die Beschaffung von Nahrung und die Sicherung einer Umwelt, welche vor den Wechselfällen der Natur schützt, sind mit Leistungen verbunden, die nur unter Aufwendung von Mühe geschafft werden können. (Franke 1993, 19ff).

Die Salutogenese hat im Zuge der Public-Health-Entwicklung in den letzten Jahren zu einer Fundierung der Gesundheitsförderung beigetragen. Sie stellt einen „die Grenzen der Spezialwissenschaften überschreitenden Ansatz zur theoretischen Fundierung der Gesundheitswissenschaften im Rahmen eines New-Public-Health-Paradigmas“ dar. (vgl. Novak 1998).

Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Entstehung und Entwicklung von Gesundheit und ist verbunden mit dem Namen Aaron Antonovsky, einem israelischen Medizinsoziologen und Streßforscher.

Antonovsky hat untersucht, - wie Überlebende aus KZ-Lagern im dritten Reich - negative und zerstörerische Erfahrungen verarbeitet und ihr weiteres Leben bewältigt haben. In der Erforschung der vielfältigen persönlichen Widerstandsquellen gelangte er zu einem Konzept generalisierter Widerstandsressourcen, die er hinter den einzelnen Widerstandskräften (z.B. Immunsystem, Wissen, Ich-Stärke, Bewältigungskompetenzen, soziale Unterstützung, Eingliederung in soziale Netzwerke, soziokulturelle Widerstandsquellen etc.) vermutet. (vgl. Toepler 1999, S.12).

Dieses gemeinsame Konzept nennt Antonovsky den Kohärenzsinn (Sense of coherence). Der Kohärenzsinn hat die Qualität einer

zuversichtlichen und vertrauensvollen Grundeinstellung zum Leben, daß die Dinge im Leben sich gut entwickeln werden und daß man auf die eigenen Fähigkeiten sowie auch auf die Unterstützung anderer Menschen vertrauen kann. Das Konzept des Kohärenzsинns umfaßt die drei Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness):

- Verstehbarkeit: Die Ereignisse im Leben sind geordnet, vorhersehbar und in irgendeiner Weise auch verständlich und nachvollziehbar.
- Handhabbarkeit: Das Vertrauen darauf, daß Lebensaufgaben aus eigener Kraft oder mit Hilfe sozialer Unterstützung gemeistert werden können.
- Bedeutsamkeit: Die Freude am Leben und das grundlegende Gefühl, daß das Leben auf dieser Welt einen Sinn ergibt. (Antonovsky, 1997, Toepler 1999, S.12,).

An den nachfolgend beschriebenen Problembereichen kann deutlich gemacht werden, daß unterschiedliche Definitionen von Gesundheit eingewoben werden. Aspekte, die das subjektive Befinden beschreiben, finden sich ebenso wie der Blick auf das soziale Umfeld.

3.5.2. Problembereich Rauchen

Rauchen wird sozial weitgehend akzeptiert. Es ist die am ehesten genehmigte Form der Drogenabhängigkeit. Rauchen wird in den meisten sozialen Settings zumindest ertragen, und zahlreiche Umwelten begünstigen es. So stehen Zigaretten bei relativ geringen finanziellen Kosten in der Bundesrepublik sehr leicht zur Verfügung (viele Zigarettenautomaten).

Obwohl die ersten Zigaretten nicht schmecken, wird der Jugendliche bald feststellen, daß das Rauchen durchaus angenehme Konsequenzen hat: es verschafft Entspannung und Genuß. So kann es schnell zur Gewohnheit werden oder sogar abhängig machen bei erhöhter Dosis.

Kaum jemand bestreitet heute noch die schädlichen Auswirkungen des regelmäßigen Zigarettenkonsums auf den menschlichen Organismus. Rauchen ist das wichtigste gesundheitsschädigende Risiko für die bundesdeutsche Bevölkerung. (vgl. Lopez und Fuchs, 1990, S.185).

„Dem legalen Drogengebrauch, dem Genuß und Konsum von Alkohol und Tabak, wird in der Regel erst dann Aufmerksamkeit entgegengebracht, wenn gesellschaftlich tolerierte Formen des Konsums nach außen hin sichtbar deutlich überschritten werden“ (z.B. wenn eine Alkoholabhängigkeit vorliegt). (Nordlohne, 1992, S. 35).

Rauchen ist ein sich auf längere Zeit verselbständigendes Verhalten, vom Standpunkt der Gesundheitsgefährdung aus gesehen eine Verhaltensweise, die entgegen jeglicher Logik der Selbsterhaltung praktiziert wird. Inzwischen wird auf das Abhängigmachen des Tabakrauchens hingewiesen, daß es psychotrope Effekte, insbesondere die Tranquilizerwirkung, ein zwingendes Bedürfnis nach einer Zigarette, Nicht-aufhören-können, Selbstbewertung des Rauchens als Gewohnheit oder Sucht hervorruft. Erfolgreiche Abstinenzversuche, Weiterrauchen trotz des Wunsches aufzugeben und ausgeprägte Beschwerden sprechen demnach eindeutig für ein Süchtigmachen des Rauchens. (vgl. Tölle & Buchkremer 1989, Nordlohne, 1992, S.36).

Es gibt gesundheitsschädigende Wirkungen des Zigarettenrauchens, die sich auf eine Vielzahl von Geweben und Organen des menschlichen Körpers auswirken und auch seit circa 20 Jahren in vielen Ländern gründlich untersucht werden. Folgendes wird festgestellt und mit dem Rauchen in Verbindung gebracht:

- eine allgemein erhöhte Krankheitshäufigkeit
- Bronchitis, Lungenblähung (Emphysem)
- Magen-Schleimhaut-Entzündung, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Gehirnschlag, Raucherbein)

verschiedene Krebsarten (Lunge, Bronchien, Blase, Nieren, Kehlkopf, Mundhöhle, Lippen, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre). (vgl. Pitschel-Walz, 1985, S.29).

Das Rauchen zeigt sich bei manchen Krankheiten als eindeutige Hauptursache für ihre Entstehung, in anderen Fällen wirkt es als eine Ursache neben vielen, die das Auftreten einer Krankheit fördern.

Der Lungen- und Bronchialkrebs gilt als die Raucherkrankheit überhaupt. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Wahrscheinlichkeit für starke Raucher 15 bis 30 mal so hoch wie für Nichtraucher, an Lungenkrebs zu erkranken. Man kann davon ausgehen, daß sich circa 90-95% aller festgestellten Lungenkrebserkrankungen auf Zigarettenraucher beziehen. Lungenkrebs ist umso häufiger, je mehr geraucht wird, je tiefer dabei inhaliert wird, je früher mit dem Rauchen begonnen wurde und je länger geraucht wurde. (vgl. Pitschel-Walz, 1985, S.29f).

Rauchen allein hat schon ernste Folgen in bezug auf Lungenkrebs, aber durch Arbeits- und Umweltbedingungen können diese noch erheblich verstärkt werden. Es ist zum Beispiel bekannt, daß Arbeiter an stark staubgefährdeten Arbeitsplätzen wie im Bergbau, in der Hütten- und Zementindustrie oder in Asbest-Werken eher gefährdet sind, an Lungenkrebs zu erkranken: z.B. bei berufsbedingten Kontakten mit dem Wirkstoff Asbest ist der Raucher verglichen mit seinem nichtrauchenden Kollegen dem 13-fachen Krankheitsrisiko ausgesetzt. (vgl. Pitschel-Walz, 1985, S.30).

Lungenkrebs ist nicht der einzige Krebs, der bevorzugt den Raucher trifft. Auch bei Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfes und der Speiseröhre wird das Rauchen als Hauptursache angesehen. Für Leute, die rauchen und trinken, ist das Erkrankungsrisiko erhöht. Blasen-, Nieren-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs wurden mit dem Zigarettenrauchen in Zusammenhang gebracht, jedoch nicht so stark wie

bei den anderen genannten Krebsarten. Beim Nierenkrebs z.B. ist das Risiko für den Raucher noch um 50% größer als für den Nichtraucher.

Herz- und Kreislauferkrankungen sind die zweite große Gruppe von Gesundheitsschäden, die durch das Zigarettenrauchen verursacht werden. Dafür sind das Kohlenmonoxyd und das Nikotin verantwortlich. Die Krankheit „Raucherbein“ kommt bei Rauchern sehr oft vor. Die durch das Nikotin verursachte Verkalkung der Blutgefäße macht sich besonders an den Gliedmaßen bemerkbar. Bei einem Raucherbein funktioniert wegen der Gefäßverengungen der Beinarterien die Sauerstoffzufuhr nicht mehr. Durch das Kohlenmonoxyd wird der Sauerstofftransport des Blutes zusätzlich verringert. Wegen des Sauerstoffmangels in der Beinmuskulatur hat man oft heftige Schmerzen, besonders beim Gehen. Das Gehen wird bei fortschreitender Verengung der Blutgefäße immer beschwerlicher, und der Sauerstoffmangel in den Muskeln muß durch Gehpausen von einigen Minuten ausgeglichen werden. Eine andauernde Mangelversorgung mit Sauerstoff kann die betroffenen Gliedmaßen absterben und eine Amputation notwendig werden lassen. Die Zahl der Raucherbeinamputationen in der Bundesrepublik wird pro Jahr auf 10000 geschätzt. (vgl. Pitschel-Walz, 1985, S.30f).

Durch das Nikotin werden die Herzkranzgefäße enger. Dadurch nimmt die Gefahr des Herzinfarktes zu. Das Risiko des Rauchers, an Herzinfarkt zu sterben, ist im Durchschnitt 4-mal so hoch wie beim Nichtraucher. Wie bei den anderen Raucherkrankheiten kommt es darauf an, wieviele Zigaretten pro Tag geraucht werden und wie intensiv inhaliert wird.

Rauchen führt noch zu weiteren Risikofaktoren wie zum Beispiel hoher Blutdruck, Übergewicht, erhöhter Blutfettgehalt, Streß, Bewegungsmangel, Diabetes. Diese sowie die gleichzeitige Einnahme der Anti-Baby-Pille verstärken das Infarktrisiko um einiges. Menschen der mittleren Altersgruppe um 45 Jahre sind bereits gefährdet. Alle Herzinfarkte vor dem 40. Lebensjahr beziehen sich ausschließlich auf Raucher. Ungefähr 85% der Raucher gewöhnen sich das Rauchen nach

einem Herzinfarkt ab. Trotzdem sind für diese Patientengruppe die Überlebenschancen in den ersten Wochen nach dem Herzinfarkt geringer als für Nichtraucher. Wer nach Überleben des ersten Herzinfarktes künftig raucht, vergrößert die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Herzanfalls. (vgl. ebd., S.31).

Das Risiko des Rauchens ist u.a. abhängig (Gsell, 1977)

1. von der Art des Tabakprodukts: Zigarettenrauchen ist schädlicher als z.B. Pfeifenrauchen.
2. von der Rauchintensität: Je mehr geraucht wird, desto größer ist das Sterblichkeitsrisiko.
3. vom Alter bei Beginn und von der Dauer des Rauchens: je früher jemand das Rauchen anfängt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitsschädigenden Wirkung.

Je länger jemand raucht, desto gefährdeter ist er. Die Sterblichkeit ehemaliger Raucher ist deutlich niedriger als die derjenigen, die das Rauchen fortsetzen. (vgl. Greitmeyer, 1981, S.19f).

Bereits zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr machen Kinder gegenwärtig erste bewußte Konsumerfahrungen mit Zigaretten. (vgl. Carlhoff 1982). Das regelmäßige Zigarettenrauchen hat sich seit Ende der 60er Jahre kontinuierlich in immer jüngere Jahrgänge zu verschieben begonnen. Bis zu 15% der 12jährigen können in der Bundesrepublik Deutschland für zwar schwache, aber doch regelmäßige Raucher mit weniger als 10 Zigaretten pro Tag gehalten werden; bei den 13- bis 14jährigen nimmt diese Gruppe schon fast 30% ein. Mit steigendem Alter wächst nicht nur der Anteil der Raucher, sondern auch die jeweilige Konsumintensität nimmt stetig zu. (vgl. Harreis u.a., 1982). Ab etwa 14-15 Jahren nimmt der Anteil an Gelegenheitsrauchern immer stärker ab. Die bisherigen Probierer sind mehr und mehr zu Gewohnheitsrauchern geworden. (vgl. Franzkowiak, 1986, S. 15).

Das Zigarettenrauchen wird von Mädchen wie Jungen als soziales Verhaltensmuster in der kritischen biographischen Phase zwischen dem 12. und 15./16. Lebensjahr praktisch angenommen. Im weiteren Verlauf der Adoleszenz bleibt der Raucheranteil relativ konstant um 40% im Gesamtkollektiv der 14- bis 19jährigen. Um 18-20 Jahre ist nach Reuter (1980) allerdings ein weiterer Sprung der Raucherquote auf knapp 60% festzustellen. (vgl. ebd., S. 15f).

Zigarettenkonsum ist immer noch sozial weithin akzeptiert und kulturell legitimiert. Fast jedes Kind erfährt und speichert diese „Normalität“ schon in frühen Jahren, wenn es erwachsene Menschen und insbesondere seine Eltern als Raucher betrachten kann. Solche Beobachtungen sind - wie Untersuchungen bei Grundschülern nachwiesen (Reuter 1980) - nicht nur verblüffend präzise; im kindlichen Interpretationsvolumen wird das Rauchen bei den eigenen Bezugspersonen selbstverständlich in der Regel als positiv erlebt. Obwohl das aktive Rauchen erst in der Bezugsgruppe der Adoleszenten praktisch erlernt und geübt wird, findet über den heimlichen Erziehungsplan des Elternhauses die eigentliche Vorbereitung und Grundlegung für seinen Erwerb statt. In der Initialphase von 8 bis spätestens 12 Jahren wird die Initiation zum Rauchen durch den normalen gewohnheitsmäßigen Umgang mit Zigaretten in der rauchenden bzw. mitrauchenden Familie begünstigt. Dabei gelten familiäre Interaktionen als integrierter Teil mit positiver, u.U. auch konfliktentschärfender Grundstimmung. (vgl. Franzkowiak, 1986, S. 16).

Heranwachsende sind in der Regel neugierig. Innerhalb der Bezugsgruppe Gleichaltriger werden Probiermotivationen aktiviert, die über die Identifikation mit rauchenden Leitbildern vorrangig das Ankämpfen gegen entwicklungsbedingte Spannungen, Versagen und Belastungen oder die kommunikations- und kontakterleichternden Funktionen von Zigaretten anstreben. Zudem scheint das Rauchen als fest verankertes Stilmittel integrativ und expressiv zu funktionieren: sowohl innerhalb der Peer-Group als auch in der Auseinandersetzung mit der restlichen Außen- und

Erwachsenenwelt. (vgl. Projektgruppe Jugendbüro 1977, Franzkowiak, 1986, S. 16).

Ein augenfälliger biographischer Nutzen des Rauchens - und auch des Alkoholkonsums, wie im folgenden Abschnitt aufgezeigt wird - liegt für Heranwachsende in der Distanzierung vom Erwachsenen, die mit Hilfe des Requisits Zigarette nur scheinbar widersprüchlich als Verbots- und Grenzüberschreitung hin zum Erwachsenenstatus vorgenommen wird. Rauchen ist im „playing at roles“ der frühen und mittleren Adoleszenz ein probates Mittel zur probeweisen Auseinandersetzung mit der alten, elternfixierten Rollenidentität hin zur flexiblen, prinzipiengeleiteten Ich-Identität. (vgl. ebd., S.16).

Hinsichtlich der motivationalen Beweggründe des Zigarettenkonsums (die als jugend- „typische“ Antriebe stets kulturell vermittelt sind) gibt es keine grundlegenden Unterschiede zwischen adoleszenten Gelegenheits- und Gewohnheitsrauchern. (vgl. Charlton 1983).

„Rauchen wird von allen Verbrauchern in das Gesamt der sozialen Handlungsorientierungen, d.h. ihre kollektiv verhandelten Lebensweisen, integriert. Demgegenüber wird der in sich widersprüchliche Appell Erwachsener, doch erst gar nicht oder möglichst spät mit dem Risikoverhalten zu beginnen, durch deren offen zutagetretende Konsumdoppelmoral unglaublich. Solche präventiven Ansprachen und Maßregelungen versagen vor dem kulturellen Versprechen sowie Aufforderungscharakter der Zigarette, mit ihr ginge, v.a. in der Jugendphase mit all ihren Einschränkungen und Problemen, alles wie von selbst“. (Franzkowiak, 1986, S. 16).

Das Rauchen wird als soziales Verhalten früh kennengelernt und bleibt über die nachfolgenden Phasen hinweg relativ konstant (bei etwa 40% der 14- bis 19jährigen Zigarettenkonsumenten). Zum Ende der Spätadoleszenz, im Alter von 19-20 Jahren, steigt allerdings mit einem weiteren Sprung der Raucheranteil auf ca. 60% an. Besonders auffällig sind die in jüngster Zeit

massiv zunehmenden einstieg - und konsumbereiten weiblichen Jugendlichen in immer jüngeren Jahrgängen. (vgl. Franzkowiak, 1986, S.71).

Zwischen 8 und 12 Jahren werden Zigaretten von fast jedem Kind probiert, allerdings bei nur seltenen, als „außergewöhnlich“ eingestuften Gelegenheiten. Als echtes Einstiegsalter muß der Zeitraum zwischen 11 und 14 Jahren gelten. In dieser Phase rauchen mindestens 50% aller Jugendlichen, wobei dafür v.a. der Cliquenrahmen bzw. enge Freundschaften genutzt werden. Das Einstiegsrauchen wird heimlich, fern von Erwachsenen und deren Kontrollmöglichkeiten durchgeführt. In bezug auf Konsumhäufigkeit, -menge und -orte gibt es keine auffallenden Geschlechts- oder Statusunterschiede. (vgl. Franzkowiak, 1986, S.177).

Probierkonsum wie Einstiegsrauchen bieten ein Wechselspiel von Nachahmungversuchen der Heranwachsenden und direkten Verhaltensaufforderungen bzw. -anleitungen durch ältere Jugendliche. Das Rauchenkönnen wird u.U. regelrecht versucht, um in der Bezugsgruppe bzw. gegenüber engen Freunden/Freundinnen nicht das Ansehen zu verlieren, oder auch, um sich anderen Jugendlichen gegenüber überhaupt bemerkbar zu machen. Das „Reinkommenwollen“ in eine bestehende Clique und das „Erwachsenwirken“ sind als die grundlegenden Rauchanlässe und -motive in der Einstiegsphase anzusehen. (vgl. Franzkowiak, 1986, S. 177).

Rauchen ist nicht nur eine Mutprobe, sondern gilt auch v.a. als Leistungsnachweis, um sich der kollektiven Bestätigung durch die angestrebte Gruppe würdig zu zeigen, weil „es alle machen“. Die Wertigkeit dieses „Dazugehörens“ übertrifft auch die als sehr unangenehm verspürten Empfindungen beim Rauchen, wie überhaupt in dieser Phase keine geschmackliche Befriedigung mitwirkt. Allerdings werden Erfahrungen wie Schwindel und leichtes Unwohlsein z.T. auch als drogenähnliche „Törnerfahrungen“ beschrieben.

In der Einstiegsphase herrschen soziale Motive und Funktionen des Rauchens vor. Das Motiv „Erwachsenwirken“ wird dabei

geschlechtsspezifisch konkret empfunden. Männliche Jugendliche konsumieren die Zigaretten als Requisiten der Selbstdarstellung, um den (erwachsenen) „Mann herabhängen zu lassen“. Wie auch die Pädagogen erklären, hat das Rauchen mehrfache Funktionen, z. B. die des symbolischen Mittels zur Selbstdarstellung, mit dem zugleich die vielfältigen von Frühadoleszenten erlebten Orientierungsbrüche verarbeitet werden können. Für junge Mädchen ist das eigene Rauchen einfach nur ein Probieren. Sie setzen Zigaretten zunächst latent und mit zunehmendem Alter bewußt dazu ein, sich den gleichaltrigen wie älteren männlichen Jugendlichen bis hin zu den Erwachsenen als „Frauen“ mitzuteilen, als die sie sich biologisch und psychosexuell viel langsamer und mühsamer entwickeln. (vgl. Franzkowiak, 1986, S. 177).

Im Jahre 1990 hat Dohle eine Untersuchung über Zigarettenrauchen, Ernährungsverhalten, Alkoholkonsum und sportliche Aktivität in der Schule und in der Freizeit durchgeführt. An der Untersuchung nahmen zwei Hauptschulen teil, ein Koedukativgymnasium und ein Mädchengymnasium aus dem Kölner Raum. An den Hauptschulen und am Mädchengymnasium beteiligten sich 74.9% bzw. 73.9%, am Koedukativgymnasium 81.4% der Schüler und Schülerinnen an der Untersuchung. Insgesamt beantworteten 1827 Schüler der Klassenstufen 5-13 zwischen 10 und 20 Jahren den Fragebogen: 532 Hauptschüler (59.8% männliche und 40.2% weibliche Probanden), 667 Schüler des Koedukativgymnasiums (55.7% männliche und 44.3% weibliche Probanden) und 628 Schülerinnen des Mädchengymnasiums. (vgl. Dohle 1991, S.11).

Die bedeutsamsten Ergebnisse waren: 15.7% aller Schüler der Hauptschulen und Gymnasien im Alter von 10 bis 20 Jahren rauchen. Im Rauchverhalten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Schultypen betreffs der Initiation und Intensität des Rauchens, der Anzahl der Raucher und der Akzeptanz der Werbung. Hauptschüler fangen früher zu rauchen an und konsumieren mehr Zigaretten als Gymnasiasten. Die Anzahl der rauchenden Hauptschüler ist größer als die der Gymnasiasten: in den Klassen 5-7 15.3% gegenüber 0.5%, in den Klassen 8-10 44.4%

gegenüber 10.2% bzw. 9%. Den Einfluß der Werbung für Zigaretten bestätigen bzw. schließen nicht aus: 52% der jüngeren und 27% der älteren Hauptschüler gegenüber 10% aller Gymnasiasten. Es besteht fast kein Unterschied in der Anzahl der rauchenden Jungen und Mädchen (ca. 10% mehr Jungen). Unabhängig vom Schultyp und vom Alter haben Raucher im Hinblick auf Nichtraucher öfter rauchende Freunde ($p < 0.001$), rauchende Geschwister (an Hauptschulen $p < 0.002$) und rauchende Eltern. (vgl. ebd., S.134).

In Niedersachsen rauchen im Alter von 12 bis 24 Jahren 37% der Jungen bzw. jungen Männer und 36% der Mädchen bzw. jungen Frauen. Bei den Befragungen von 1981/1982 und 1986/1987 betrug die Häufigkeit beim männlichen Geschlecht noch 47% bzw. 41%; der Anteil junger Männer beim Rauchen ist also in den letzten zehn Jahren um fast 10% stetig gesunken, während er bei den Mädchen und jungen Frauen nach einer deutlichen Abnahme zwischen 1981/1982 und 1986/1987 inzwischen wieder leicht erhöht ist. Dadurch ist es jetzt zu einer weitgehenden Angleichung der Prävalenzraten bei beiden Geschlechtern gekommen, die auch über die verschiedenen Altersgruppen hinweg zu beobachten ist. (vgl. Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Jugendstudie 1990/1991, S.99).

Am deutlichsten zeigt sich der Anstieg bei den 18 bis 20jährigen Frauen. In dieser Altersgruppe rauchen bereits 45% der jungen Frauen. Beim männlichen Geschlecht im Alter von 18 bis 20 Jahren ist die Häufigkeit von Rauchern um 43% zurückgegangen. Bei den 21 bis 24jährigen rauchen 54% der Männer und 48% der Frauen, d.h. etwa jeder zweite junge Mensch in diesem Alter ist in Niedersachsen ein Raucher. (vgl. Jugendstudie 1990/91, S.99).

Im Durchschnitt der gegenwärtigen und ehemaligen Raucher konsumiert bzw. konsumierte in den höheren Altersgruppen ein Junge bzw. junger Mann 15 bis 16 Zigaretten und ein Mädchen bzw. eine junge Frau 13 bis 15 Zigaretten pro Tag, d.h. beim weiblichen Geschlecht waren es nur 1 bis 2 Zigaretten weniger. (vgl. ebd., S.99).

Es zeigen sich sehr enge Beziehungen zwischen den Rauchergewohnheiten der befragten jungen Menschen und den Rauchergewohnheiten in ihrem sozialen Umfeld. So sind die Geschwister und engsten Freunde von Rauchern etwa dreimal und ihre Partner etwa fünfmal so häufig ebenfalls Raucher im Vergleich zu den engsten Freunden, Geschwistern und Partnern von Nichtraucher. (vgl. ebd., S.100).

Raucher urteilen über ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als Nicht-Raucher. So zeigt sich etwa, daß jeder dritte Raucher (32%) seinen Gesundheitszustand als bestenfalls zufriedenstellend beschreibt, von den Nicht-Rauchern aber nur jeder fünfte (20%). Umgekehrt betrachten 25% der Nicht-Raucher, aber nur 16% der Raucher ihren Gesundheitszustand als sehr gut. Von den männlichen Nicht-Rauchern haben 8% einen hohen bis übermäßigen Alkoholkonsum, von den Rauchern aber 33%, also etwa viermal so viel. Bei den Raucherinnen sind es 5%, die über einen hohen bis übermäßigen Alkoholkonsum berichten. Unter den Mädchen und jungen Frauen, die noch nie geraucht haben, zeigt sich dagegen praktisch niemand mit solch einem hohen Alkoholkonsum. Auf der anderen Seite findet man unter den männlichen Nicht-Rauchern achtmal mehr Enthaltung von Alkohol (40%) als unter den Rauchern (5%). Bei den Nicht-Raucherinnen sind es fast doppelt so viel (54%) wie bei den Raucherinnen (23%). (vgl. Jugendstudie, 1990/91, S. 100).

Drogenerfahrung gibt es bei 27% der Raucher und bei 18% der Raucherinnen. Bei den Nicht-Rauchern sind es nur 3% und bei den Nicht-Raucherinnen etwas mehr als 1%. Die aktuelle Konsumrate beträgt 12% bei Rauchern und 6% bei Raucherinnen. Raucher konsumieren im Vergleich zu Nicht-Rauchern auch häufiger Medikamente mit Suchtpotential. So nehmen 4% der Raucher und 5% der Raucherinnen regelmäßig solche Medikamente ein, während es bei denen, die noch nie geraucht haben, nur 1% bzw. 3% sind. (vgl. ebd., S. 100).

Die folgenden Ausführungen beruhen im wesentlichen auf den Arbeiten von Eberle (1990) und Schwarzer (1990, 1992). Die Zahlen stammen meistens aus dem „Jahrbuch Sucht 1994“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und den Daten des Gesundheitswesens 1993.

Die epidemiologischen Daten zu den Rauchgewohnheiten in Deutschland stellen folgendes Bild dar: Bei den Männern liegt die Raucherquote bei ca. 35%, bei den Frauen bei ca. 21%. Die durchschnittliche Raucherquote in der Europäischen Gemeinschaft erreicht bei Männern ca. 42%, bei Frauen ca. 28%. Nach Altersgruppen (grob) aufgeteilt rauchen 0,5% der 10-15jährigen, 37% der 15-40jährigen, 28% der 40-65jährigen und 11,5% der über 65jährigen. Der Raucheranteil ist gegenüber 1978 bei Männern um 7,7% gesunken, bei Frauen dagegen um 2% gestiegen. 1992 wurden in der Bundesrepublik 134 Milliarden Zigaretten geraucht - das ist ein starker Anstieg gegenüber 1950. Knapp 2/3 der rauchenden Männer und fast die Hälfte der rauchenden Frauen rauchen 20 Zigaretten und sogar mehr pro Tag. 1992 waren von den 33 Milliarden DM Ausgaben für Tabakwaren allein 19 Milliarden DM Zigarettensteuern.

Welche Funktion das Rauchen für die Jugendlichen hat, hat Schwarzer folgendermaßen zusammengefaßt: „Für die Entwicklung im Jugendalter wurden vor allem drei Funktionen des Rauchens bestimmt:

1. einen alterstypischen Lebensstil zu beweisen, um an den Aktivitäten bestimmter Gruppen teilnehmen zu dürfen,
2. eine Entwicklungsaufgabe auszuführen, also zu betonen, wie erwachsen man schon ist, und
3. um entwicklungsbedingte Streßsituationen im Sinn einer Notfallreaktion besser bewältigen zu können (...). Die Auseinandersetzung mit Risikoverhaltensweisen schafft einen Bestandteil der Sozialisation im Jugendalter. Unter erschwerten Entwicklungsbedingungen muß mit einer erhöhten Inzidenzrate des Rauchens gerechnet werden. Zu solchen Bedingungen gehören ein eingeschränktes soziales Milieu, kritische Lebensereignisse, Alltagsstreß, schlechte Schulleistungen und überhaupt eine mangelhafte subjektive Befindlichkeit“. (Schwarzer 1992, S.266 und 271, Waller, 1995, S.61f).

Badura (1993) hat das Thema Risikoverhalten mit dem Konzept der Lebensgewohnheiten verbunden. Auch für ihn als Soziologen stellt Risikoverhalten - wie jedes menschliche Verhalten - kein von Sozialstruktur und unmittelbarer sozialer Umwelt ablösbares Phänomen dar:

„Bewältigung von Entfremdungs- und Unlustgefühlen sowie Streben nach Lustbefriedigung scheinen vor allem entscheidend für den Konsum von Zigaretten und Alkohol, von Drogen und Medikamenten zu sein. Zum Verständnis dieser gesamten Problematik müssen zum einen die Produktionsstrukturen und das Marktverhalten der Anbieter, zum anderen die Ursachen des Nachfrageverhaltens sehr viel genauer erforscht werden als dies der Fall ist“. (Badura 1993, S.74, Waller, 1995, S.62).

Der von Badura angeregte Perspektivenwechsel hin zu den sozioökonomischen Bedingungen bzw. Hintergründen von Risikoverhaltensweisen ist von besonderer Relevanz. Es mag da herrühren, daß es zu allen Risikoverhaltensweisen wichtige sozioökonomische Hintergrundfaktoren gibt. In einem sozioökonomischen Kontext werden Zigaretten, Alkohol, Lebensmittel etc. als Waren erörtert, die es mit meistens großem Werbeaufwand und geringen staatlichen Beaufsichtigungen „zu verkaufen“ gilt. Zu diesem Problemzusammenhang spricht auch die WHO „Klartext“:

„Obwohl die Gesellschaft auf Dauer einen hohen sozialen und finanziellen Preis bezahlen muß, ergibt sich durch die Besteuerung des Tabakverkaufs in vielen Fällen für den Staat ein kurzfristiger finanzieller Nutzen. Diese Tatsache und die einflußreichen geschäftlichen Interessen blocken oft direkt oder indirekt die Bemühungen des Gesundheitssektors zur Einschränkung des Rauchens ab. Selbst in Ländern, in denen ein staatliches Tabakmonopol besteht, hat man sich noch wenig mit Programmen beschäftigt, den Tabakanbau durch andere Produkte zu ersetzen oder sich mit der ethischen Frage der Herstellung einer erwiesenermaßen pathogenen Substanz auseinanderzusetzen. Diese Probleme werden noch verschärft durch die landesweite Werbung und Verbreitung von

Tabak und anderen, die Gesundheit beeinflussenden, Produkten“. (WHO 1985, S.85f, Waller 1995, S.62f).

Der Schwerpunkt „einschlägiger“ Untersuchungen sollte nach Hurrelmann u. Vogt (1985) v.a. in der Suche nach dem subjektiven Nutzen und den instrumentellen, sozialen wie symbolischen Funktionen von Tabak- und Alkoholgenuß, des Gebrauchs von Arzneimitteln und des Konsums illegaler Drogen im Kindes- und Jugendalter bestehen. Die Protagonisten jener neuen entwicklungspsychologischen Perspektive interpretieren medizinisch definiertes Risikoverhalten als Requisit einer aktiven, zielgerichteten Befriedigung unterschiedlicher entwicklungsbezogener Bedürfnisse durch die Heranwachsenden selbst. Zur Aufklärung des motivationalen Hintergrundes von jugendlichem Risikoengagement ist daher eine gezielte Exploration ihrer subjektiven Bedeutungsmuster unabdingbar. (vgl. Laaser, 1987, S.69f).

3.5.3. Problembereich Alkoholkonsum

Die flüssige Substanz Alkohol ist ein Bestandteil zahlreicher durstlöschender Getränke und somit ein Genuß-, aber auch ein Nahrungsmittel. Da übermäßiger Alkoholgenuß nicht nur berauschende Wirkung ausübt, sondern auch Vergiftung zur Folge haben kann, muß Alkohol auch als ein Rauschmittel und Gift gelten. Oft wird Alkohol als die in unserem Kulturkreis gebräuchlichste Droge bezeichnet. Unter Alkoholmißbrauch wird zum einen ein überhöhter Alkoholkonsum verstanden, zum anderen kann Alkoholmißbrauch im Spiel sein, wenn Alkohol zu unpassenden Gelegenheiten (z.B. im Straßenverkehr) konsumiert wird. Alkoholmißbrauch in mengenmäßiger Beziehung kann, muß aber nicht, zu Alkoholabhängigkeit führen. (vgl. Schäfer, 1984, S.3).

„Unter Abhängigkeit versteht man eine mögliche Reaktion des menschlichen Organismus auf die dauernde Zufuhr einer Droge, deren Entzug zu Unlust, Mißbehagen und bestimmten Beschwerden führt und dessen Wiedereinnahme diese Symptome beseitigt“. (Schäfer, S.3).

Man kennt eine seelische (psychische) und eine körperliche (physische) Abhängigkeit: Die psychische Alkoholabhängigkeit unterscheidet sich durch ein unwiderstehliches Verlangen nach Alkohol, um die o.g. Symptome zu vermeiden, etwaige Hemmungen zu beseitigen oder sich in eine gewünschte euphorische Stimmung einzufühlen. Körperliche Abhängigkeit von Alkohol ist durch Steigerung der Trinkmenge, Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen gekennzeichnet. Die Möglichkeit zur Entwicklung einer physischen und psychischen Abhängigkeit ist bei Alkohol, einer Droge mit hohem Mißbrauchpotential, besonders hoch. (vgl. ebd., S. 3f).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Begriffe „Alkoholismus“ und „Alkoholiker“ folgendermaßen:

„Bei Alkoholikern handelt es sich um „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit von Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche seelische Störungen oder eine Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder seelischen Gesundheit, ihrer mitmenschlichen Beziehungen, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome (Frühsymptome) einer solchen Entwicklung zeigen“. Jeek sieht im Kontrollverlust und der Unfähigkeit, sich des Alkohols zu enthalten, das wesentliche Merkmal des Alkoholismus. (Feuerlein, 1979, S.6, Schäfer, 1984, S. 4).

Alkohol ist neben Tabak die Droge (soweit man Tabak bzw. Nikotin als Droge ansehen will), die am meisten in der Gesellschaft akzeptiert und am weitesten verbreitet ist. Alkohol als Auslöser körperlicher und geistiger Schäden und sozialer Spannungen ist ausreichend bekannt, und jeder kennt die Auswirkungen des Alkohols auf die Verhaltensweisen. Viele kriminelle Handlungen, Ehescheidungen und Konflikte sind auf Alkohol zurückzuführen.

Alkoholkonsum ist ähnlich dem Zigarettenrauchen als multifunktionales soziales Handlungsmuster zu bewerten, dessen Selbstverständlichkeit und kulturelle „Normalität“ Heranwachsende von den ersten Kinderjahren an

begleitet. Wohl noch deutlicher als das Rauchen erleben Kinder den Alkohol bereits in frühesten Lebensjahren. Für fast alle erwachsenen Menschen ist er ein abwechslungsreiches, sozial eingewobenes und akzeptiertes Genuß- und Rauschmittel. Die primäre Eigenart für späteren Konsum entwickelt sich durch die beobachteten Genußgewohnheiten in der Herkunftsfamilie und dem dazugehörigen Verwandtschafts- und Bekanntenkreis. Im engeren und sich erweiternden sozialen Nahraum wird Alkoholkonsum als normal erfahren. (vgl. Franzkowiak, 1986, S.17).

Die ersten Probiererfahrungen machen die meisten Jugendlichen um das 10. Lebensjahr im familiären Rahmen. Gegenwärtig beginnt der Alkoholkonsum mit 11-12 Jahren (NRW Landesregierung 1982). Im Verlauf der Entwicklung verringert sich die Quote leicht, bei Gelegenheitstrinkern stetig. Dagegen steigt der Anteil gemäßigter und sporadischer Konsumenten auf etwa 50% bei den 17- bis 18jährigen an; 25% der Jugendlichen derselben Altersgruppe trinken täglich stark oder wöchentlich mehrmals. (vgl. ebd., S.17).

Das Durchschnittsalter für den ersten Alkoholrausch lag Ende des vergangenen Jahrzehntes bei 15 Jahren. Nach einer Trendanalyse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird sich die Rate Heranwachsender mit ein- oder mehrmaligen Rauscherlebnissen weiter erhöhen: vorrangig in der Gruppe sind weibliche Jugendliche. (vgl. BZGA 1979, Franzkowiak, 1986, S.17).

„Die indirekte Vorbildwirkung in Familie und erwachsener Bekanntschaft wird durch direkte instrumentelle Funktionen des Alkoholkonsums für Adoleszente überformt. Von maßgeblicher Bedeutung ist sein Einsatz zu Zwecken der Selbstbestätigung sowie zur Problembewältigung im sich zunehmend erweiternden sozialen und kulturellen Lebensraum. Jugendliche haben in diesem Zusammenhang z.T. widersprüchliche Rollen- und Identitätsleistungen zu erbringen. Als zentrale Entwicklungsaufgabe stellt sich ihnen in dieser Altersphase die Auflösung bzw. Abschwächung ihrer engen emotionalen wie

auch moralischen Bindung an die Herkunftsfamilie mit dem Ziel, sich als unabhängige Subjekte entfalten zu können“. (Döbert 1978, ebd., S. 17).

Der Alkoholkonsum reicht über eine durchaus gebieterische kulturelle Selbstverständlichkeit bis in verbindliche Gruppennormen und Trinkzwänge hinein. Diese Selbstverständlichkeit hat einen eigenständigen Aufforderungscharakter insbesondere für Jugendliche. Deshalb verknüpfen Heranwachsende mit dem Alkoholkonsum vielfältige Nutzenerwartungen. Völker stellt die drei entscheidenden Funktionsbereiche wie folgt dar:

- Alkoholkonsum als Statushandlung (wobei mit Hilfe der Orientierung an den Erwachsenennormen deren erstrebter Status, ihre Kompetenz sowie die unterstellte Unabhängigkeit zumindest symbolisch übertragen werden sollen);
- Alkoholkonsum als Konformitätshandlung (wobei durch Gleichziehen oder Übertreffen eines bereits gepflegten Konsums bzw. durch eine Unterwerfung unter alkoholgetränkte Kraft- und Mutproben in der erstrebten zugehörigen Gleichaltrigengruppe (Peergroupe) deren Anerkennung und Wertschätzung gewonnen werden will);
- Alkoholkonsum als Ersatzhandlung (hier handelt es sich zum einen um den Rauschmittelgenuß zur Bewältigung bzw. Veränderung von Problemen oder auch Langeweile auf schnelle und wirksame Weise; andererseits um Erleichterung von Kontaktaufnahmen und nicht zuletzt um das Ertränken subjektiv überwältigender Einsamkeitsempfindungen). (vgl. Franzkowiak, 1986, S.18).

Jugendliche werden in unserer Kultur verschärft zum Trinken und Mittrinken gezwungen, um als Mitglied der Jugendkultur anerkannt zu werden. Jessor u.a. (1978) kennzeichnen abstinente Jugendliche im Gegensatz zu integrierten Konsumenten als konventionell, leistungsmotiviert, geduldig, familienorientiert und konformistisch bzw. angepaßt. Da sich die generelle Richtung der von ihnen dargestellten amerikanischen Durchschnittsjugendlichen eher vom Konventionellen fortbewegt, zeigen die Nichttrinker ein Verhaltensmuster, das sie vom allgemeinen

Entwicklungsmuster der Mehrzahl abhebt. Sie werden als Abstinenzler mit einem Etikett versehen und sind somit die eigentlich abweichenden Mitglieder der Alterskultur. (vgl. ebd., S.19).

Mit Hilfe des umfangreichen Materials aus der Studie „Jugend 81“ des Jugendwerkes der Deutschen Shell hat Zinnecker (1982) die doppelte Funktionalität des Alkoholtrinkens für 15- bis 17jährige männliche Arbeiterjugendliche bewiesen. Alkoholgenuß hat Auswirkungen auf die Sexualität. Das wird als ein sog. Alltagsflip bezeichnet, d.h. als ein kurzzeitiger symbolischer Versuch, bei dem aus den Regelungen und Zwängen der gesellschaftlichen Institutionen und familiären Lebenswelten ausgebrochen wird. Gleichzeitig ist das Trinken aber auch ein wichtiges Merkmal des jeweiligen Gruppenstils der Jugendlichen. Der gemeinsam mit Gleichbetroffenen/Gleichaltrigen gewonnene Zugang zum Alkohol stellt eine neu eroberte Teilhabe an jener Erwachsenen-Vergnügungskultur dar, die bis vor wenigen Monaten oder Jahren noch versperrt war. Alkoholgenuß gilt für diese Jugendlichen als Aufbau einer eigenen, extensiven Feier- und Cliquenkultur und wird mit zunehmendem Alter mit der Aneignung des Nachtraumes verknüpft: ein letzter Schritt, auch im Genußerleben mit den Erwachsenen in gleicher Weise zu handeln. (vgl. ebd., S.19).

Probieren und Einstieg geschehen oft anlaßbezogen. Der Alkoholkonsum nahezu aller Jugendlichen unter 12 Jahren ist auf seltenes und mengenmäßig überaus geringes Trinken bei innerfamiliären Feiern (Geburtstage, Silvester u.ä.) beschränkt. Die Integration der Kinder in diese Trinkgelegenheit ist bis zum 10. Lebensjahr eher die Ausnahme, steigt jedoch zwischen 10 und 14 Jahren langsam an. Bis ca. zum 13./14. Lebensjahr spielt Alkohol bei Jugendlichen nach übereinstimmender Ansicht der PädagogInnen „keine besondere Rolle“. Zwei soziale Determinanten erhöhen in dieser Altersphase den Einstieg Jugendlicher in häufigeren und überwiegend außerfamiliären Konsum - zwischen 12 und 16 Jahren steigen das Probieren und die Alkohol-„getränkten“ Mutproben im Rahmen der Clique sowie ihrer Aktivitäten (Treffen, Parties, Klassenfeste und Diskothekenbesuche) beständig an. Mit der Konfirmation werden 14-

15jährige Jugendliche in die kirchliche und anschließend auch säkulare Erwachsenenrunde aufgenommen. Dieser Einschnitt ist Anlaß für stärkeren Alkoholkonsum, wenn auch nicht in exzessivem Ausmaß. (vgl. Franzkowiak 1986, S.181).

Die wesentliche Faszination des Alkohols für Heranwachsende liegt in diesem Alter darin, mit ihm ihr „Erwachsenseinwollen mit allen Mitteln“, realisieren zu können. Nicht nur im Halbdunkel der Clique, sondern auch in der Öffentlichkeit von Konfirmation oder Familienfesten verspricht der Alkoholkonsum, ein „Eintrittsbillet“ in die Erwachsenenwelt zu sein. Außerdem kann Alkohol als „Stimmungsmacher“ im Gleichaltrigenkreis benutzt werden, indem er bei noch geringen bis mittleren Konsumintensitäten überwiegend positive Wirkungen wie Ausgelassenheit, Lustigkeit und Abenteuerlust veranlasst. Über individuelle Wirkungen oder „Frust“-trinken wird dagegen fast nie berichtet und auch das Bild des „besoffenen Rumhängens“ von 14- bis 16jährigen heftig abgelehnt. (vgl. ebd., S.182).

„Rauchen und Alkoholkonsum nehmen im Zuge der Verarbeitung adoleszenter Orientierungsprobleme zur Herausbildung von Ich-Identität und Verselbständigung vielfältige Funktionen an, die in allen Fällen sozial legitimiert und im kulturellen Normen- und Wertesystem abgestützt sind. Diese Risikopraktiken können dabei nicht vom Gesamt des stufenweise ausgebildeten Lebensentwurfs isoliert werden. Es wäre auch nicht angemessen, sie - selbst in den zeitweilig starken bis exzessiven Ausprägungen einzelner Phasen und Gruppen - von vornherein zu pathologisieren“ (Jessor, 1977). „Mit der Wahl und dem Vollzug von Risikoverhalten verfolgen Heranwachsende für sie zum gegebenen Entwicklungszeitpunkt „subjektiv vernünftige“ und zwischen Früh- und beginnender Spätadoleszenz zudem von ihrer Bezugsgruppe geförderte sowie geforderte Motive und Funktionen. Diese Absichten pendeln je nach Phase zwischen Verselbständigungen, sozialer Integration (sowohl in die Gleichaltrigen - als auch Erwachsenenengemeinschaften), symbolischer Opposition und subjektiver Entlastung bzw. Belastungsbewältigung. Das jeweilige Ausmaß von Zigarettenrauchen und/oder Alkoholkonsum markiert somit auch

Entwicklungsübergänge einzelner Jugendlicher sowie kompletter Gruppen auf dem Weg zum Erwachsenwerden“. (Franzkowiak, 1986, S.189).

Bei einer Untersuchung von Dohle im Jahr 1990 (siehe S.8) kam es zu folgenden Ergebnissen: Gymnasiasten trinken häufiger als Hauptschüler ernährungsphysiologisch günstige Getränke und begünstigen öfter ebensolche Nahrungsmittel. Deutliche Unterschiede bestehen zwischen Jungen und Mädchen in bezug auf besonders beliebte Nahrungsmittel: Mädchen bevorzugen cholesterinarme Nahrung (81.9% gegenüber 42.2%), Jungen cholesterinreiche Kost (53.8% gegenüber 18.1%).

70.3% aller befragten Schüler von Hauptschulen und Gymnasien im Alter von 10-20 Jahren trinken Alkohol. Gymnasiasten trinken häufiger Alkohol als Hauptschüler, besonders in den Klassen 8-10. Alkoholmißbrauch besteht bei Hauptschülern häufiger als bei Gymnasiasten (Klassen 5-10). Zwischen Nikotin- und Alkoholkonsum ist bei Hauptschülern und Gymnasiasten eine hochsignifikante Korrelation ($p < 0.001$; Ausnahme: Klassen 11-13 des Mädchengymnasiums $p = 0.002$). (vgl. Dohle, 1991, S.134f).

Jeder dritte männliche Befragte (33%) trinkt regelmäßig Alkohol. Insgesamt 16% sind als alkoholgefährdet anzusehen, darunter 6% sogar als stark alkoholgefährdet. Von den Mädchen und jungen Frauen trinken 7% regelmäßig Alkohol. Insgesamt 5% gelten als gefährdet, darunter 1% als stark alkoholgefährdet. (vgl. Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Jugendstudie 1990/91, S.101).

Bei der Befragung 1981/1982 betrug der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten bei den Jungen und jungen Männern ebenfalls 33%, im Jahre 1986/1987 aber nur 29%. Der Wiederanstieg 1990/91 ist vor allem durch eine Zunahme des Alkoholkonsums bei den 21- bis 24jährigen zu erklären. Während fünf Jahre vorher „nur“ 39% von ihnen regelmäßig Alkohol getrunken haben, waren es jetzt wieder - ähnlich wie 1981/82 - 46%. (vgl. ebd., S.101).

In den Altersgruppen 12 bis 13 Jahre und 14 bis 15 Jahre spielt der Alkoholkonsum praktisch noch keine bzw. nur eine geringe Rolle. Es gibt eine Ausnahme bei den 14- bis 15jährigen Jungen, die schon zu 7% regelmäßig Alkohol trinken. Bei den 16- bis 17jährigen erhöht sich der Alkoholkonsum auf 28% bei den Jungen und 4% bei den Mädchen. Die 21- bis 24jährigen Männer konsumieren zu 46% regelmäßig Alkohol. Allein 44% trinken regelmäßig Bier und 7% regelmäßig Spirituosen. Beim weiblichen Geschlecht weisen die 18- bis 20jährigen die höchsten Werte auf. Insgesamt 11% von ihnen trinken regelmäßig Alkohol, 7% regelmäßig Bier und 5% regelmäßig Wein. (vgl. ebd., S.101).

Es gibt sehr enge Beziehungen zwischen dem Alkoholkonsum der Befragten und den Trinkgewohnheiten im sozialen Umfeld. Im allgemeinen trinken die Eltern der befragten Alkoholkonsumenten etwa doppelt so häufig ebenfalls regelmäßig Alkohol wie die Eltern von Abstinenzlern. (vgl. ebd., S.102).

Der Anteil an regelmäßigen Biertrinkern ist bei den Partnern von regelmäßig Trinkenden etwa dreimal (28%) und bei den engsten Freunden bzw. Freundinnen etwa zwanzigmal so hoch (62%), wie bei den Partnern und engsten Freunden bzw. Freundinnen von Abstinenzlern (10% bzw. 3%). Von den regelmäßig Trinkenden hat etwa jeder vierte (24%) einen engeren Freundes- und Bekanntenkreis, in dem alle Alkoholkonsumenten sind. Von den Abstinenzlern hat nur jeder fünfzigste (2%) solch einen Freundes- und Bekanntenkreis. Demgegenüber trinken im engeren Freundes- und Bekanntenkreis 35% ebenfalls keinen Alkohol, während von denen, die regelmäßig trinken, keiner einen solchen Freundes- und Bekanntenkreis hat. (vgl. Jugendstudie, 1990/91, S.102).

Ihren Gesundheitszustand bewerten regelmäßige Alkoholkonsumenten deutlich schlechter als Abstinenzler. So nennen von letzteren 30% ihren Gesundheitszustand sehr gut, von den regelmäßig Trinkenden jedoch nur 19%. Umgekehrt betrachten von den regelmäßigen Alkoholkonsumenten

27% ihren Gesundheitszustand höchstens als zufriedenstellend, während das bei den Abstinenzlern nur für 18% zutrifft. (vgl. ebd., S.103).

Alkoholkonsum und andere gesundheitliche Gefährdungen hängen sehr deutlich zusammen. So gibt es bei den Abstinenzlern nur 15% Raucher, bei den Befragten mit übermäßigem Alkoholkonsum jedoch 82%. Junge Menschen mit übermäßigem Alkoholkonsum konsumieren zu 27% gleichzeitig Drogen, und 12% von ihnen nehmen regelmäßig Medikamente mit Suchtpotential ein. Unter denen, die noch nie Alkohol konsumiert hatten, gibt es dagegen überhaupt keine aktuellen Drogenkonsumenten, und nur 2% von ihnen nehmen regelmäßig Medikamente mit Suchtpotential ein. (vgl. ebd., S.103).

Der Alkoholverbrauch erhöhte sich in den 20 - von 1970-1990 - Jahren in der Bundesrepublik Deutschland um ca. 15% (Ernährungsbericht 1988). Laut Holtmeier (1986) gehört Alkohol zu den Verursachern von Übergewicht im Erwachsenenalter. (vgl. Dohle, 1991, S.126).

Was im einzelnen unter Verbrauch verstanden werden soll, muß jeweils festgelegt werden, z.B. nach Häufigkeit in einem Bezugszeitraum. In der Forschung über Alkohol wird darunter häufig die typische Anzahl von Drinks (etwa Flaschen Bier) je Trinkgelegenheit während des letzten Monats verstanden. Die Trinkgewohnheiten wandeln sich im Laufe des Lebens: ganz ähnlich der Volksweisheit wird im hohen Alter zurückhaltend, dafür aber häufiger getrunken. (vgl. Temple, 1988, Silbereisen, 1990, S.170).

Kandel und Logan (1984) stellen das je nach Alter unterschiedliche Risiko des ersten Alkoholkonsums („hazard rates“) dar. Mit 10 Jahren trinken erst knapp 10% der bis dahin enthaltsamen Jugendlichen das erste Mal Alkohol; mit 14 haben um 20% Alkoholerfahrungen und mit 18 Jahren schließlich über 80% derjenigen, die vorher noch nie getrunken hatten. Wer bis dahin noch keinen Alkohol getrunken hatte, wird auch in den folgenden Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit abstinent bleiben, denn das Risiko senkt sich danach stark. Die höchste Konsummenge zwischen etwa 18 und 21 Jahren

bildet ein schmales „Zeitfenster“, das auch die gesetzlichen Vorgaben in Hinsicht auf das Mindestalter spiegelt. (vgl. ebd., S.171).

In dieser „kurzen Zeit“ können Folgeerkrankungen entstehen wie nach einem längerfristigen exzessiven Alkoholkonsum, z.T. irreversible Schädigungen der Leber, des Herzens und der Bauchspeicheldrüse (vgl. Waller 1985). Die Tatsache der Alkoholabhängigkeit zeigt sich, wenn Abstinenz nicht mehr möglich ist, psychische Entzugerscheinungen Alkoholnachschieb erzwingen, die Dosis ständig gesteigert werden muß, um die gewünschte Wirkung zu erreichen und/oder sich physische Symptome (Zittern, Schweißausbrüche, Herzbeschwerden) als Folge einer (unfreiwilligen) Abstinenz zeigen. (vgl. Nordlohne, 1992, S.36).

Die Zahlen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1989) sprechen hier für sich: Die Zahl der Alkoholabhängigen der (ehemaligen) Bundesrepublik wird auf 1,5 bis 1,8 Mio. geschätzt. Die Zahl der ständigen (süchtigen) Raucher ab dem 14. Lebensjahr erreichte damals einen Anteil von 40% der Bevölkerung. Ca. 50% der Personen über 14 Jahren hatten Erfahrungen mit Nikotin. (vgl. Stumpfe 1988, ebd., S.36).

Weit größer ist der Anteil derer, die mehr oder weniger regelmäßig alkoholische Getränke zu sich nehmen. Mehr als 80% der Bevölkerung sind mit dem Umgang mit Alkohol vertraut, und in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen trinkt ca. ein Drittel regelmäßig (d.h. fast täglich) alkoholische Getränke. (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1989, ebd., S.36f).

Zigaretten und Alkohol gelten vor allem für Erwachsene als sozial weithin akzeptierte und legitimierte Mittel und bewähren sich als fundamentale Bestandteile des Ausschöpfens kultureller Verhaltensangebote und Selbstdarstellungsformen (vgl. Franzkowiak 1986a; 1987c, ebd., S.37). Die Konsumanreize und -angebote, die durch Werbung und Medien jederzeit aufs Neue wirksam betont werden, sind dabei im gesellschaftlichen Zusammenleben so stark festgelegt, daß insbesondere diejenigen, die

keinen Alkohol trinken, sich unter einem dauernden Begründungszwang für ihre Abstinenz befinden. So fühlt sich auch ein großer Teil von Jugendlichen (40%) unter einem beträchtlichen sozialen Druck, wenn sie in ihrer sozialen Umgebung das Angebot des Alkoholtrinkens ablehnen wollen. Es ist von daher auch wenig erstaunlich, daß in einer Gesellschaft, für deren erwachsene Mitglieder Alkohol- und Tabakkonsum größtenteils ein integraler Bestandteil vieler sozialer Situationen ist, auch die Nachfolgeneration sich kulturell anpasst und nicht die minoritären Abstinenzregeln übernimmt. (vgl. Fahrenkrug 1980, Nordlohne, 1992, S.37).

Alkohol- und Tabakkonsum sind für Jugendliche offenbar auf das engste mit der Assoziation des Erwachsenwerdens verbunden. Als entscheidendes Charakteristikum von Alkoholkonsum und Rauchen gleichermaßen ist ihre öffentliche Verankerung anzusehen. Vor allem diese Eigenschaft macht Risikoverhaltensweisen zu Zielgrößen jugendlicher Aneignungsbestrebungen: Ihnen beiden ist das Flair weit verbreiteter und zudem volkstümlich verankerter Symbole des Erwachsenseins zu eigen. Gerade Alkohol läßt sich bei einer Unzahl von Gelegenheiten demonstrativ einsetzen, und der Umgang mit dem Genuß- und Rauschmittel ist verhältnismäßig rasch und einfach zu erlernen. In diesem Bereich können Heranwachsende binnen kurzer Zeit auf eigene Erfahrungen zurückblicken und, im Gegensatz zu einer Vielzahl weiterer Erwachsenenentätigkeiten, auch subjektiv kompetent mitreden - zuweilen z.T. sogar mithalten. Da ihnen im gesellschaftlichen Alltag sonst nur begrenzte Möglichkeiten eingeräumt werden, die Erwachsenenrolle real auszuüben, müssen sich Jugendliche notgedrungen auf die Aneignung ihres symbolischen Ersatzes beschränken. Sie sind darauf angewiesen, einen sachkundigen Konsum und umfassend funktionalen Einsatz von Alkohol in der öffentlichen Arena einzuüben. (Franzkowiak 1986, S.18, Nordlohne, 1992, S.38).

Alkohol- und Tabakgebrauch zeigen bezüglich des Jugendalters einen deutlichen altersbezogenen Entwicklungsverlauf, was aus entwicklungs- und sozialisationstheoretischem Blickwinkel keineswegs erstaunlich ist. Der Umgang mit den kulturellen Genußmitteln Alkohol und Tabak gehört

inzwischen zum Standardrepertoire jugendlicher Entwicklungsaufgaben (vgl. Jessor 1984; Silberersin & Kastner 1985a). Der konstitutive Bestandteil jugendlicher Entwicklung und Sozialisation setzt sich mit risikoträchtigen Verhaltensweisen innerhalb ihrer kulturellen und sozialen Umgebung auseinander. (vgl. ebd., S.38).

Der Anteil derjenigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (ca. 12-24 Jahre), die mindestens einmal pro Woche Bier, Wein bzw. Schnaps u.ä. trinken, ist seit Mitte der 70er Jahre kontinuierlich gesunken und seit Mitte der 80er Jahre auf einem etwa konstanten Niveau geblieben. Die entsprechenden Angaben zum regelmäßigen Konsum in den Jahren 1973 und 1990 erreichen, nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1990), für Bier (48%/40%), für Wein (24%/15%) sowie für Schnaps (20%/6%). Auch hier bezieht sich der Rückgang - wie beim Tabakkonsum - auf alle Altersgruppen. Seit Beginn der 80er Jahre ist dabei der Anteil der Abstinenten von 42% (1981) auf 47% (1987) gestiegen, ebenso hat sich die Gruppe derjenigen verringert, die nur gelegentlich zu alkoholischen Getränken greifen - wahrscheinlich zugunsten der Abstinenzler. Relativ konstant ist nach der spürbaren Verringerung in den 70er Jahren der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten seit Beginn der 80er Jahre, der etwa bei 20% der 12- bis 24jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt. Entsprechende Trends beweisen auch Studien aus der Schweiz. Gleichzeitig läßt sich ein Trend erkennen, der eine Zunahme des Konsums nicht-alkoholischer Getränke unter Jugendlichen nachweist. (vgl. Wünschmann 1989, Nordlohne, 1992, S.44).

Pulkinnen (1983) stellt dabei heraus, daß Eltern zwar durch ihr eigenes Verhalten im Umgang mit Tabak und Alkohol die Heranwachsenden stark beeinflussen können, daß sich jedoch dieser Einfluß immer mehr verliert, je nachdem wie Jugendliche sich mit den Rauch- und Trinkgewohnheiten der insgesamt einflußreicheren Peer-Group konfrontiert sehen. (vgl. ebd., S.46).

Silbereisen & Noack (1988) sowie Noack (1990) betonen die Bedeutung von Alkohol- und Tabakkonsum im Zusammenhang mit jugendtypischen

Anforderungen und weisen auf die entwicklungsstützenden und selbstwertschützenden Faktoren hin, die der Tabak- und Alkoholgebrauch übernehmen kann. Der Konsum zeigte sich in diesen Studien als durchaus funktional bei der Freizeitgestaltung und der Suche nach neuen (gegengeschlechtlichen) Partnern, die durch das Medium „legale Drogen“ für Jugendliche deutlich erleichtert wurde. (vgl. ebd., S.47).

Im Zusammenhang mit den allgemeinen jugendbezogenen Anforderungen sehen auch Jessor & Jessor (1977; 1984) die Drogen (auch die legalen) als eine Spielart von Problemverhalten, das als Folge spezifischer Problemkonstellationen während des Jugendalters entsteht. Die Problemverhaltensdisposition bzw. -bereitschaft (problem-behavior-proneness) ist durch unterschiedliche Merkmale der Abweichung von konventionellen Normen zu erkennen. Prognostisch relevante Faktoren für den legalen Drogengebrauch waren neben einer starken Orientierung an zur Devianz neigenden Gleichaltrigen insbesondere eine geringe Leistungsorientierung, geringe religiöse Bindungen, größere Toleranz gegenüber devianten Verhaltensweisen sowie geringe Einflußmöglichkeiten der Eltern. (vgl. Donovan & Jessor 1978; Jessor 1987, Nordlohne, 1992, S.47).

Jugendliche und Heranwachsende, die eine spezifische ungünstige Ausprägung in den genannten Variablen aufwiesen, zeigten Jahre später deutlich intensivere Trinkmuster als diejenigen, bei denen die Variablenausprägungen für eine Problemverhaltensdisposition nicht vorlagen (Jessor 1986). Eine Bestätigung im Sinne der These Jessor's, daß sich Drogengebrauch vor dem Hintergrund ablehnender Haltungen gegenüber traditionellen Wertorientierungen bei gleichzeitig größerer Devianzorientierung abspielt, liefern auch die Befunde von Newcomb & Bentler (1986), Huba & Bentler (1984) sowie die von Chassin, Presson u.a. (1986). (Nordlohne, 1992, S.47).

Weitere Befunde weisen problematische und offenbar als belastend empfundene Lebensbedingungen als Auslöser für den Tabak- und

Alkoholkonsum nach. Die Studie von Labouvie (1986; 1987) kann beweisen, daß der Alkoholkonsum deutlich mit einem überdurchschnittlichen Ausmaß an Streß übereinstimmt. Jugendliche, die innerhalb dieser Studie kritische Lebensereignisse (life-events) sowie ein geringes Selbstwertgefühl hatten, wandten sich intensiv dem Alkohol zu, um offenbar die begleitenden emotionalen Streßreaktionen zu reduzieren und zu bewältigen. (vgl. ebd., S.48).

Entsprechend einer Untersuchung an 5000 der 25- bis 69jährigen Personen in der (alten) Bundesrepublik, die nach Konsumhäufigkeit und Konsummenge von Alkohol durchgeführt wurde, konsumierten im Jahre 1988 50% der Männer und 14% der Frauen regelmäßig Bier, 13% der Männer und 10% der Frauen regelmäßig Wein, 7% der Männer und 2% der Frauen regelmäßig Spirituosen. Wenn man als untere Gefährdungszone eine tägliche Durchschnittsmenge von 60g Alkohol für Männer und 40g Alkohol für Frauen nimmt, dann gelangen 20% der Männer und 12% der Frauen über diese Grenze. Es wird aber heute angenommen, daß bei den Frauen bereits 20g reinen Alkohols täglich genügen, schädigend auf Psyche und Körper zu wirken. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren hatte 1976 gezeigt, daß in der damaligen Bundesrepublik 2-3% der Bevölkerung als alkoholkrank galten. Dieser Prozentsatz entspricht ca. 1,5 Millionen Einwohnern. (vgl. Battegay 1994, S.64f).

In den gegenwärtigen westeuropäischen Ländern sind 5-10% der potentiell Werktätigen arbeitslos. Durchgeführte Untersuchungen stellen die bedeutenden Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Alkoholismus dar (vgl. Henkel u.a., 1983). Anhand von epidemiologischen Daten zur Prävalenz des Alkoholismus bei Arbeitslosen und zur Entwicklung der Aufnahme arbeitsloser alkoholabhängiger Patienten in verschiedenartigen ambulanten und stationären Einrichtungen seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit in der Bundesrepublik im Jahre 1974 wurde zumindest für Männer die These anerkannt, daß der Arbeitslosigkeit eine alkoholabhängigkeitsfördernde Wirkung zukommt. Henkel und Mitarbeiter schlagen vor:

1. die Ausweitung von Längsschnittuntersuchungen auf die Phase vor Eintritt der Arbeitslosigkeit zur Erfassung der alkoholismusrelevanten Auswirkungen antizipierter Arbeitslosigkeit,
2. Unterscheidung der unterschiedlichen Formen des Alkoholismus bei Arbeitslosen,
3. die Differenzierung der Arbeitslosen nach objektiven Merkmalen der Arbeitslosigkeit und
4. Einbeziehung der subjektiven Art der Verarbeitung der durch die Arbeitslosigkeit bedingten Belastung. (vgl. Nordlohne, 1992, S.65f).

3.5.4. Problembereich Medikamentenmißbrauch

Im Jahr 1965 definierte die WHO den Medikamentenmißbrauch als „Konsum eines Medikamentes ohne medizinische Notwendigkeit oder in unnötigen Mengen“ (Hartmann, 1988, S. 29). Das WHO Expert Committee on Dependence-producing Drugs erklärte 1969, Medikamentenmißbrauch sei „ein dauernder oder vereinzelt übermäßiger Medikamentengebrauch, der ohne Beziehung zu einer annehmbaren medizinischen Praxis erfolgt oder mit einer solchen unvereinbar ist“ (ebd., S.29).

Mehr als 90% der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland haben Medikamente zur Verfügung; pro Familie etwa 11,7. Davon sind im Durchschnitt 8 rezeptfrei und 3,7 verschreibungspflichtig (vgl. Schicke 1977). Selbstmedikation ist bekannt und auch weitverbreitet; illegaler Drogen- und Alkoholkonsum bedarf demgegenüber der Abgrenzung. Mit steigendem Lebensalter erhöht sich der Medikamentenkonsum, mit erhöhter Soziallage folgt man dieser Tendenz weniger. Frauen nehmen Arzneien häufiger als Männer ein. Für die oberen Sozialschichten gibt es eine große Auswahl von nicht verschreibungspflichtigen Mitteln, in den unteren Soziallagen herrschen dagegen rezeptpflichtige Pharmaka. Ein Zusammenhang zwischen dem Verbrauch von rezeptfreien Mitteln und der Zahl der Arztbesuche scheint nicht zu bestehen. Anders verhält es sich mit den verschreibungspflichtigen Medikamenten; in der Bundesrepublik wird pro Arztkontakt durchschnittlich ein Arzneirezept verschrieben (In den USA etwa die Hälfte, vgl. Schicke

1977). Die Selbstmedikation gilt hier wohl weniger als Ersatz für die Konsultation des Arztes, sondern vielmehr als Ausdruck einer bestimmten „Krankheits- oder Unwohlseinsstufe“. (vgl. Voigt 1978, S.54).

Die Gefahr fängt bei fehlerhaftem Medikamentenkonsum sowie bei Über- und Unterdosierung an. Der Medikamentenmißbrauch liegt zwischen einer Rate von 4% und 15% aller eingenommenen Medikamente. Eine konsequente Medikamenteneinnahme ist selbst bei stationären Patienten zu einem hohen Prozentsatz nicht gewährleistet. Der Patient muß durch Information und Einsicht motiviert werden. Die Motivation ist in regelmäßigen Zeitabständen zu verstärken, besonders bei jenen Patienten, die keine direkte Medikamentenwirkung verspüren oder auch bei älteren Patienten. (vgl. Hüllemann 1977, S.337, ebd., S.55).

Die Sehnsucht nach einem problemfreien Leben in einer zunehmend rational und technisch auffallenden Umwelt, in der die Lebens- und Arbeitsbereiche immer mehr spezialisiert werden und damit vom Einzelnen ständig höhere Leistungen verlangen, nimmt ständig zu. Zusätzlich wird von den Massenmedien ein strahlendes Image von den „modernen“ immer jungen oder jung bleibenden Menschen mit einer unkomplizierten Frohnatur verbreitet. Dies läßt denjenigen, für den seine Umwelt nicht ohne Belastungen und Probleme ist oder der Mühe hat, dem verzauberten Bild des „modernen Menschen“ Stand zu halten, rasch zur scheinbar konfliktlösenden oder erleichternden Droge greifen. (vgl. Geiger, 1986, S.3).

Der Mißbrauch von Medikamenten ist wohl den meisten Menschen als gesundheitsgefährdend bekannt. Als ursächliche Faktoren für den hohen Konsum gelten nicht nur individuelle Entscheidungen des betroffenen Verbrauchers, sondern auch Bedingungen des sozialen Umfeldes, das Angebot an Medikamenten, die Beeinflussung durch die Werbung und die den Medikamenten innewohnende Wirkung. (vgl. ebd., S.3).

„Solms und Steinbrecher (1978) sprechen in Anlehnung an die WHO von Mißbrauch als einem in qualitativer oder quantitativer Hinsicht falschen Gebrauchs eines Medikamentes, Genußmittels oder einer illegalen Droge.

Qualitativ insofern, als die Einnahme ohne Vorliegen medizinischer Gründe erfolgt, quantitativ im Sinne einer gegenüber den Notwendigkeiten erhöhten Dosis. Dabei ist unbedeutend, ob die Substanzeinnahme einmalig oder ständig erfolgt bzw. eine Wirkung auf die Psyche des Betroffenen hat oder nicht. Auch der Übergang zur Abhängigkeit ist keine rein quantitative Frage, sondern darin zu suchen, daß Mißbrauch im allgemeinen zwanglos abstellbar ist, Abhängigkeit jedoch nicht. Auch Mißbrauch ist keineswegs in jedem Fall harmlos: er kann den Betroffenen schädigen, muß es aber nicht. Abhängigkeit beinhaltet dagegen immer eine Schädigung des Betroffenen“. (Lowack, 1986, S.4f).

Mißbrauch kann durch unterschiedlichste Anlässe entstehen. Medikamentenmißbrauch wird häufig auf Werbung und Besserwissertum zurückgeführt. Scheinbedürfnisse und Sicherheitsbestrebungen können Ursache für Mißbrauch sein, wenn z.B. jemand als krank und behandlungsbedürftig gelten will, viele Ärzte besucht und sich schmerzstillende Medikamente verschreiben läßt, die er einnimmt, um sein „Kranksein“ zu beweisen. Besonders bei Frauen, die ihr Leben als unerfüllt empfinden, kann ein Mißbrauch aus Langeweile entstehen, als bewußter Versuch, in einer toxischen Stimmungslage euphorischer Art die existentielle Leere zu unterdrücken. Der Mißbrauch bei Verstimmungszuständen wird häufig durch die Propagierung einer Erleichterung durch Einnahme von Medikamenten und Genußstoffen erhöht. (vgl. Geiger, 1986, S.5).

Der Arzneimittelgebrauch ist ein Teilaspekt gesundheitsbezogenen Verhaltens und Handelns, dem trotz des hierzulande bestehenden beträchtlichen Konsums bisher wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde (Badura 1990). Die innerhalb der Forschung im Gesundheitsverhalten vorliegende, noch sehr mangelhaft aufgearbeitete Datengrundlage im Bereich des Arzneimittelkonsums wurde hier zum Anlaß genommen, Verbreitung und Entwicklungstrends in den Gebrauchsmustern von Arzneien der letzten Jahre etwas ausführlicher darzustellen. Die Wege und Anlässe, die zum jeweiligen Gebrauch führen, mögen dabei durchaus andere sein als bei anderen Drogen (z.B. werden sie z.T. durch Ärzte verschrieben). Hinter dem Gebrauch vieler Arzneien wie auch anderer Drogen läßt sich jedoch

eine ähnliche Motivationslage der Benutzer vermuten. Auch bei Arzneien besteht die Gefahr, daß sie als Manipulatoren für psychisches und soziales (Wohl-) Befinden eingesetzt werden. (vgl. Nordlohne, 1992, S.49).

Mit Arzneimitteln wird vorwiegend die Vorstellung verbunden, daß sie Krankheit lindern und heilen. Im allgemeinen stehen sie unter Aufsicht und Kontrolle eines Arztes, der „qua Amt“ für eine richtige Indikation und die Zielgerichtetheit der Arzneibehandlung haftet. Dieser Sachverhalt des Arzneimittelkonsums ist in unserer Gesellschaft akzeptiert. Er täuscht jedoch über die Tatsache hinweg, daß Arzneimittel ebenso die psycho-physische Befindlichkeit beeinflussen und Rauschzustände wie mit anderen „Drogen“ erzeugen können, und daß es beim Einsatz von Arzneien durch ärztliche Verordnung ebenso wie durch die „Manipulation in Eigenregie“ (Selbstmedikation) zu mißbräuchlichen Handhabungsmustern und zu Abhängigkeit kommen kann. (vgl. ebd., S.49f).

Arzneimittel können als eine wirkungsvolle und unverzichtbare Hilfe bei Krankheit und Schmerz angesehen werden. Deshalb kann auf ihren Einsatz zu Zwecken der Heilung, Linderung und Verhütung von Krankheit kaum mehr verzichtet werden. In der Regel gelten Arzneimittel als Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die gebraucht werden, um körperliche und geistig-seelische Krankheiten bei Menschen zu beeinflussen. Aufgrund ihrer chemischen und pflanzlichen Zusammensetzung können sie Strukturen oder Funktionen im menschlichen Organismus ändern und insofern als eine spezifische Form von „Drogen“ bezeichnet werden. (vgl. WHO 1969). Die Funktionen von Organen bzw. Organsystemen können sie positiv beeinflussen und krankhafte Störungen beseitigen. (vgl. Nordlohne, 1992, S.50).

Es gibt unterschiedliche Arten von Mißbrauch eines Arzneimittels. Beim Mißbrauch wird, unter Außerachtlassen anderer Möglichkeiten, mit Medikamenten versucht, die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit des Organismus auf ein Niveau anzuheben, welches das individuell vorgegebene Vermögen übersteigt und an subjektiven Erwartungen orientiert ist, die

wiederum durch kollektive Maßstäbe beeinflusst sind (vgl. Schrappe 1976). Regelmäßiger Mißbrauch kann aufgrund verschiedener pharmakodynamischer Effekte ein Entzugsvermeidungsverhalten verursachen und zu einer Abhängigkeit von den mißbräuchlich verwendeten Substanzen führen. (vgl. Gutscher& Hornung 1986, ebd., S.50).

Eine besondere Gefahr einer psychischen bzw. physischen Arzneimittelabhängigkeit stellen die spezifischen Arzneigruppen (Psychopharmaka), die oft durch Selbstmedikation auf das Allgemeinbefinden einwirken sollen, dar: wenn die Dosis verstärkt werden muß, um die gewünschte Wirkung zu erreichen, eine Arzneimittelpause nicht mehr freiwillig gemacht werden kann bzw. eine Zwangspause ein verstärktes Wiederauftreten der ursprünglichen und weiterer Beschwerden bewirkt. Im Mißbrauchsfall wie auch im weiter fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeit wird eine Toleranzentwicklung gegenüber solchen Arzneien beobachtet, mit denen physische und/oder psychische Prozesse einer Manipulation unterzogen werden, die zur Anpassung an individuelle oder soziale Erwartungen führen soll und ein physisches und psychisches Wohlbefinden erreichen soll, um Leistungsfähigkeit zu erzielen. (vgl. ebd., S.50f).

Die Gruppe der Psychopharmaka (im weitesten Sinne) bildet eine besonders Mißbrauch und Abhängigkeit auslösende Arzneigruppe. Im engeren Sinne gehören verschiedene Gruppen von Arzneien zu den Psychopharmaka, die psychische Störungen und Erkrankungen beeinflussen. Dazu gehören in erster Linie Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika, Neotropika sowie auch einige pflanzliche Präparate (vgl. Lohse, Müller-Oerlinghausen 1989a). Diese Mittel haben meistens einen spannungs- und erregungsdämpfenden Effekt und werden in der Regel nur für eine kurzfristige Behandlung von Angstzuständen sowie zur allgemeinen Sedierung verwendet. Im weiteren Sinne werden jedoch auch Schmerzmittel (Analgetika), Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika und Sedativa) sowie Anregungsmittel (Stimulanzien) zu der Gruppe der Psychopharmaka gezählt

(vgl. Vogt 1989a), weil die Wirkstoffe, die in den Mitteln enthalten sind, sehr ähnlich oder auch identisch sind. (vgl. Nordlohne, 1992, S.54).

Für die Gruppe der Psychopharmaka ist festzuhalten, daß eine medizinische Notwendigkeit der Einnahme nicht immer gegeben ist. Im Vordergrund bei dieser Art der Medikation steht das Bedürfnis nach positiver Befindlichkeitsregulierung, gesteigertem Wohlbefinden und neuer Erlebnisqualität. Die steigenden Umsatz- und Verbrauchszahlen für Psychopharmaka erfordern nach kritischer Bewertung eine angemessenere Indikation, werden doch mit diesen Mitteln nicht nur schwere psychiatrische Krankheitsbilder verringert, sondern auch vorübergehende, oft nur situative Verstimmungen und Befindlichkeitsstörungen beeinflußt. Viele Konsumenten werden zu einem Dauerkonsum geführt, der zunächst weder durch spektakuläre Dosissteigerungen noch durch soziale Auffälligkeiten zutage tritt. (vgl. Gutscher& Hornung 1986, ebd., S.57).

Die Befunde verschiedener Studien zeigen jedoch, daß neben dem insgesamt steigenden Gebrauch von Arzneimitteln in der Gesamtbevölkerung, zunehmend auch bei Kindern und Jugendlichen, Verabreichungs- und Anwendungsmuster anzutreffen sind, nach denen Arzneimittel oft leichtfertig in unangenehmen Lebenssituationen - in Verkennung ihrer teilweise erheblichen Nebenwirkungen - gegeben und konsumiert werden. (vgl. Nordlohne, 1992, S.58).

Sichrovsky (1984) untersuchte das Verschreibungsverhalten bei Ärzten in der ehemaligen BRD: 1,9 Mio. Kindern im Alter zwischen 0 und 12 Jahren wurde 51 Millionenmal pro Jahr ein Medikament verordnet. Umgerechnet nahm damit jedes Kind in der genannten Altersgruppe pro Jahr sechs Medikamente ein. Für den Bereich der Psychopharmakaverordnung ergab die Studie, daß pro Jahr 1,4 Mio. Psychopharmaka für Kinder bis zu 12 Jahren verordnet wurden. (vgl. ebd., S.58).

Die steigenden Umsatz- und Verordnungszahlen für Arzneimittel, die sich auch in der Kostenexplosion innerhalb des Gesundheitswesens äußern,

sowie die steigenden Möglichkeiten der Selbstmedikation innerhalb unserer Gesellschaft zeigen das zunehmende Bewußtsein an, daß die schnelle und beliebige Verwendung von Medikamenten zur Verbesserung von Wohlbefinden bzw. zur Linderung von Beschwerden führt, die dann für alltäglich und selbstverständlich gehalten wird. Die problematische Tendenz, die sich hierin äußert, liegt darin, daß der eigene Körper und das emotionale Befinden zunehmend für medikamentös beliebig, rasch und unbedenklich manipulierbar gehalten werden. (vgl. ebd., S.62f).

Es ist bewiesen, daß die Anwendung von Psychopharmaka Nebenwirkungen verursacht und bei vielen Mitteln ein Suchtpotential vorhanden ist. Eine überzeugende Systematik liegt derzeit in der Diagnose der psycho-physischen Vorgänge, Störungen und Beschwerdebilder nicht vor, die der Medikamentenbehandlung immer vorausgehen sollte und eine Anwendung von Psychopharmaka mitbestimmt. Es handelt sich bei den Indikationsbereichen für Psychopharmaka eher um Umschreibungen für ein nicht ausreichendes Wissen über Symptome und die ihnen zugrundeliegenden Ursachen. Diese Umschreibungen bestehen u.a. aus Bezeichnungen wie vegetative Dystonie, Unruhe- und Erregungszustände, nervöse Erschöpfungs- und Konzentrationsstörungen, Reiz- und Überforderungszustände, Angst usw. „Derartige Indikationsbezeichnungen gehen(...) weit an den klinisch-diagnostischen Möglichkeiten vorbei, die doch vor allem das Aufdecken von ursächlichen Zusammenhängen in den Mittelpunkt stellen sollen“ (Glaseske 1987, S.108). In vielen Fällen werden also nicht Krankheitszeichen im Sinne der medizinischen Krankheitsmodelle mit diesen Medikamenten bekämpft (vgl. Schaefer 1976), sondern Begleiterscheinungen von „Krankheiten“ und Beschwerdebilder, die ein gestörtes Allgemeinbefinden zeigen. (vgl. Nordlohne, 1992, S.63f).

Im Kindes- und Jugendalter übernehmen Eltern eine wesentliche Funktion bei der Ausprägung von Verhaltens- und Handlungsweisen ihrer Kinder. Eine entscheidende Rolle kommt den Eltern auch als Vorbild im Bereich gesundheitsbezogenen Verhaltens und Handelns im Umgang mit Arzneimitteln zu. Die Untersuchungen von Vogt (1985) und Yamaguchi &

Kandel (1984b) beweisen, daß wichtige Impulse für die Anwendung von Arzneien bei Heranwachsenden von den Eltern (vor allem Müttern) herrühren. Die Studien deuten darauf hin, daß der Arzneigebrauch der Mütter ein guter Indikator für den Arzneigebrauch der heranwachsenden Kinder ist. Die Heranwachsenden ge- bzw. mißbrauchen zum Teil dieselben Medikamente wie ihre Mütter. (vgl. Vogt 1985, ebd., S.66).

Eltern bzw. Mütter haben jedoch nicht nur Einfluß auf den gesundheitsbezogenen Umgang ihrer Kinder mit Arzneien im Sinne eines 'Vorbildes', sondern sie übernehmen außerdem auch die Funktion von „Laienmediziner“, wenn gesundheitliche Beschwerden bei ihren Kindern vorkommen. Es liegt nahe, daß sich in einer Gesellschaft, in der der Arzneimittelkonsum steigend ist, Eltern eher weniger Gedanken machen und ihren eigenen Kindern von sich aus Arzneimittel anbieten. Nicht alle vorkommenden gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten werden gleichzeitig auch durch das professionelle medizinische System (Arzt usw.) versorgt und behandelt, ein Sachverhalt, der sich vor allem auch in einem relativ hohen Anteil von Selbstmedikamentierenden äußert. (vgl. ebd., S.66).

Wie die Studie von Gross (1989) über den Arzneikonsum der dort untersuchten Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren darlegt, ist davon auszugehen, daß etwa ein Viertel der Medikamente direkt von den Eltern (Müttern) angeboten wird. Mit zunehmendem Alter scheint sich der Anteil derjenigen Kinder und Jugendlichen zu vergrößern, die Arzneien direkt von ihren Eltern bekommen. Die Studie des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit (1983) zeigt, daß 32% der 12-17jährigen jugendlichen Befragten die Medikamente, die sie einnehmen, direkt von den Eltern erhalten. Eine andere Studie berichtet über eine Stichprobe bei 1834 Jugendlichen und Heranwachsenden im Alter zwischen 12 und 24 Jahren, daß 41% der Befragten als Bezugsquelle der von ihnen eingenommenen Medikamente die Eltern angeben. (vgl. Infratest Gesundheitsforschung 1982 S.104, Nordlohne, 1992, S.66f).

Die Befunde aus der ärztlichen Verschreibungspraxis zeigen, daß Eltern durchaus auch Verschreibungsverhalten von Ärzten beeinflussen können, die Pharmakotherapie ihrer Kinder forcieren und auch hohe Erwartungen an diese Behandlung stellen. Ärzte verhalten sich aus Unsicherheit gegenüber den psychosozialen Problemen von Kindern und Jugendlichen in diesen Fällen häufig „nachgiebig“. (vgl. Hennicke 1985, Martinius 1984, ebd., S.67).

Überraschend still ist es dagegen um das Problem der Medikamentenabhängigkeit. Dabei wird angenommen, daß die Zahl der Medikamentenabhängigen mindestens zehnmal größer als die der Drogenabhängigen ist. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren weist im Bereich der alten Bundesländer auf 6 bis 8 Mio. Medikamentenabhängige hin. Nach Hochrechnungen der Ergebnisse einer Untersuchung der Innungskrankenkasse Mettann soll es sogar 14 Millionen Medikamentenabhängige geben. Eine 1992 veröffentlichte und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Studie ergab, daß drei Viertel aller Medikamentenverordnungen mit Abhängigkeitspotential auf die Gruppe der Benzodiazepine fallen, die als Beruhigungsmittel auf dem Markt verkauft werden. (vgl. Schulte-Sasse, 1994, S.3).

Die gleiche Untersuchung hat mit Zahlen bewiesen, was den Experten schon seit langem bekannt ist: vor allem Frauen, insbesondere denen nach der Menopause, werden Medikamente verabreicht. Von 100 Verordnungen kommen 64,3 auf das weibliche Geschlecht. (vgl. Schulte-Sasse, 1994, S.3).

Seit Ende 1977 werden in der Fachklinik Furth im Wald männliche und weibliche Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt. Der Anteil der behandelten Frauen bewegt sich seit 1977 bis jetzt zwischen 15% und 20%, was für die gesamte stationäre Suchtkrankenbehandlung typisch zu sein scheint. Laut Statistik der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren sind:

- ein Drittel von insgesamt 2,5 Millionen Alkoholikern Frauen.
- zwei Drittel von insgesamt 8 Mio. Medikamentenabhängigen Frauen (vgl. Zimdars, 1995, S.63).

Von den befragten Jungen und jungen Männern der Jugendstudie 1990/1991 nehmen 2% regelmäßig und 36% gelegentlich Medikamente mit Suchtpotential zu sich. Bei den Mädchen und jungen Frauen sind es 4% bzw. 55%. Insgesamt liegen somit bei 3% der jungen Menschen regelmäßig Mittelabhängigkeiten vor, bei 46% gelegentlich. (vgl. Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Jugendstudie 1990/1991, S.105).

Die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme erhöht sich mit dem Alter kontinuierlich. In der Altersgruppe der 21- bis 24jährigen Männer hängen 3% regelmäßig und 47% gelegentlich von solchen Medikamenten ab und beim weiblichen Geschlecht 6% bzw. 62%. Unter den eingenommenen Medikamenten stehen die Schmerzmittel an erster Stelle. So nehmen von den 21- bis 24jährigen jungen Männern 2% regelmäßig und 47% gelegentlich solche Medikamente zu sich. Bei den gleichaltrigen jungen Frauen sind es 5% bzw. 61%. An zweiter Stelle rangieren Beruhigungsmittel, die in dieser Altersgruppe beim männlichen Geschlecht von 1% regelmäßig und von 2% gelegentlich eingenommen werden, und beim weiblichen Geschlecht, wenn auch nicht regelmäßig, so doch von 8% gelegentlich. Eine gelegentliche Einnahme von Schlafmitteln wird in diesem Alter von 1% der jungen Männer und 2% der jungen Frauen angegeben. Psychopharmaka werden von jeweils 1% der 21- bis 24jährigen beider Geschlechter regelmäßig und gelegentlich eingenommen. (vgl. ebd., S.105f).

Junge Menschen mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme konsumieren auch häufiger Zigaretten sowie Alkohol und Drogen als solche ohne Medikamenteneinnahme. So ist unter ersteren der Anteil der Raucher etwa doppelt so hoch wie bei denjenigen, die noch nie solche Medikamente eingenommen haben (58% gegenüber 30%). Der Anteil der aktuellen Drogenkonsumenten ist dreimal so hoch (10% gegenüber 3%) und der Anteil derjenigen mit übermäßigem Alkoholkonsum vier- bis fünfmal so hoch (9% gegenüber 2%). (vgl. Jugendstudie, 1990/91, S.106).

3.5.5. Problembereich Streß

„Der Alltag der Menschen heutzutage unterscheidet sich in vieler Hinsicht von den ihm vertrauten Lebensbezügen und wartet insbesondere mit für ihn unbekannten Problemen auf. Sicherlich klingt seine Verwunderung über das schnelle und streßreiche Leben in dieser Welt, besonders aus heutiger Sicht, eher fremd“. (Katz u. Schmidt 1991, S.1).

„Zeitdruck“ und „Zeitpläne“ sind in unserer Lebensgestaltung ausgeprägt. Für manche Personen ergibt sich aus fehlender Zeit bzw. schlechter Zeiteinteilung ein Problem. Diese Schwierigkeiten werden als sogenannte Alltagsprobleme angesehen, so wie Streit in der Familie oder am Arbeitsplatz, körperliche und psychische Belastungen, materielle Probleme. Ihre erfolgreiche Bewältigung ist nicht immer einfach. (vgl. Katz und Schmidt 1991, S.1).

Erst in den letzten Jahren wurde die Bedeutung von Alltagsproblemen erkannt und besonders im Rahmen der Streßforschung wissenschaftlich untersucht.

„Lazarus (1982) formuliert explizit die These, daß sich gerade der alltägliche „Kleinärger“ stark auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt. Alltagsprobleme können zu psychosomatischen Beschwerden führen, was in feststehenden Redewendungen wie „auf den Magen schlagen“ oder „über die Leber laufen“ bildhaft zum Ausdruck gebracht wird“. (ebd., S.1f).

Ergeben sich mehrere solcher Probleme in kurzen Zeitabständen oder bleibt ein Problem über eine lange Zeit hinweg ungelöst, so resultiert daraus die Gefahr einer krankmachenden Wirkung. Die Wirkungen häufen sich immer mehr an, es treten private oder berufliche Schwierigkeiten auf, Verstärkung von Magen-Darm-Problemen durch finanzielle Engpässe, Schulversagen, Dauerstreß am Arbeitsplatz usw. (vgl. ebd., S.2).

3.5.5.1. Definition

Die meisten Menschen verknüpfen mit „Streß“ Hektik, alle möglichen Arten von Druck, sowie Zeitdruck, Gehetztsein, das Gegenteil von Muße, Aufregung, den Anforderungen ausgeliefert sein, Anspannung, aber auch (Versagens-) Angst, Ärger usw. (vgl. Kastner 1994, S.13).

Der Begriff „Streß“ hat seine Wurzeln im Lateinischen (*districtia* = Enge) und erscheint im Englischen zuerst im 15. Jahrhundert im Sinne des physikalischen Druckes, der auf ein Material ausgeübt wird. Druck ist auch heute noch ein wesentliches Merkmal dessen, was wir unter Streß verstehen (Zeitdruck, Gruppendruck, Arbeitsdruck etc.) Im 18. Jahrhundert wurde der Begriff in der englischen Alltagssprache im Sinne von Druck, Zwang, Überanstrengung und 100 Jahre später auch im Sinne von Not, Elend, Leid verwendet. Schließlich ging die Bedeutung des Begriffes „Streß“ im 19. Jahrhundert auf unsere heutige Vorstellung der Beanspruchung von Körper, Geist und Psyche über. Vor allem Hans Selye hat (zum Beispiel 1936) den Begriff „Streß“ auch in die Humanwissenschaften eingeführt. Hier entstand eine meist negative Bedeutung von Streß im Sinne von Überforderung oder Überlastung, begleitet von Aufregung und Spannung. (vgl. ebd., S.14f).

Streß bezeichnet nach Lazarus & Launier (1981, S.226) „jedes Ereignis..., in dem äußere oder innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen. Damit führt also die Möglichkeit der Nichterfüllung interner Anforderungen zu Streß, d.h. der Begriff Streß kennzeichnet den Prozeß der Anpassung an externe und interne Anforderungen“. (Shelp u.a. 1990, S.17).

3.5.5.2. Stressoren

Es ist allgemein bekannt, daß das Arbeitsleben für viele Menschen

- körperliche (physische),
- geistige (mentale),
- seelische (psychische),
- gesellschaftliche (soziale)

Belastungen mit sich bringen kann, die teilweise sogar gesundheitsschädigend sein können. Hier wird unter „Streß des Arbeitslebens“ Konkurrenz, Karrierestreben, Forderung nach Leistung (sog. Leistungsdruck) und eine Vielzahl von äußeren Arbeitsbedingungen als Einzelfaktoren oder in Kombination verstanden. Hans Selye hat Streß in seinen Büchern

„Streß beherrscht unser Leben“,

aber auch

„Streß, Bewältigung und Lebensgewinn“ dargestellt.

„Streß ist, das wollen die Buchtitel besagen, überall gegenwärtig, aber er ist beherrschbar, muß nicht zwangsläufig krank machen, kann sogar die „Würze des Lebens“ sein“. (Müller-Limmroth, 1988, S.10).

Das Wort „Streß“ ist zum Schlagwort geworden, und in vielen Fällen wird es falsch benutzt. Jeder steht unter irgendeinem Streß, jeder redet von ihm, jedoch haben sich nur wenige die Mühe gemacht zu definieren, was „Streß“ wirklich ist. Das Wort ist ebenso der Mode unterworfen wie jede andere grundlegende wissenschaftliche Erkenntnis auch, die alltägliches menschliches Verhalten zu beeinflussen oder sogar zu erklären versucht. Im folgenden wird zunächst festgehalten, was Streß nicht ist:

- Streß ist nicht nur nervöse Spannung,
- Streß ist nicht das unspezifische Resultat irgendeiner Schädigung,
- Streß ist nicht etwas, was unbedingt vermieden werden muß, und
- absolutes Fehlen von Streß ist Tod.

Es sind also die Anforderungen, die „Stressoren“ als streßauslösende Faktoren, die im Organismus eine unspezifische Reaktion, die Streßreaktion, auslösen (Stress is a response). Das Attribut „unspezifisch“ verdeutlicht, daß die Streßreaktion durch eine Vielzahl von Stressoren veranlaßt wird, aber immer in ihrer Art und ihrem Ablauf gleichartig ist. (Müller-Limmroth, 1988, S.10ff).

Im Jahre 1910 hat Sir William Osler zum ersten Mal dargestellt, daß Streß die Gesundheit anhaltend beeinträchtigen kann. Er bemerkte, daß Angina Pectoris auffällig häufig unter jüdischen Geschäftsleuten vorkam, was er zum Teil durch deren hektisches Leben erklärte. (vgl. Katz und Schmidt, 1991, S.5).

Hans Selye (1946) nennt den bei Streß vorkommenden Krankheitsprozeß ein allgemeines Adaptionssyndrom. Das Auftreten dieses Syndroms zeigt Streß an. Streß beschreibt er als ein spezifisches Syndrom, das aus allen unspezifisch definierten Veränderungen innerhalb eines biologischen Systems zusammengesetzt ist. (vgl. Selye, 1976, S.64).

Wenn Streß den Zustand des Organismus beeinträchtigt, wird dieser Zustand durch ein spezifisches Syndrom gekennzeichnet sein. Dieses besteht in einer erhöhten Sympathikus-Aktivität, vermehrter Katecholamin-Ausschüttung, Blutdrucksteigerung, etc. Das Syndrom kann durch verschiedenartige unspezifische Reize (Infektionen, Verletzungen, Verbrennungen, Strahleneinwirkungen, Ärger, Freude, Leistungsdruck) ausgelöst werden. Als Streß wirken auch äußere Einwirkungen, auf die der Körper nicht in genügender Weise vorbereitet ist. (vgl. Katz und Schmidt, 1991, S.6).

Streß sind gefühlsmäßige Empfindungen unangenehmer Art (z.B. Spannung, Unruhe, Ärger, Angst). Körperliche Vorgänge werden zu größerer Wirkung gebracht, z.B. Zunahme von Puls und Blutdruck, Hormonveränderungen. Es zeigen sich auch einige körperliche Veränderungen, z.B. Schweißausbrüche, Zittern, Verspannungen. Die unangenehmen Gefühle und körperlichen Vorgänge treten immer dann auf,

wenn äußere oder/und innere Ereignisse sich als bedrohlich zeigen und als einschränkend für das eigene Wohlbefinden beurteilt werden. Es besteht gewissermaßen ein Mißverhältnis zwischen den Schwierigkeiten oder Anforderungen einer Situation und unseren Bewältigungsmöglichkeiten. (vgl. Tausch 1994, S.16).

Landläufige Streßfaktoren wie Krankheit, Fieber, Gifte, traumatische Ereignisse, zivilisatorische Dauereinflüsse, Ärger, Hetze, Leid und Angst zeigen sich selten einzeln abgegrenzt, sondern überlappen sich und wirken in sich wieder aufeinander. (vgl. Selye 1958, Schramm, 1993, S2).

Sie verhindern daher auch eine simple Überschaubarkeit. Die ständige Informationsflut auf den Organismus begrenzt die strategische Bewältigungsfähigkeit. Der Einsatz von Verarbeitungsmechanismen wie Kampf, Flucht und Anpassung soll die negativ besetzten Affekte einschränken.

Hält sich diese Aktivität im Rahmen des Machbaren, stehen der prinzipiellen Bewältigung von Handlungsschwierigkeiten wenig oder keine Hindernisse im Wege. Werden die Reize jedoch als bedrohlich bewertet, sind sie Stressoren im eigentlichen Sinne.

Individualspezifische, motivationsspezifische und situationsspezifische Faktoren bestimmen, ob ein Stimulus Stressorwirksamkeit erlangt.

Janke (1969) beschreibt die wichtigsten Stressoren im o.g. Sinne wie folgt:

- a. schmerzzerzeugende Reize,
- b. überhöhte resp. stark gedrosselte sensorische Reizung,
- c. soziale Isolation,
- d. frustrierende Situationen.

Der psychologische Streß (z.B. im Gegensatz zum medizinischen Streß) wird durch die intervenierende Variable „Bedrohung“ unterschieden. Die

Reize teilen einen zukünftigen Zustand mit, der als unangenehm wahrgenommen wird.

Lazarus geht davon aus, daß das Individuum durch einen kognitiven Vergleichsprozeß (appraisal) den Schlüsselreiz einschätzt. Er hält zwei Bedingungsklassen für relevant:

1. „Faktoren der Reizkonfiguration: Stärke der Bedingungen, die Unannehmlichkeiten produzieren, die entgegenstehenden Ressourcen, das Bevorstehen unangenehmer Konfrontation, der Ambiguitätsgrad der Schlüsselreize.
2. Faktoren individueller psychologischer Struktur:
 - Motivart,
 - Motivstärke,
 - Einstellungen zu Interaktionen mit der Umwelt,
 - intellektuelle Kapazitäten,
 - Erziehung und Wissen.“

3.5.5.3. Definition von Alltagsproblemen

Alltagsprobleme gelten nach McLean (1976) als Quelle kleiner, sich wiederholender persönlicher und sozialer Frustrationen. (vgl. Bremm, 1990, S.37).

Kanner et al. (1981) definieren Alltagsprobleme als irritierende, frustrierende und streßreiche Anforderung, die in einem gewissen Ausmaß alltägliche Transaktionen mit der Umwelt kennzeichnen. In der Forschung werden Alltagsereignisse differenziert, und zwar in von Betroffenen negativ (hassles) und positiv (uplifts) bewertete. Alltagsprobleme beziehen sich u.a. auf das Verlieren von Gegenständen, Verkehrsstaus, schlechtes Wetter, Auseinandersetzungen, Enttäuschungen und finanzielle oder familiäre Belange. (vgl. ebd., S.37).

Kanner et al. gliedern negative Alltagsereignisse auf in solche, die aus der sozialen Umwelt kommen (z.B. Status-Ungleichheit zwischen Ehepartnern), und in andere, die aus der physikalischen Umwelt kommen (z.B. Lärm und Umweltverschmutzung). (vgl. ebd., S.37).

Lazarus (1984) sieht Alltagsprobleme (daily hassles) als Erfahrungen und Bedingungen des täglichen Lebens, die als schädlich bewertet werden oder das Wohlbefinden einer Person einschränken.

3.5.5.4. Belastung durch Alltagsprobleme

Ilfeld (1977) untersucht u.a. die Belastung durch Alltagsprobleme. Er fasst die Probleme in verschiedene Lebensbereiche, und zwar in Ehe, Arbeit, Nachbarschaft, Rolle als Elternteil und finanzielle Situation zusammen. Die negativen Alltagsereignisse aus diesen Bereichen bilden 25% der Varianz bei depressiven Verstimmungen. Demographische Variablen (Alter, Geschlecht, Einkommen etc.) besitzen nur 8% der Varianz. Ilfeld erklärt weiter, daß bei berufstätigen ledigen Männern Alltagsprobleme höher mit Depressivität korrelieren als bei berufstätigen ledigen Frauen. Für berufstätige verheiratete Väter ist eine stärkere Belastung durch Eheprobleme nachweisbar. Bezogen auf depressive Symptome sind berufstätige verheiratete Mütter stark durch Probleme aus dem Eltern- und Ehebereich belastet. Bei der Ermittlung einer Gewichtung im Belastungsgrad der einzelnen Lebensbereiche kommt den Problemen in der Ehe die größte Bedeutung zu. (Das Problem Einsamkeit wird dem Lebensbereich Ehe (Partnerschaft) zugeordnet.) An zweiter Stelle in der Bedeutung werden Arbeits- und dann Finanzprobleme genannt. Dem Bereich Nachbarschaft kommt kaum Bedeutung zu. (vgl. Bremm, 1990, S.40).

Pearlin und Schooler (1978) haben eine Untersuchung über den Einfluß von Belastungen aus den Bereichen Ehe, Elternschaft, Haushaltsführung und Beruf durchgeführt. In einem strukturierten Interview wurden Belastungen als Konflikte, Frustrationen und Bedrohungen aus obigen Bereichen verstanden, und es gab Angaben zum Bewältigungsrepertoire.

Außerdem wurden die Probanden über den wahrgenommenen emotionalen Stress befragt. Eine Regressionsanalyse zeigt deutlich, daß die Belastungen aus den Bereichen Ehe und Haushaltsführung größer sind als aus den Bereichen Elternschaft und Beruf. (vgl. Bremm, 1990, S.42).

Lazarus (1984) sieht verschiedene Möglichkeiten der negativen Wirkung von Alltagsproblemen auf die Gesundheit und faßt sie in drei Modellen zusammen:

„Additionsmodell: Das psychophysische Gleichgewicht ist um so stärker gefährdet, je mehr Alltagsprobleme in einem bestimmten Zeitraum auftreten; das somatische Erkrankungsrisiko steigt unter der Bedingung, daß die streßproduzierenden Umstände innerhalb eines Zeitraumes chronisch andauern.

Schwellenmodell: Streß ist bis zu einer gewissen Grenze ertragbar; diese Grenze kann allerdings kaum bestimmt werden. Wird sie überschritten, ist die Personkapazität erschöpft, und es kommt zum Zusammenbruch bzw. zur Erkrankung.

Selektives Wirkungsmodell: Alltagsprobleme variieren in ihrer Bedeutung und Wichtigkeit. Sie können auf andere Belastungen verstärkend oder vermindern wirken.

Denkbar wäre, daß Alltagsprobleme auf die Gesundheit vor allem bei ungeeigneten und erfolglosen Bewältigungsversuchen einwirken. Bei diesem Modell wird weder Linearität noch Additivität angenommen, sondern eine interaktive Beziehung von Alltagsproblemen untereinander und mit der Gesundheit postuliert. Hier könnten zwei alternative Wirkungsmechanismen wirksam sein“. (Lazarus, 1984, Katz, 1995, S.82).

„Denkbar wäre auch, daß sich Alltagsprobleme zwar negativ auf den Gesundheitszustand einer Person auswirken, jedoch könnte ein schlechter Gesundheitszustand viele Alltagsprobleme für die betroffene Person mit sich bringen. Lazarus nimmt eine rekursive Beziehung an und hält das zirkuläre

Modell für angemessener als ein linear-kausales“. (Katz & Schmidt, 1991, S.35f, Katz, 1995, S.82f).

3.5.5.5. Bewältigungsdefinition und -konzepte

Das Konzept „Coping“ hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und steht heute an zentraler Stelle innerhalb der Streßforschung. Wodurch ist diese zentrale Bedeutung gerechtfertigt?

Menschen haben unterschiedliche Reaktionen gegenüber ähnlichen Stressoren. Verschiedene Formen der Auseinandersetzung haben Einfluß auf die Streßfolgen:

„Bewältigung (wird) damit zu einem wichtigen Bindeglied zwischen Stressor, subjektiver Streßbelastung und jeweiligen Streßfolgen“. (Braukmann & Filipp, 1984, S.56, Katz und Schmidt, 1991, S.10).

Art und Intensität des jeweils gezeigten Bewältigungsverhaltens können als Erklärung für die unterschiedliche Wirkung streßvoller Erfahrungen gelten. Die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Streß und Coping bietet deshalb praktische Implikationen für Theorie und Anwendung, die nicht nur für die Psychologie, sondern auch für die Medizin und Soziologie nötig sind. Es werden damit Voraussetzungen erarbeitet, die für eine umfassende Gesundheitserziehung nutzbar gemacht werden können.

Aus der Art und Weise der Einschätzungen ergeben sich unterschiedliche Bewältigungsformen (Coping). Darauf wird im einzelnen später eingegangen. Allgemein macht Lazarus einen Unterschied zwischen einer problemorientierten und einer emotionsorientierten Funktion von Coping. Im ersten Fall richtet sich das Verhalten auf die Lösung des Problems, im zweiten auf die Linderung der Belastungssymptome. Beides kann in verschiedenen Situationen mehr oder weniger angemessen sein. Beide Bewältigungsversuche haben unmittelbare Wirkungen, z.B. indem sich der Gefühlszustand verändert, andere körperliche Vorgänge stattfinden und die

Erregung sinkt oder indem die eigentliche Streßsituation bewältigt wird. Darüber hinaus muß man auch mit langfristigen Konsequenzen rechnen, wie z.B. seelischem oder körperlichem Mißbefinden oder sozialen Spannungen bei nichtadaptiver Problemlösung. (vgl. Schwarzer, 1993, S.16f).

Wesentliche Anstöße zur Erforschung von Bewältigungsverhalten kamen von der Psychoanalyse, deren Vertreter Coping als innerpsychischen Prozeß verstehen (Arndt-Pagé et al., 1983). Das System von Haan (1977) ist hierfür beispielhaft. Die Autorin schlägt eine Klassifikation von Strategien der Bewältigung und Abwehr auf der Basis von Ich-Mechanismen vor. Diese Klassifikation stellt innerpsychische Abwehrmechanismen in den Vordergrund. Neuere Konzepte betonen dagegen die Interaktion mit der Umwelt.

Filipp (1981) sortiert die vorherrschenden Ansätze nach zwei wesentlichen Gesichtspunkten:

- Coping gilt als ein auslösendes Moment.
(Situationsinterpretation)
- Coping wird über seine Funktion und Effektivität definiert.

Hier gelten z.B. für die erste Sichtweise zwei Definitionen:

- Silver & Wortman (1980) (zitiert nach Philipp, 1986, S.36) verstehen Coping als Sammelbegriff für all jene Reaktionen einer Person, die sie bei Konfrontation mit einer potentiell bedrohlichen oder belastenden Situation wahrnimmt, und
- Lazarus & Launier (1981, S.244) stellen Coping als die Summe aller problemlösenden Anstrengungen einer Person dar, die in einer bedeutsamen, gleichwohl ihre individuellen Anpassungskapazitäten überfordernden Lage auftreten. (vgl. Katz & Schmidt, 1991, S.11).

Die zweite Sichtweise, bei der mit der Betonung erfolgreichen Copingverhaltens ein fundamentaler Unterschied zur ersten markiert wird, vertreten unter anderem Pearlin & Schooler (1978, S.2), die „Coping als solches Verhalten (sehen),

welches Menschen davor schützt, durch problematische soziale Erfahrungen psychisch belastet zu werden“ (Katz & Schmidt, 1991, S.11f).

Extreme Positionen stellen Mechanic(1962) und Prystav (1981) in den situationstheoretischen und persönlichkeitsstheoretischen Ansätzen wie folgt dar:

- Die Vertreter der ersten Gruppe von Ansätzen versuchen, in den Merkmalen der Situation die alleinigen Determinanten für Bewältigungsverhalten zu entdecken. Aus der Situationsspezifität ergibt sich zwar die Möglichkeit, fast alle als relevant erachteten Copingaspekte darzustellen, eine Generalisierung auf andere Situationen ist jedoch nicht erlaubt.
- Bewältigungsdispositionen und Persönlichkeitsmerkmale gelten als Einflußfaktoren für das Coping aus persönlichkeitsstheoretischer Sicht. Widersprechende Befunde zeigen jedoch deutlich, daß überdauernde Verhaltensdispositionen allein die Vorhersage von Coping nicht leisten können und daß das Bewältigungsverhalten in unterschiedlichen Situationen je nach Art der Belastungssituation verschieden ist. (vgl. ebd., S.12).

Der Prozeß der Einschätzung richtet sich einerseits auf eine Bewertung der situativen Anforderungen und andererseits auf die der personalen Fähigkeiten. Die Bewertungsprozesse können entweder bewußt oder unbewußt stattfinden. Das Bewältigungsverhalten soll letztendlich das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen aus der Umwelt und den individuellen Ressourcen beenden. (vgl. Katz & Schmidt, 1991, S.13).

Das Bewältigungsverhalten zeigt sich auch in direkten Aktivitäten oder in intrapsychischen Vorgängen, wobei die potentiellen Copingreaktionen sehr vielfältig sind. Da man allerdings eine große Anzahl von Reaktionen findet, die im Sinne von Coping dargestellt werden können, besteht ein großes Interesse, diese systematisch zu ordnen. (vgl. ebd., S.13).

Lazarus (1966, 1991) hat seine ursprüngliche Theorie im Laufe eines Vierteljahrhunderts nur wenig geändert. Vieles ist präzisiert und

ausdifferenziert worden, aber im Kern bezieht sie sich immer noch auf eine kognitiv-transaktionale Sichtweise von Streß, Emotion und Person-Umwelt-Auseinandersetzungen. Im Mittelpunkt steht die Einschätzung der Situationsanforderungen und der eigenen Handlungsmöglichkeiten. (vgl. Schwarzer, 1993, S.17).

3.5.5.6 Klassifikationen von Bewältigungsverhalten

Die Klassifikationssysteme für das Bewältigungsverhalten zeigen eine ähnliche Vielfalt wie die Konzeptbildungen.

Horowitz & Wilner (1980) fassen bei der Erstellung ihres „Coping Inventory“ inhaltsanalytisch drei Kategorien zusammen:

1. Hinwendung zu anderen Aktivitäten und Einstellungen,
2. Verarbeitung des Ereignisses und
3. Aufsuchen sozialer Kontaktpersonen.

Coyne et al. (1981) stellen sieben Faktoren des Bewältigungsverhaltens dar:

1. Problemzentrierte Bewältigung,
2. Wunschgeleitetes Denken,
3. Hilfesuchen/Vermeidung,
4. Persönliches Wachstum,
5. Bedrohungsminimierung,
6. Emotionale Unterstützung und
7. Selbstkritik.

Revenson (1981) gibt folgende Klassen an:

1. Aktive Handlung,
2. Optimistisches Denken,
3. Minimierung der Belastung,
4. Wunschphantasien und
5. Aufsuchen emotionaler Unterstützung.

Janke et al. (1985) gliedern ihren Streßverarbeitungsbogen in 19 Kategorien: Bagatellisierung, Herunterspielen durch Vergleich mit anderen, Schuldabwehr, Ablenkung von Situationen, Ersatzbefriedigung, Suche nach Selbstbestätigung, Situationskontrollversuche, Reaktionskontrollversuche, Positive Selbstinstruktionen, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Vermeidungstendenz, Fluchttendenz, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmakaeinnahme.

Stone & Neale (1984) teilen in acht Kategorien ein:

1. Ablenkung,
2. Neubewertung der Situation,
3. Direkte Handlungen,
4. Katharsis,
5. Akzeptieren des Problems,
6. Soziale Unterstützung,
7. Entspannung und
8. Religion.

Es gibt kaum eine Verhaltensweise, die nicht im Umfeld spezifischer Situationen als Copingreaktion erklärt werden kann. Im Bemühen, deskriptive Kategorien für Copingreaktionen zu entwickeln, erstellen Lazarus & Launier (1981) ein dreidimensionales Konzept:

- Bei der ersten Dimension handelt es sich um die zeitliche Orientierung des jeweiligen Bewältigungsverhaltens, nämlich Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft. So kann z.B. eine Situation mit zunehmendem zeitlichem Abstand seit ihrem Auftreten neu beurteilt werden (Vergangenheit) oder durch jetzige Erfahrungen (Gegenwart) auf zukünftiges Verhalten (Zukunft) Einfluß haben.
- Die 2. Dimension unterscheidet, ob sich das Copingverhalten eher auf die Umwelt im Rahmen der Situation oder eher auf die eigene Person bezieht.

- Eine dritte Dimension meint die Unterscheidung, ob das Copingverhalten in erster Linie negative emotionale Zustände unter Kontrolle bringen soll (emotion-focused coping) oder ob sich eher um eine Lösung des Problems bemüht wird (problem-focused coping). (vgl. Katz & Schmidt, 1991, S.13f).

In ähnlicher Weise kann man Formen der unmittelbaren Auseinandersetzung mit Lebensereignissen danach unterscheiden,

- „auf welche Systemeinheit sich die Bewältigung richtet, das heißt, ob die Bewältigung primär nach außen gerichtet, ereigniszentriert oder eher auf die eigene Person, selbstzentriert ist;
- auf welcher Handlungsebene die Bewältigung angesiedelt ist; das heißt, kognitive Aktivitäten werden von instrumentell-zielgerichteten Handlungen abgegrenzt;
- ob sie der Kategorie Aktivitätshemmung oder Aktivitätsverweigerung zuzuordnen sind“. (ebd. S.14).

Während Filipp (1981) die Begriffe „Bewältigung“ und „Auseinandersetzung“ synonym benutzt, unterscheidet Jäger (1985) innerhalb der Bewältigung zwischen Prozessen der Auseinandersetzung und der Vermeidung. Für jeden dieser Pole des sogenannten Handlungsbezugs werden kognitive, aktionale und physiologische Reaktionsmöglichkeiten angenommen.

Vielfach wurde die uneinheitliche Terminologie, die innerhalb des Forschungsbereichs „Bewältigungsverhalten“ herrscht, kritisiert (Prystav 1981; Arndt-Pagé, 1983). Braukmann & Filipp (1984) bieten daher die begriffliche Klärung durch nachfolgende Konzepte an:

- Bewältigungsreaktion: Man versteht darunter kleinste unterscheidbare und abgrenzbare innerpsychische oder offene Aktivitätseinheiten innerhalb des gesamten Bewältigungsgeschehens einer Person.
- Bewältigungsformen: Hierunter faßt man verschiedene in sich homogene Klassen von Bewältigungsreaktionen zusammen, gerichtet jeweils auf ein gewähltes Kriterium.

- Bewältigungsstil: Darunter versteht man situationsunabhängige, zeitstabile Formen der Auseinandersetzung mit Belastungssituationen, anhand derer sich Personen typisieren lassen. Der Begriff „Stil“ impliziert, daß das Verhalten ausschließlich durch Person/Merkmale determiniert wird und sich in seiner zeitlichen Erstreckung nicht ändert. (vgl. Katz & Schmidt, 1991, S.14).

Als auffälligster geschlechtsspezifischer Unterschied ergibt sich, daß Frauen häufiger mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert werden als Männer (Lowenthal, Thurner & Chiriboga, 1975). Problemquellen sind bei Männern häufiger Ereignisse im beruflichen Bereich und Verstöße gegen das Gesetz, während es bei Frauen häufiger Ereignisse aus dem zwischenmenschlichen Bereich sind. (vgl. Webb, Snodgrass & Thagard, 1978; Folkmann & Lazarus, 1980, Katz & Schmidt, 1991, S.15).

Innerhalb der Problembewältigung konnten nur Pearlin & Schooler (1978) klare geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Männer verfügen demnach über eine größere Kompetenzerwartung und weisen ein stärkeres Selbstbewußtsein als Frauen auf. Sie zeigen in einem höheren Maß als Frauen Bewältigungsverhalten, das stressreiche Konsequenzen belastender Situationen vermindert. Frauen zeigen dagegen häufiger „selektives Ignorieren“, wodurch sich Stress zusätzlich anhäufen kann. Daraus und aus der vielfach aufgezeigten Häufung psychischer Störungen bei Frauen kann man ersehen, daß Frauen aufgrund ihrer Sozialisation mit weniger effektiven Copingmechanismen ausgestattet sind als Männer. (vgl. Katz & Schmidt, 1991, S.15).

Eine Tendenz in Richtung verstärkter Unterstützungssuche, Rationalisierung und Vermeidung als Bewältigungsreaktionen konnte Ilfeld (1980) bei Frauen feststellen. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen fanden Stone & Neale (1984) heraus, daß Männer häufiger direkte Aktionen zur Problembewältigung zeigen als Frauen. (vgl. ebd., S.16).

Ein deutlicher Unterschied ergibt sich in der mehr problemorientierten Bewältigung bei Männern im Arbeitsbereich und in aufgabenorientierten Situationen. (vgl. Folkman & Lazarus, 1980, ebd., S.16).

Verschiedene Untersuchungen zeigen, daß jüngere Menschen mit einer größeren Anzahl von Lebensereignissen konfrontiert werden als Menschen in höherem Alter. Die Untersuchungen geben jedoch keine Aufklärung darüber, ob sich beispielsweise mit zunehmendem Alter die subjektiv wahrgenommene Belastung einzelner Problembereiche verschiebt bzw. ob Bewältigungsmuster altersabhängig sind. (vgl. ebd., S.16).

Coyne und Holroyd (1982) stellen vier Wege dar, auf denen Coping die Gesundheit beeinflusst: 1. Coping stellt die Häufigkeit, Intensität und Art der physiologischen Streßreaktionen fest; 2. physiologische Symptome können durch Lernen angeeignet werden, wenn sie selbst Coping-Funktion haben (z.B. Blutdrucksenken bei Streß), was allerdings nur kurzfristige Erfolge zeigt; 3. Coping-Reaktionen des Konsums von Tabak, Alkohol, Drogen oder Allergenen haben Einfluß auf die Gesundheit; 4. Coping hat Einfluß direkt auf den Gesundheitszustand durch die Bewältigung einer Krankheit, also durch die Art, wie die Person die Krankheit selbst akzeptiert. Die Autoren weisen darauf hin, daß gesundheitsbezogenes Verhalten immer im sozialen Kontext und auf dem Hintergrund anderer Werte stehen muß. DeLongis et al. (1982) unterzogen Daten aus einer ihrer Studien einer multiplen Regressionsanalyse. Danach ergibt sich, daß hassles stärker die somatische Gesundheit beeinflussen als kritische Lebensereignisse. Hassles bilden dabei den größten Varianzanteil von Gesundheit, der von kritischen Lebensereignissen herrührt. Kontrolliert man den Effekt von Lebensereignissen, so ergibt sich eine enge Verbundenheit von hassles und Gesundheit. (vgl. Katz, 1995, S.90f).

Das Erleben von Streß ist von dem „Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Anforderungen und den Fähigkeiten“ abhängig. Damit wird Streß als Beziehungs- oder auch transaktionales Konzept verstanden, mit dem bestimmte Anpassungsprozesse zwischen einer Person und der Umwelt

bezeichnet werden. Die Schlüsselbegriffe dieser Streßtheorie beziehen sich auf die Bewertung und die Bewältigung. Bewertet eine Person die Transaktion mit ihrer Umwelt so, daß sie „ein Risiko (Bedrohung), Schädigung/Verlust oder eine Gelegenheit beinhaltet, die Probleme zu überwinden und sich weiterzuentwickeln (Herausforderung), indem mehr als die normalen Fähigkeiten aktiviert werden“, wird Streß erlebt (zit. Lazarus & Launier, 1981, S.226). Es gibt zwei Arten von kognitiven Bewertungen, die zentral für das Erleben von Streß sind. Die primären Bewertungen richten sich auf die Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person. In Hinsicht auf das Wohlbefinden kann ein Ereignis von einer Person beurteilt werden als:

1. irrelevant,
2. günstig/positiv,
3. stressend.

Bewertungen werden als stressend gekennzeichnet, wenn sie eine negative Bewertung des eigenen gegenwärtigen oder zukünftigen Wohlbefindens zum Ausdruck bringen. Man unterscheidet in der Bewertung

1. Schädigung/Verlust, die sich auf eine eingetretene Schädigung richtet
2. Bedrohung, die sich auf eine erwartete Schädigung richtet
3. Herausforderung, die sich auf eine erwartete risikoreiche Veränderung richtet, deren Bewältigung aber positive Folgen nach sich gezogen hätte. (vgl. Shelp u.a. 1990, S.18).

Die sekundären Bewertungen richten sich auf die Einschätzung der eigenen Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten durch das Individuum. Diese Einschätzung hat Einfluß einerseits auf die primären Bewertungen, indem das Erleben einer Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung im Hinblick auf die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten verringert oder erhöht wird, und stellt andererseits die Wahl der Bewältigungsmaßnahmen genau fest. (vgl. ebd., S.18).

Auf die gegenseitige Beeinflussung der primären und sekundären Bewertungen weisen Lazarus & Launier hin. Das Erleben von Streß durch

die Umwelt wird bei der Bewertung berücksichtigt und kann zu einer Neubewertung führen. Damit ändert sich das Erleben von Streß durch kognitive Bewertungsprozesse, die den jeweiligen Stand der erlebten Person-Umwelt-Beziehung beschreiben. Das zweite zentrale Konzept der Streßtheorie von Lazarus (1966) neben dem der Bedeutung kognitiver Bewertungen ist das Konzept der Bewältigung. Lazarus & Launier (1981, S.245) unterscheiden zwei Funktionen von Bewältigungsversuchen:

1. „die tatkräftige, instrumentelle Änderung der gestörten Transaktion von Person und Umwelt sowie
2. die Streßfolgen lindernde Regulierung der Emotion.“

Bei der Erfüllung dieser Funktionen kann es sich um verschiedenartige Bewältigungsversuche handeln, Lazarus & Launier (1981, S.252f) beschreiben vier Möglichkeiten:

1. Informationssuche
2. direkte Aktion
3. Aktionshemmung.
4. intrapsychische Bewältigung

Unter intrapsychischen Bewältigungsformen verstehen sie kognitive Prozesse mit dem Ziel, das Wohlbefinden der Person zu steigern und so an einer Regulation ihrer Emotionen mitzuarbeiten. (vgl. Shelp, u.a., 1990, S.19).

Alle vier Bewältigungsformen können sowohl eine Änderung der Person-Umwelt-Transaktion als auch eine Regulierung der Emotionen zum Ziel haben. (vgl. ebd., S.19).

3.5.6. Problembereich Ernährungsverhalten

Laut Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung besteht bei einem Großteil der Bevölkerung eine quantitative Überernährung, wie im folgenden dargestellt wird: 35% der Bundesbürger sind übergewichtig (Der Hessische Minister für Landesentwicklung, Umwelt, Landwirtschaft und Forst 1981). Nach anderen Angaben sind 47% der bundesdeutschen Männer und 55% der bundesdeutschen Frauen übergewichtig. (vgl. Buchter 1981, S.51). In allen westlichen Ländern werden Frauen und Männer mit zunehmendem Alter dicker.

Interessant zu erwähnen ist, daß aus epidemiologischer und sozialmedizinischer Sicht bereits 16-17% der Neugeborenen von Ernährungsexperten und Kinderärzten als zu dick bezeichnet werden. Im Schulalter zeigen sich schon 25% der Kinder mit Übergewicht (Baumann 1982, S.20). Adipositas und Übergewicht führen zu bekannten Risikofaktoren für viele Erkrankungen. Zöllner stellt einen ganzen Katalog von Krankheiten dar, die einerseits viel häufiger wegen der alimentären Mehrbelastung auftreten und andererseits als Folge der Adipositas zu finden sind. Zu diesen Erkrankungen zählt er Diabetes, Gicht, erhöhte Blutdruckwerte, Gallensteine, Pankreasnekrose, Hiatushernien, Störungen des Bewegungsapparates, intertriginöse Ekzeme bis hin zu Potenz- und Libidostörungen (Zöllner 1982, S.976). Eine Studie amerikanischer Lebensversicherungen zeigt, daß die Lebenserwartung durch Übergewicht verkürzt ist. Bei einem Übergewicht von 10% verringert sich die Lebenserwartung um 17%, bei einem Übergewicht von 30% sinkt sie um 40%. (vgl. Buchter 1981, S.29).

Falsche Eßgewohnheiten verursachen in erster Linie diesen gesundheitsgefährdenden Ernährungszustand der Bevölkerung. Adipositas entsteht infolge erhöhter Kalorienzufuhr und der gegenüber früher veränderten Zusammensetzung der Nahrung bei gleichzeitig verminderter körperlicher Belastung. (vgl. ebd., S.29).

Weitere Gründe beziehen sich auf das falsche Eßverhalten, das bereits während der Kindheit gelernt wird, das aber auch durch die Werbung in den Massenmedien und durch die vielen Streßbelastungen in Umwelt und Gesellschaft beeinflusst werden kann. (vgl. Leitzman 1981, S. 236).

Nach den Untersuchungsergebnissen über die Einstellungen und Verhaltensweisen zu dem Thema „Gesundheit“ haben weniger als ¼ der bundesdeutschen Bevölkerung genaue Kenntnisse über eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung. (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1971, S.102).

Neuere Studien belegen, daß Jugendliche und junge Erwachsene mehr Wissen über eine gesunde Ernährung haben. Bei einer Befragung junger Kurpatienten im Alter zwischen 14 und 27 Jahren zeigten sich die Patientinnen häufig gesundheitsbewußt. Männer wissen weniger über gesunde Ernährung. (vgl. Doubrawa 1978, S.86).

Es kann davon ausgegangen werden, daß in den westlichen Industrieländern rund 20% des Nahrungsbedarfs durch Snacks befriedigt werden, die kalorienreich sind, nur wenig Ballaststoffe haben und oftmals mit stark zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken verbraucht werden. (vgl. Parahoo 1984).

In den USA haben Story und Resnick (1986) eine Untersuchung über jugendtypische Ernährungspräferenzen an 900 Schülern in Minnesota durchgeführt. Nach der Untersuchung ergab sich, daß die überwiegende Mehrheit der befragten Jugendlichen schnell zubereitbare Lebensmittel mit geringem Ernährungswert wie Hamburger, Steaks, Pommes Frites, Pizza und Süßigkeiten vollständigen Mahlzeiten mit frischem Obst oder Gemüse vorzogen.

Wie beim jugendlichen Kontrazeptionsverhalten kümmern sich die Jugendlichen weniger um eventuell später auftretende Folgeschäden von

Fehl- und Mangelernährung zugunsten von aktuell erreichbarbarem Genuß und Bequemlichkeit. (vgl. Seiffge-Krenke, 1994, S.132)

In der Bundesrepublik wurden bisher weniger Untersuchungen über konkrete Nahrungsmittel durchgeführt, die von Jugendlichen verbraucht werden, sondern eher über Einstellungen gegenüber gesunder Ernährung bzw. die Rolle, die diese in dem täglichen Eßverhalten spielen. So fand Diehl (1983) bei einer Untersuchung von 650 Schülern der Klassenstufen 7 bis 13 eine überwiegend positive Einstellung gegenüber sinnvoller und gesunder Ernährung; gleichzeitig wußten die Jugendlichen aufgrund ihres relativ geringen Durchschnittsalters nur wenig über Ernährung.

Ein differenzierteres Bild ergaben die Ergebnisse der im Auftrag der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 1990 durchgeführten Repräsentativerhebung an 187 Jugendlichen im Alter von 14 bis 19 Jahren (BZgA, 1992). 16% der befragten Jugendlichen gaben an, daß sie sich oft bewußt um eine gesunde Ernährung kümmerten. Demgegenüber erklärten 29%, daß sie im wesentlichen auf gesunde Ernährung achteten, aber ab und zu weniger gesunde Sachen äßen. Schließlich erklärten 50% aller Jugendlichen, daß sie äßen, was ihnen Spaß machte, und daß sie keine Probleme mit der Ernährung hätten. Im Verhältnis zu älteren Altersgruppen zeigte sich bei den befragten Jugendlichen eine höhere Affinität gegenüber einem relativ ungesunden Ernährungsstil. Zusammengefasst weisen die Befunde darauf hin, daß gesunde Ernährung keine wesentliche Rolle spielt, sondern eine lustorientierte Ernährungsweise bei Jugendlichen herrscht. Allerdings ist hier zu beachten, daß die genannten bevorzugten Lebensmittel und Gerichte Präferenzwahlen von Jugendlichen beschreiben und somit wenig über das tatsächliche Ernährungsverhalten und den tatsächlichen Ernährungsstatus aussagen. Da Jugendliche sich in der Regel für ihre Ernährungsweise nicht ganz frei entscheiden können, sondern sie durch ihre Eltern oder durch die Schule gewählt bzw. bestimmt wird, kann es sich bei der Präferenz von „Fast Food“ neben den geschmacklichen Vorzügen um einen Reaktanzeffekt gegenüber den von Erwachsenen vorgeschriebenen Essensnormen handeln. Damit könnte der Ernährungsstil von Jugendlichen

wesentlich zu einer eigenen Identität in einer Nicht-Erwachsenen-Kultur mitwirken. Das ist vor allem deshalb zu vermuten, weil sich viele Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern an unterschiedlichen Vorstellungen über Essen und Eßverhalten festmachen. (vgl. Hill & Holmbeck, 1986, Seiffge-Krenke 1994, S.133).

3.6. Zusammenfassung

Umfangreiche Studien haben bewiesen, daß der moderne Mensch oft unter sogenannten Zivilisationskrankheiten leidet. Streß, Rauchen oder Alkohol können Krebs, Herzinfarkte, Schlaganfälle u.a. verursachen.

Alkohol ist in vielen Ländern ein akzeptiertes Genußmittel und wird auch bei Feiern gerne konsumiert. Alkoholkonsum hält man ähnlich dem Zigarettenrauchen für ein multifunktionales soziales Handlungsmuster.

Viele Leute genießen Alkohol ohne Einschränkung. Die steigende Zahl Arbeitsloser in der Gesellschaft versucht besonders durch Alkohol ihre Frustration und Depression zu überwinden. Kriminalität, Ehescheidungen und Konflikte, über die wir täglich in den Massenmedien und im Bekanntenkreis lesen und hören, sind Folgen von Alkoholkonsum.

Die Konsumanreize und Konsumangebote für Rauchen und Alkohol, die uns im Alltag ständig verfolgen und beeinflussen, werden durch Werbung und Medien in der Gesellschaft schnell verbreitet. Kinder und Jugendliche können sich nicht vom Reiz der Massenmedien distanzieren. Dadurch sind sie als „beliebte Konsumenten“ von den Herstellern gerne gesehen. Sie können sich mit dem Bild des „Erwachsenseins“ durch Rauchen und Alkohol identifizieren und den Umgang mit Genuß- und Rauschmitteln rasch und einfach erlernen.

Dies gilt auch bei Schmerzen. Wer Schmerzen hat, nimmt einfach ein Medikament ein, dann ist er wieder „gesund und fit“. Jeder kennt solche Erfahrungen.

Durch Werbung werden Vorstellungen vom Menschen als gesund und „powerful“ verbreitet. Darin spiegelt sich die Haltung: Um die Gesundheit zu erhalten, muß man nötigen falls Medikamente einnehmen. Ein auffälliges Image, das von den Massenmedien geprägt wird, reizt und beeinflusst uns ständig. Das Bild des jungen und attraktiven Menschen wird geprägt.

Arzneimittel können Krankheiten lindern und heilen. Sie sind eine wirkungsvolle und unverzichtbare Hilfe. Dabei wird unterschätzt, daß Arzneimittel, ohne medizinische Indikation in zu hoher Dosis oder zu häufig zu sich genommen, zu Mißbrauch führen. Der Mißbrauch von Medikamenten wird allgemein als gesundheitsgefährdend angesehen. Medikamente können Menschen retten, aber auch töten.

Auch Zeitdruck und Zeitpläne beeinflussen die Rolle, die in allen Lebensbereichen zu spielen ist. Trotz aller Bemühungen können Alltagsprobleme, z.B. Konflikte in der Familie oder am Arbeitsplatz, körperliche und psychische Belastungen nicht vermieden werden.

Solche Schwierigkeiten zu bewältigen ist nicht immer einfach. Über eine lange Zeit hinweg ungelöste Probleme haben eine krankmachende Wirkung.

Stress beinhaltet gefühlsmäßige Empfindungen unangenehmer Art (z.B. Spannung, Unruhe, Ärger, Angst). Starke körperliche Symptome sind z.B. Schweißausbrüche, Zittern, Verspannungen und Zunahme von Pulsschlag und Blutdruck. Unter solchen Bedingungen kann Stress durch Coping-Strategien bewältigt werden. Das Erleben von Stress hängt von dem „Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Anforderungen und den Fähigkeiten ab“. Damit ist Stress als Beziehungs- oder auch transaktionales Konzept zu verstehen, mit dem bestimmte Anpassungsprozesse zwischen einer Person und der Umwelt bezeichnet werden. Eine Person bewertet die Transaktion mit ihrer Umwelt als

stressig, wenn sie Bedrohung, Schädigung/Verlust erlebt und wenn es notwendig ist, Probleme zu überwinden und sich weiterzuentwickeln, indem mehr als die normalen Fähigkeiten aktiviert werden.

Fast alle Krankenkassen bieten jedem Bürger Früherkennungsuntersuchungen an. Wenn früh eine bösartige Krankheit wie Krebs entdeckt wird, kann die Krankheit auch rechtzeitig behandelt werden. Bei Frauen ist die Gefahr von Krebs an den Geschlechtsorganen, am Gebärmutterhals und am Gebärmutterkörper, an der Brust, an der Haut und am Darm sehr groß. Männer sind an Leber, Lunge, Haut und Darm krebgefährdet. Alle Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr sollten sich einmal im Jahr einer gründlichen Untersuchung unterziehen. Die WHO berichtet, daß die meisten Menschen in Industrieländern im Jahr 2030 mit Krebs kämpfen werden und daß fast 50% der kranken Menschen an Krebs sterben werden. Es ist eine wichtige Aufgabe für jeden, seine Gesundheit ernstzunehmen.

Der moderne Mensch ißt zu fett, zu salzig und/oder zu süß. Daher sind viele Leute übergewichtig. Man behauptet, daß solche Leute zu lange Zeit vor dem Fernseher mit ihrer Mahlzeit verbringen. Sie ernähren sich oft von Fastfood-Produkten wie Chips, Coca-Cola, Pizza und Hamburger. Sie bewegen sich zu wenig, jeder Schritt ist eine große Anstrengung für sie.

Wer übergewichtig ist, leidet oft an Herzinfarkt, Herzanfall, Diabetes und Bluthochdruck. Je übergewichtiger der Körper ist, desto mehr schwebt er in Gesundheitsgefahr. Aus einem stressigen Leben und einer überfordernden Aufgabe kann der Mensch leicht in die Nahrungswelt fliehen, um seine Frustration und Unzufriedenheit zu vergessen, da Nahrung für jeden die Hauptquelle des Lebens ist. Gesunde Nahrung liefert uns genug Energie, um Leistungen in allen Bereichen erbringen zu können.

Von o.g. Zivilisationskrankheiten kann jede/r betroffen sein. Wer im Alltag auf seine Gesundheit achtet, kann gesund und gut leben. Glück und

Freude werden folgen. Trotz des Stresses und der Belastung im Alltag sollten wir uns mehr um die Gesundheit und eine gute Lebensqualität bemühen.

3.7. Gesundheitserziehung: historischer Überblick

Im 19. Jahrhundert definierte man Gesundheitserziehung als „Gesundheitsvorsorge“, „Gesundheitsfürsorge“, „Gesundheitsbelehrung“, „Gesundheitspflege“ oder einfach nur als „Hygiene“ (vgl. Henkelmann u.a. 1982, S.13). In der Gegenwart sind Fachausdrücke wie „Gesundheitsbildung“, „gesundheitliche Aufklärung“, „Gesundheitsberatung“ und „Gesundheitsförderung“ im Gebrauch. Der Terminus „Gesundheitserziehung“ wird etwa seit 1945 benutzt. (vgl. Henkelmann u.a., 1982, S.14).

Gesundheitspflege und -erziehung entstehen als Reaktion auf steigende Bevölkerungszahlen, auf anwachsende Großstädte und durchgreifende wirtschaftliche Veränderungen der Gründerzeit.

Von 1900 bis 1918 wird die gesetzliche gesundheitliche Beaufsichtigung der Schulen durch Kreisärzte eingerichtet, das Schularztwesen ausgebaut. Die Einrichtung von Schulbrausebädern ist eine erste hygienische Maßnahme. Außerdem wird die Schnürkleidung für Mädchen verboten und der regelmäßige Turnunterricht verpflichtend. Bewegungs- und Laufspiele im Freien sollen eine gesunde und anmutige Körperhaltung unterstützen, um die Wirbelsäule stabil zu machen, Rückgratsverkrümmungen zu verhindern, die Rückenmuskulatur zu stärken und der Schiefwüchsigkeit vorzubeugen. Bei der Knabenerziehung versucht man neben rein pädagogischen auch militärpolitische Ziele zu verwirklichen: Im Turnunterricht sollen sie wie die zukünftigen Soldaten trainiert und wie das Volk diszipliniert werden. Zu Anfang wird die Gesundheitspflege in Lehrerversammlungen gefordert, schließlich wird sie in den Naturgeschichtsunterricht als Teil der Menschenkunde aufgenommen. Verse, Merkgeregeln und Lesestücke raten zu einer rechten Lebensführung. Zeitschriften unterrichten über den aktuellen

Kenntnisstand: Seit 1888 bietet eine Zeitschrift Themen der Schulgesundheitspflege und bis 1910 sechs weitere Themen schulhygienischen Inhalts an. Mit der Flut neugegründeter Zeitschriften wird auch der Lehrmittelmarkt mit Gesundheitserziehung versorgt. Krankheitsbilder, Krankheitsursachen und vorbeugende Maßnahmen werden ikonographisch dargestellt. (vgl. Schmidt 1995, S. 8).

Von 1918 bis 1933

In der Weimarer Republik entwickelt sich die gesundheitliche Betreuung für Mütter, Kinder, Jugendliche, Alkoholiker, Behinderte und Kranke. Das bestehende Gesundheitswesen zur Sicherung der Volksgesundheit wird weiterentwickelt. Mit schulärztlichen Reihenuntersuchungen und Schulspeisungen wird das Elend der Kriegs- und Nachkriegszeit zu verringern versucht. Gesundheitserziehung wird als „immanentes Lernziel“ durchgeführt, Unterrichtsinhalte wie Tuberkulose, Körperpflege und Mißbrauch von Alkohol und Nikotin werden festgelegt. Man will besonders die Lehr- und Lernformen verstärken, die die Aktivitäten der Schüler miteinbeziehen: Auf Wanderfahrten, in Landschulheimen und im Umgang miteinander sollen Übungen in bezug auf hygienisches Verhalten beim Essen gemacht werden. (vgl. ebd., S.9).

Von 1933 bis 1945

Die Erziehung zur Gesundheitspflege nimmt im Nationalsozialismus eine herausragende Stellung ein. Besondere Ziele sind die körperliche Stählung und Willensschulung, wie sie Hitler in seinem Buch „Mein Kampf“ beschreibt. Arbeit und Sport stehen im Dienst der Rassenideologie und der Wehrtüchtigkeit. Das führt so weit, daß humanistische Ziele, unter anderem das Erlernen von Mathematik und Fremdsprachen, hinter „arischer“ Rassenpolitik zurückstehen. (vgl. Schmidt , 1995, S.9f).

Von 1945 bis 1950

Nach Kriegsende kann auf viele schulische Lehrmittelbestände in Deutschland nicht mehr zurückgegriffen werden. Mit den Verlagsstädten Berlin, Dresden und Leipzig sind auch die meisten Lehrmittelbestände durch Luftangriffe in Schutt und Asche gelegt. Das Schul- und Gesundheitswesen bedarf einer Neuorientierung. Wenige Schulbücher werden von der Militärkommission zugelassen, einige Verlage beginnen mit einer neuen Lehrmittelproduktion. Daher schließt sich das Deutsche Gesundheitsmuseum (DGM) an die Aufklärungsarbeit des Deutschen Hygienemuseums an. (vgl. Schmidt, 1995, S.8ff).

Von 1950 bis jetzt

In den 50er Jahren waren Mangel- und Infektionskrankheiten weit verbreitet. Aber der Einsatz der v.a. aus den USA stammenden neuen Breitbandantibiotika machte es möglich, diese allgemein in den Griff zu bekommen. 1957 wurde die Impfung mit dem Salkserum gegen Kinderlähmung als neue Massenimpfung in Deutschland eingeführt, zuerst im April 1957 in Oberhausen. (vgl. Krei, 1995, S.319f).

Gegen Ende der sechziger Jahre äußerten sich ganz massiv v.a. organisierte Schüler zum Problem der fehlenden Sexualkunde in den Schulen. Am 3. Oktober 1968 verabschiedete die Kultusminister-Konferenz den Beschluß zur Sexualerziehung in den Schulen. Sexualerziehung wurde grundsätzlich als notwendig anerkannt und sollte als Unterrichtsprinzip in allen möglichen Fächern Eingang finden. (vgl. ebd., S.325).

Seit Mitte der 60er Jahre wurden im Auftrag der Bundeszentrale Studien über die Situation der schulischen Gesundheitserziehung erarbeitet. 1966 wurde von der Zentralstelle für Gesundheitserziehung des Deutschen Gesundheitsmuseums e.V. eine „Inhaltsanalyse der Lehr- und Bildungspläne für die allgemeinbildenden Schulen in der Bundesrepublik Deutschland einschl. West-Berlin“ vorgelegt. (Gesundheitserziehung in der Schule 1966).

Eine Gesundheitserziehung scheine erst ab einem gewissen Reifestadium möglich zu sein (5. Klasse). Die Breite möglicher Themen wäre auf der Oberstufe dadurch begrenzt, daß allgemeine Themen als nicht stufenadäquat (v.a. im Gymnasium) betrachtet wurden. Bundesweit wurden grundsätzlich Körperbau, Körperfunktion und -entwicklung, Ernährung, Genußgifte, Mangel- und Infektionskrankheiten sowie deren Prävention, Körperpflege, Sauberkeit, Ordnung, Regelmäßigkeit, Erste Hilfe behandelt. Thematisiert wurden auch die „rechte Haltung zum werdenden Leben“, das Verhältnis der Geschlechter, die Befruchtung und die Geburt betreffende Aspekte. In den Gymnasien sahen die Lehrpläne zudem die Behandlung des öffentlichen Gesundheitssystems sowie der Gesundheitsgesetze vor. (Krei, 1995, S.328).

Gesundheit in neuerer Zeit berücksichtigt nach heutigen Vorstellungen den Menschen mehr und mehr in seiner Gesamtheit von Physis, Psyche und sozialen Beziehungen. Sie ist also mehr als das Fehlen von Krankheit und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden dargestellt. Gesundheit steht für lebensbejahendes und sinnerfülltes Leben. Sie ist nicht primär oder gar ausschließlich Wissensgegenstand, sondern Ausdruck der Lebensfähigkeit des Sozialwesens Mensch im Prozess seiner Lebensgestaltung. (vgl. Görisch, 1999).

„In der ebenfalls von den WHO-Staaten 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung werden als Grundlagen für Gesundheit Frieden, ausreichende und ausgewogene Ernährung, sauberes Trinkwasser, angemessene Wohnbedingungen, das Recht auf Bildung und der Zugang dazu, intakte Öko-systeme, die verantwortliche Verwendung von Naturressourcen, sinnvolle Arbeit, sicheres Einkommen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit genannt. Diese Grundlagen stellen die sogenannte Verhältnisebene der Gesundheitsförderung dar: Gesundheitsförderung ist die Förderung der für sie unabdingbaren ökologischen und gesellschaftspolitischen Voraussetzungen, der Verhältnisse. Zur Verbesserung und zum Erhalt eben dieser Grundlagen beizutragen, soll jede/r Einzelne befähigt werden.“ (Görisch, 1999).

Neben der Verhältnisebene gesundheitsfördernder Lebensbedingungen hat Gesundheit auch eine individuelle Ebene, die sog. Verhaltensebene. Das persönliche Verhalten wird durch kulturelle und soziale Faktoren bestimmt und drückt sich als persönliche Lebensweise aus, z.B. im Hinblick auf Ernährungsgewohnheiten, Freizeitverhalten und in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, aber auch im Umgang mit Süchten wie z.B. Rauchen oder Trinken. (vgl. ebd.).

Stollberg (1994) hat einen kurzen historisch-soziologischen Überblick über den Gesundheitsbegriff sowie die damit verbundenen Public-Health-Konzepte aus den letzten zwei Jahrhunderten gegeben:

- Gesundheit galt als Staatsaufgabe in der 'Frühen Neuzeit'
- In dieser Zeit wandte der absolutistische Staat massive Kontrolle über die Gesundheit der Bevölkerung an, um dies als Mittel zum Zwecke der Bevölkerungsvermehrung zu benutzen und so staatlichen Reichtum zu erwerben und militärische Macht auszuüben. Ein herausragendes Beispiel ist das „System der vollständigen medizinischen Polizei“ von Johann Peter Frank (1745-1821), in dem sämtliche Lebensbereiche nach dem Gesundheitsmotiv durch Vorschriften geregelt werden sollten.
- Gesundheit galt als soziales Recht um 1848
- Im Rahmen der bürgerlichen Revolution von 1848 verfaßten sozialreformerisch engagierte Ärzte wie insbesondere Salomon Neumann und Rudolf Virchow ein soziales Recht auf Gesundheit und forderten den Schutz der Gesundheit durch den Staat. Dies drückte sich besonders deutlich in der Forderung Virchows aus, als er - vom Preußischen Gesundheitsministerium beauftragt, über die in Oberschlesien grassierende Typhusepidemie zu berichten und Vorschläge zu ihrer Eindämmung zu machen - schrieb: „Die logische Antwort auf die Frage, wie man in Zukunft ähnlichen Zuständen, wie sie in Oberschlesien vor unseren Augen gestanden haben, vorbeugen könnte, ist also sehr leicht

und einfach: Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“.
(Stollberg, 1994, S.33).

- Gesundheit galt als Resultat städtischer Hygiene
- Diese Zeit war geprägt durch die auf den ersten Professor für Hygiene - Pettenkofer - zurückgehende kommunale Hygiene-Bewegung, in der Ärzte, Architekten und Ingenieure die städtische Wasserversorgung und Wasserentsorgung zentralisierten und ausbauten. Der sozialpolitische Impetus der Jahre um 1848 war aber weitgehend verschwunden, krankheitsfördernde Zustände wurden als gegeben hingenommen.
- Gesundheit galt als Resultat von Sozialhygiene
- Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstand mit dem von Rudolf Virchow geprägten Begriff „soziale Hygiene“ ein neues hygienisches Paradigma, das auf der Basis der Bakteriologie, aber zunehmend auch der Eugenik naturwissenschaftlich begründete Kulturnormen in die Politik einbrachte. „Anders als bei Neumann, der sechs Jahrzehnte zuvor das Naturrecht der Armen auf Gesundheit verfassungsmäßig zu schützen gefordert hatte, der also individuelle Gesundheit mit dem Medium des Rechts sichern wollte, sieht es Grotjan als Aufgabe des Hygienikers an, dem Recht hygienische Vorgaben zu machen. Die kulturelle Höherentwicklung der Menschen haben wiederum Grotjan wie Neumann zum Ziel“.
- Gesundheit galt als Resultat von Rassenhygiene
- Die bereits bei Grotjan anklingenden eugenischen Saiten seiner Sozialhygiene perversierten in der Zeit des Nationalsozialismus zur Rassenhygiene, die - ebenfalls im Namen der Gesundheit eines „Volkskörpers“ - schließlich zur Sterilisierung, Verfolgung und Ermordung von „Minderwertigen“, „Schwachsinnigen“, Juden, Sinti und Roma, Osteuropäern etc. führte. (Stollberg, 1994, S.37).

Stollberg faßt seine historisch-soziologische Analyse wie folgt zusammen:

„Die hier dargestellten historischen Konzeptionen von Public Health - die medizinische Polizei des 18. Jahrhunderts, die soziale Medizin der Zeit um 1848, die städtische Hygiene der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die

Sozialhygiene sowie die Rassenhygiene der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts - umfassen sämtlich eine Reihe von Gesichtspunkten des modernen Public-Health-Begriffs. Die medizinische Polizei, manche Elemente einer „Öffentlichen Gesundheitspflege“ im späten 19. Jahrhundert sowie die Rassenhygiene wird man in der Traditionslinie der gegenwärtigen new public health (...) gern missen mögen. Ihre Zugehörigkeit zur Tradition des Konzepts mag auf die Notwendigkeit verweisen, auch die new public health auf inhärente Elemente einer neuen Welt zu befragen“. (Stollberg, 1994, S.41).

Die Weltgesundheits-Organisation (WHO 1981) versteht unter Gesundheitserziehung all jene geplanten Aktivitäten, daß Menschen gesund sein wollen (Gesundheitsmotivation); daß sie darüber Bescheid wissen, wie man Gesundheit erreichen kann (Gesundheitswissen); daß sie entsprechende Handlungen allein oder zusammen mit anderen auch tatsächlich ausüben (Gesundheitsverhalten) und dazu ggf. Hilfe anderer Personen oder Organisationen in Anspruch nehmen. (WHO zit. nach Fuchs und Schwarzer, 1994, S.404).

3.7.1. Aufgaben und Ziele der Gesundheitserziehung

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist es Ziel der Gesundheitserziehung,

„den Menschen zu helfen, die Gesundheit durch ihr eigenes Verhalten und Bemühen zu erwerben. Dabei stützt sie sich zunächst auf das Interesse der Einzelnen an der Verbesserung ihrer Lebensbedingungen und bemüht sich, sie begreifen zu lassen, daß Gesundheitsfortschritte von ihrer Eigenverantwortlichkeit abhängen“. (WHO, 1954).

Unter Gesundheitserziehung läßt sich die gewollte Beeinflussung menschlichen Verhaltens in Beziehung auf die Gesundheit verstehen. Eine der allgemeinsten Definitionen von Gesundheitserziehung ist die der WHO. Im weitesten Sinne des Wortes fallen unter den Begriff der Gesundheitserziehung sämtliche Erfahrungen, die in irgendeiner Weise Einfluß auf Meinung, Einstellung oder Verhalten in bezug auf die Gesundheit

haben, sowie weiterhin die Verfahren und Anstrengungen, die Änderungen zum Ziele haben, die im Dienste optimaler Gesundheit erforderlich sind .
(vgl. Henkelmann, 1982, S.14).

Formale Übereinstimmung herrscht bei den Aufgaben und Zielen der Gesundheitserziehung. Es handelt sich in der Regel um die positive Beeinflussung von Gesundheit. Diese soll durch Gesundheitserziehung „gefördert“, „erhalten“, „verbessert“ oder „wiederhergestellt“ werden; den Krankheiten soll „vorgebeugt“ und den Krankheitsfolgen „entgegengewirkt“ werden. (vgl. ebd., S.15).

Die Lebenserwartung heutzutage nimmt eher ab als zu, obwohl uns die moderne Medizin zur Verfügung steht. Die Morbiditätszunahme wird durch die sogenannten Zivilisationskrankheiten verursacht. Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Schäden, Neoplasien oder Erkrankungen der Atemwege korrelieren in einem hohen Maße mit dem Gesundheitsverhalten des Individuums. Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung versucht, den Einzelnen zu beeinflussen, daß er seine gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen aufgibt. Die Zielsetzung der Gesundheitsbildung ist folgende:

- Über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Verhalten zu informieren.
- Das Verhalten von einzelnen, ihre Einstellungen, ihre soziale und dingliche Umwelt durchsichtig zu machen.
- Den einzelnen zu befähigen, Verantwortung zu übernehmen und seine Problemlösungs- und Konfliktfähigkeit zu erhöhen (vgl. Bretscher 1978, S.623, Handke 1985, S.41f).
- Gesundheitsbildung gilt als Kommunikationsprozeß, in dem
von einem Sender
eine Botschaft
durch ein Medium
an einen Empfänger (Zivilpersonen oder -gruppen)

mit einer bestimmten Intention (z.B. Wissens-, Einstellungs- oder Verhaltensänderung) ausgerichtet wird. (vgl. Hornung 1978, S.355, Handke, 1985, S.42).

Die Erziehung zur Gesundheit ist das gemeinsame Anliegen. Die Gesundheit wird ins Zentrum der Bemühungen gestellt und geht über das Bekämpfen der Krankheit hinaus.

Die Gesundheitserziehung schätzt die Aufgabe, durch Einsatz von zweckgerichteten zwischenmenschlichen Beziehungen die Gesundheit von Individuen und Menschengruppen positiv zu beeinflussen und Krankheiten und ihren Folgen entgegenzuwirken.

Die Menschen haben die Chance, mit Gesundheit als ihrem wertvollsten Gut vernünftig umzugehen. Deshalb ist Gesundheitserziehung eine wichtige Aufgabe, die regelmäßig durchgeführt und gefördert werden muß. Eine der Hauptformen der direkten Gesundheitserziehung ist die gesundheitliche Beratung, die sowohl über individuelle Kommunikation als auch über Gruppenkommunikation läuft. Die Gesundheitspropaganda als Hauptform der indirekten Gesundheitserziehung läuft über die Massenkommunikation. Durch Tageszeitungen, Zeitschriften, Fernsehen, Hörfunk u.a. werden der Bevölkerung Fakten und Zusammenhänge über gesundheitliche Themen zugänglich gemacht. Die folgenden Beispiele zeigen das deutlich:

- Vorträge, Vorführungen und Demonstrationen über Gesundheitserziehung werden von Experten angeboten. Der Einsatz der Massenmedien gilt als die wichtigste Methode in der Gesundheitserziehung.
- Die Kriterien für wirkungsvolle Gesundheitserziehung sind Änderungen im Wissen, in der Einstellung und im tatsächlichen Verhalten.
- Pädagogik oder eine Ausbildung für eine Laufbahn an einer Schule oder Hochschule sowie die Prinzipien der Massenkommunikation dienen als Disziplinen und Studieneinrichtungen zur Grundlage der Gesundheitserziehung. (vgl. Steuart, 1970, S. 193).

Gesundheitserziehung ist keine Erziehung im traditionellen Sinne, Gesundheitserziehung versucht vielmehr, Einfluß auf gesundheitsbezogenes Verhalten zu nehmen. (vgl. ebd., S.194).

Die gesundheitlichen Probleme oder Auswirkungen sind so eng mit den unmittelbar assoziierten Verhaltensweisen verbunden, daß man durch eine Änderung des Verhaltens gleichzeitig eine Änderung des Problems bewirken kann. Es gibt auch solche Gesundheitsprobleme, bei denen selbst eng damit zusammenhängende Verhaltensänderungen noch immer relativ weitab vom Ziel liegen und nicht unmittelbar zu Ergebnissen führen, die sich im Gesundheitszustand widerspiegeln. Essensgewohnheiten, Zigarettenrauchen, sportliche Betätigung und andere mit Herz- und Gefäßkrankheiten oder Körperhygiene zusammenhängende Verhaltensweisen, persönliche Gewohnheiten, die zu Verschleißerscheinungen oder zu inneren Krankheiten führen, kann man rasch ändern, ohne dadurch sofort gesundheitliche Probleme zu lösen. (vgl. Steuart, 1970, S.197).

Gesundheitserziehung beschränkt sich nicht auf Kenntnisse der gesunden Ernährung oder der sinnvollen körperlichen Betätigung oder auch der Zusammensetzung des Skeletts des Menschen, sondern zielt darauf, unter voller Berücksichtigung der Realität unserer Zivilisation den jungen Menschen zu veranlassen, Gesundheit und Gesunderhaltung für eines der wichtigsten Ziele seines Lebens zu halten. (vgl. Ratschko, 1979, S.9).

Die Gesundheitserziehung kann nur positiv wirken, wenn sie sich um die Aufgabe bemüht, sich zu motivieren, daß er sein höchstpersönliches Anliegen durch Gesundheit erreichen kann.

„Erziehung muß vielmehr das Selbstvertrauen und darüber hinaus das Vertrauen in andere fördern. Damit wäre die entscheidende Voraussetzung für die in unserer Zeit so geminderte Verantwortungsfreude des einzelnen wiederhergestellt, seine innere Bereitschaft zur Übernahme von Selbstverantwortung auch für die eigene Gesundheit würde wachsen.

Gesundheitserziehung muß zum Ziele haben, zur Selbsterziehung zu befähigen und zu motivieren“. (Ratschko, 1979, S.9f).

Ratschko faßt zusammen:

1. Entscheidendes Ziel der Gesundheitserziehung ist, zur Erhaltung der Gesundheit zu motivieren und die Gesundheit zu fördern.
2. Ansätze zu psychischem Fehlverhalten brauchen besondere Aufmerksamkeit und methodisch ausgewogene Berücksichtigung.
3. Die Gesundheitserziehung ist eine notwendige Aufgabe und muß angemessene Berücksichtigung im Unterricht finden.
4. Gesundheitserziehung ist nur zweckmäßig, wenn sie über Einsicht zu Verhaltensänderungen führt.
5. Gesellschaftliche Zwänge, die z.B. durch mangelnde innere Bewältigung zu gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen führen, müssen verringert werden. (vgl. Ratschko, 1979, S.11).

Eine Gesundheitserziehung, die das Ziel erreichen will, umfassend die Gesundheit der Menschen zu beeinflussen, muß von einer ganzheitlichen Sichtweise ausgehen, die den Zusammenhang von subjektiver und objektiver Lebensrealität beachtet. Dafür ist es notwendig, die beteiligten Menschen als eigenständige Persönlichkeiten anzusehen, ihre individuellen Kräfte zu unterstützen und zu fördern, damit sie selbstbewußt mit negativen und positiven Einwirkungen umgehen und sich ihr gesundes Leben selber aktiv erarbeiten können. (vgl. Lewerenz, 1992, S.22).

Das Erziehungs- und Unterrichtsprinzip für Gesundheitserziehung in der Schule versucht mit unterschiedlichen pädagogischen Maßnahmen, gesundheitliches Verhalten zu unterstützen. Schüler sollen die Fähigkeit erlangen, für ihre Gesundheit selbstverantwortlich zu handeln, und zwar sowohl aus eigenem Interesse als auch aus sozialer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Dazu muß letztere Voraussetzungen schaffen, die allen Menschen zu einem gesunden Leben dienen.

Krause leitet das Projekt „Gesundheitsförderung in der Grundschule“ seit fünf Jahren in Göttingen. Dieses Projekt ist in 4 verschiedenen Grundschulen von Göttingen durchgeführt worden. Das Ziel dieses Projekts, das Selbstwertgefühl der Kinder zu erhalten und zu fördern, wird mit 5 inhaltliche Schwerpunkte verwirklicht:

- „Selbstwertstärkende Selbstreflexion: Dieser Schwerpunkt beinhaltet unter anderem die Unterstützung der Kinder in der Entwicklung des Selbstbewusstseins und die Förderung von Persönlichkeit und Identität, wobei eine möglichst umfassende Entfaltung der Persönlichkeit sowohl in den Bereichen Autonomie und Selbstbestimmung als auch in dem Bereich der sozial-ökologischen Verantwortung angestrebt wird.
- Körpererfahrung und Körperbewusstsein: Hier geht es vor allem um die Förderung der Wahrnehmung der sinnlichen Signale und der Sprache des Körpers. Das Verstehen emotionaler und psychosomatischer Zusammenhänge soll unterstützt werden. Ein besonderes Anliegen ist es, die Fähigkeit der Kinder zur Entspannung und Stressregulation weiter auszubauen.
- Gesundheitsförderliche Interaktion und Kommunikation: Übungen zu diesem Punkt sollen zum Ausbau einer größeren Handlungsfähigkeit und Kompetenz verhelfen, um soziale Beziehungen befriedigend gestalten zu können. Diese Prozesse werden unterstützt durch die Förderung der Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, sowie der Kontakt-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit.
- Freizeitverhalten und Gesundheit: Die Grundschüler und Grundschülerinnen sollen sensibilisiert werden, gesundheitsschädigendes Verhalten wahrzunehmen. Es wird angestrebt, dass die Jungen und Mädchen ansatzweise über das komplexe Bedingungsgefüge und die vielfältigen Motive, welche zu diesem Verhalten führen, reflektieren.
- Gesunde Ernährung: Die gesunde Entwicklung und Förderung der Genussfähigkeit und des Vertrauens in die eigene Urteilsfähigkeit sind die zentralen Bestandteile dieses Schwerpunktes. Dabei soll vor allem das Erleben von Zusammenhängen zwischen Essverhalten und Wohlbefinden bewusst gemacht werden. (Krause, u.a. 2000, S.11).

Weitere Studien, die pädagogische Intervention auf den Felde der Gesundheitserziehung darstellen, wurden von Kasper vorgelegt. Er äußert:

„Gesundheitserziehung ... wird als Teil der grundlegenden Bildungsarbeit verstanden, deren zentrale Aufgabe in der Gestaltung einer umfassenden fördernden Lernumwelt ... besteht, die sich durchgängig in alltäglichen Situationen und Ritualen des Zusammenseins von Kindern und Lehrern und in der Verwirklichung wichtiger Rahmenbedingungen für das Lernen ausdrücken muß. Erst in zweiter Linie beinhaltet sie die explizite Thematisierung gesundheitserzieherischer Sachverhalte und die Einübung eines gesundheitsorientierten Verhaltens im engeren Sinne“. (Kasper 1985, S.26, Lewerenz, 1991, S.23).

Auch Badry und Knapp nehmen zur Frage des erzieherischen Einwirkens bei Gesundheitsfragen wie folgt Stellung:

„Von einem Erwachsenen wird erwartet, daß er fähig und bereit ist, die Aufgabe, die ihm mit seinem individuellen Menschsein gestellt ist, zu lösen. Weil der heranwachsende Mensch diese Lebensaufgabe aber erst erkennen und auf den Weg gebracht werden muß, sie zu lösen, muß er erzogen werden; der junge Mensch soll befähigt werden, den Bezug zu sich selbst, zu den Mitmenschen, zur Umwelt und zum Absoluten, zu Gott, selbständig und verantwortlich zu gestalten. Der Weg dazu kann nur im Gestalten und Ordnen der Beziehungen in den je konkreten, wechselnden Lebenssituationen bestehen. Am Anfang ordnen die für das Kind Verantwortlichen weitgehend seine Bezüge. Mit zunehmender Reife verlagert sich die erzieherische Aufgabe vom direkten Gestalten und Mitgestalten der Bezüge hin zum Ratgeben in den Normalsituationen und zum Haltgeben in Grenz- und Schulderfahrungen“. (Badry und Knapp, 1989, S.7).

Es wird deutlich geworden sein: Erziehung ist von Anfang an immer auch Selbsterziehung, bei zunehmendem Alter wird der Teil der Selbsterziehung (Selbstführung) größer. Der Sinn dessen ist, daß der junge Mensch eines Tages sein Leben selbständig gestalten und Verantwortung übernehmen kann.

Selbständig, d.h. er soll sich selbst in Situationen des Alltagslebens helfen können; deshalb muß er mit grundlegenden und spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten vertraut werden; verantwortlich, d.h. er soll sein Tun (sein Denken, Sprechen und Handeln) zuordnen und auch verantworten, deshalb muß er lernen, Verhältnisse, Ereignisse, Handlungen - die eigenen und die der anderen - zu bewerten; dafür muß er Maßstäbe kennenlernen und seinen Willen an Hand dieser Maßstäbe prüfen. (vgl. Badry und Knapp, 1989, S.7).

Das Leben soll selbständig und verantwortlich geführt werden. Das bedeutet, sich selbst helfen können und Verantwortung tragen, ohne die eigenen Belange (das eigene Können, die eigenen Mittel und Grenzen) außer Acht zu lassen. Anders gesagt: Erziehung muß den jungen Menschen befähigen, sein Leben nach verbindlichen Maßstäben zu führen und zu ordnen, die sich von einer unverbrüchlichen (sittlichen) Ordnung her rechtfertigen lassen. (vgl. ebd., S.7f).

3.7.2. Gesundheitserziehung im Fernsehen

Medien bieten den Zuschauern Anschaulichkeit (z.B. Filme, Dias, Bilder), Demonstrationen (z.B. Anschauungsunterricht in der Lehrküche), Simulation und Übung (z.B. Arbeit mit Attrappen), Wissensvermittlung auf Reproduktionsebene (z.B. programmierte Lernsysteme, Broschüren). Medien fordern die Aufmerksamkeit in unterschiedlicher Art durch Sehen, Anfassen, Mitmachen. Sie haben eine große Motivationswirkung und einen hohen Aufnahmegrad. Medien sind oft selbstinstruktiv, wiederverwendbar und dadurch zeitsparend. (vgl. Pötte 1981, S.91).

„Der moderne Mensch ist aber nicht nur um seine Gesundheit besorgt, er will auch von seinem Arzt als Gesprächspartner ernstgenommen werden. Dazu braucht er auf ihn zugeschnittene Informationen, wie sie die Massenmedien bieten können“. (Heuser, 1982, S. 20).

Medizinische Aufklärungskampagnen haben nicht nur kognitive, sondern auch emotionale Wirkungen, die viel stärker und haftender sind. Ob dabei Emotionalität mit der Figur des Moderators, des Arztes oder auch nur mit dem eigenen Unglück über zuviel Gewicht und Umfang verbunden ist, mag nicht so wichtig sein. Entscheidend ist, daß diese Faktoren genutzt werden, um über die Medien Verhalten zu ändern. Im Fernsehen, im „Gesundheitsmagazin Praxis“, ist eine Kampagne gelaufen, die sich gegen falsche Ernährung und Übergewicht wendet. Der große Erfolg dieses Programms ist auch dadurch zu erklären, daß die Lehren der Wirkungsforschung genutzt wurden und mit Ernährungsfachleuten und Ärzten, aber auch mit Verhaltensforschern und Psychologen zusammengearbeitet wurde. (vgl. Heuser, 1982, S.22, Sturm, 1984).

Die Kampagne richtete sich an Übergewichtige, und damit wurde eine weitere Erkenntnis beachtet: Medizinische Aufklärungskampagnen sollten nicht für alle konzipiert werden, sondern immer nur für eine bestimmte, nach ihrem Verständnisstand gegliederte Gruppe. (vgl. Sturm, 1984). Der Erfolg solcher Medienarbeit scheint immer dann sicher zu sein, wenn bestimmte Voraussetzungen verwirklicht werden, genauer gesagt eine sorgfältige, wissenschaftlich begleitete Vorbereitung, die Abgrenzung der Adressatengruppe und die Betonung der emotionalen Komponente der Mitteilungen. So gelang es, Millionen von Fernsehzuschauern aus ihren Sesseln zu locken, um vor dem Bildschirm ihre Fitness zu testen. (vgl. Heuser 1982, S.23).

Die Gesundheitserziehung im Fernsehen kann Millionen von Zuschauern auf schnellstem Wege informieren, gleichzeitig ansprechen, warnen, überzeugen, überreden, zu einer gesünderen Verhaltensweise führen.

„Eine wesentliche Voraussetzung für die mögliche Wirksamkeit von Sendungen der Massenkommunikation ist, daß sie nicht von dem „Gießkannenprinzip – für jeden etwas“, sondern von dem Prinzip der psychodemographischen Marktsegmentation ausgeht, d.h. Sendungen für solche Zielgruppen gestaltet, die sich durch psychologische Merkmale und Verhaltensweisen, möglicherweise

auch ganz bestimmte soziologische (demographische) Charakteristika beschreiben lassen und in ihrem Verhaltensprofil bereits Ansätze für eine allmähliche Einstellungs- und/oder auch Verhaltensänderung erkennen lassen“. (Bergler 1979, S.69).

Die Gesundheitssendung hat Brückenfunktion. Das heißt, sie vermittelt Wissen über Krankheit und Gesundheit. Im Mittelpunkt der Sendungen stehen die Beschwerden, Symptome oder Schmerzen, Diagnose und Therapie der Erkrankungen.

Die Gesundheitssendung soll für den Zuschauer nicht nur den Ablauf der Erkrankungen darstellen, sondern auch Normen für gesundes Leben präsentieren. Das heißt, sie schließt (vgl. S. 20-27)

- Orientierungswissen: (Beschreibung der Krankheit und ihrer Symptome)
- Erklärungswissen: (Wie entsteht die Krankheit)
- Handlungswissen: (Wie kann man mit der Krankheit umgehen, welche Chancen gibt es, daß die Krankheit behandelt werden kann.) und
- Quellenwissen: (Wo können Informationen über die Krankheit vermittelt werden) ein.

„Gesundheit und Krankheit sind allgegenwärtig. Jeder Augenblick unseres Lebens kann mit einem der beiden Begriffe oder auch mit beiden zugleich beschrieben werden. Wir haben es uns angewöhnt, Krankheiten als Folge spezifischer Verursachungen zu denken (Informationsmodell) und haben dabei vergessen, welche Bedeutung Gesundheit dabei haben könnte. Bei der Diskussion um Gesundheit dagegen wird nicht selten Krankheit als Gegenpol angenommen. Die konzeptionelle Schwierigkeit besteht darin, Gesundheit und Krankheit als unabhängige Faktoren zu verstehen, die gleichwohl interagieren und als Resultate den gesundheitlichen (krankheitlichen) Status definieren“. (Lutz, 1995, S.77).

3.7.2.1. Gründe für das Einschalten von Gesundheitssendungen

Der Grund der Attraktivität vieler Unterhaltungssendungen ist, daß sie den Zuschauern Identifikationspotential anbieten, um möglicherweise Partizipation sicherzustellen (etwa wenn man an Stelle der Kandidaten ist und sich mit diesen vergleicht; vgl. Studie von Roe u.a.) und um kommunikative Nähe zum Publikum zu erzeugen (wobei die Moderatoren besondere Bedeutung für die Beurteilung einer Sendung haben; vgl. die Studie von Berghaus und Staab), oder um realitätsnahe Alltagsgeschichten darzustellen, für die die Zuschauer leicht Verständnis haben und die sie nachvollziehen können. (vgl. Studie von Kepplinger und Tullius). Die Nähe zum eigenen Leben (Nachvollziehbarkeit, Alltagsbezug, Identifikation, Nützlichkeit) ist somit offenbar eine wichtige Bedingung für das Gefühl, gut unterhalten zu werden. Die große Beliebtheit angemessener Sendungen, beispielsweise Game Shows, Gesundheitssendungen, Fernsehshows und (Familien-)Serien, unterstützen diese Vermutung. (vgl. Gleich, 1997, S.103).

Ein weiterer und wichtiger Aspekt ist verbunden mit Unterhaltung durch Fernsehen. Dann lautet die Frage, inwieweit die präsentierten Inhalte beim Zuschauer zu einer Balance zwischen physiologischer Anregung (z.B. Spannung) und emotionalem Wohlbefinden führen. Wenn man davon ausgeht, daß ein wichtiges Bedürfnis des Zuschauers die Aufrechterhaltung eines als angenehm empfundenen Spannungszustandes ist, so muß gleichzeitig auch gesagt werden, daß solche Erlebnisbedürfnisse individuell sehr unterschiedlich sein können. So verschieden Alter, Geschlecht, Bildung, Intelligenz, psychische Befindlichkeit und soziale Situation des einzelnen sind, so unterschiedlich sind die Bedürfnismuster, die mit unterschiedlichen Angeboten sowie Rezeptionsweisen befriedigt werden können. Aus dem Zusammenspiel von Medienangeboten, subjektiver Befindlichkeit des Rezipienten und aktueller Situation ergeben sich vielfältige Kombinationsmöglichkeiten, die schließlich das Gefühl, gut unterhalten zu werden, determinieren.

Es gibt zwei Aspekte in der Unterhaltung, stellt Bosshart (1994) in seinem theoretischen Modell fest: einerseits eine psychosomatische Komponente, bei der das körperliche Wohlbefinden (angenehme physiologische Erregung) mit der positiven seelischen Befindlichkeit (positiven Emotionen) der Zuschauer verbunden ist. Andererseits hat Unterhaltung gleichzeitig eine therapeutische Funktion im Sinne von Orientierungs- und Vergleichsmöglichkeiten für den eigenen Alltag.

Im Hinblick auf die Vielzahl und Differenziertheit der heutigen Medienangebote sowie auf die Erkenntnis, daß Rezipienten aktiv und bedürfnisorientiert mit dem Medium umgehen, stellt sich die Frage, ob die (klassische) Qualität von Information und Unterhaltung überhaupt noch zu sichern ist. (vgl. Klaus, 1996, Gleich, 1997, S.104).

Eine vermeintliche Unterhaltungssendung kann den Zuschauer langweilen, eine Informationssendung kann unterhaltsam und spannend sein - allein aus dem Angebot bzw. der Analyse ihrer unterhaltenden oder informierenden Inhalte läßt sich dies jedoch nicht schließen. (vgl. Gleich, 1997, S.104).

Die Frage, warum Rezipienten mediale Unterhaltungsangebote nutzen, wird in der Medienforschung seit langem im Rahmen verschiedener Theorien und Konzepte untersucht. Die prominentesten Erklärungsansätze sind folgende:

1. Unterhaltungsrezeption als Eskapismus, das bedeutet, entsprechende Angebote werden genutzt, um der Monotonie im Alltagsleben zu entfliehen, indem man sich leicht und risikolos mit medial vermittelten (schönen, reizvollen und interessanten) Scheinwelten konfrontieren kann.
2. Erregungsphysiologische bzw. -psychologische Konzepte erläutern die Rezeption von Unterhaltungsangeboten als (mehr oder weniger bewußte) Strategie, die zur Aufrechterhaltung und/oder Beibehaltung optimaler Anregungsniveaus führt, die für das aktuelle Wohlbefinden der Zuschauer wichtig sind.

3. Mediennutzung (u.a. auch die Auswahl und Rezeption von Unterhaltungssendungen) wird durch spezifische Einstellungen der Rezipienten erläutert (einstellungstheoretische Perspektive). (vgl. ebd., S.104).

„Allen Modellen ist“ - so der Autor – „die Annahme gemeinsam, daß die Unterhaltungsrezeption um ihrer selbst willen geschieht, das heißt, die Belohnungsfunktion für den Rezipienten in der Handlung selbst begründet liegt und zum Zeitpunkt der Rezeption erfolgt (z.B. Alltagsflucht, Herstellung eines angenehmen Erregungsniveaus)“. (ebd., S.104).

3.7.2.2. Die Wirkung von Gesundheitssendungen

Die zentralen Fragestellungen beim Einsatz des Fernsehens im Rahmen der Gesundheitserziehung lauten: Welche Wirkung hat dieses Medium beim Rezipienten? Führt es ausschließlich zur Wissensvermittlung oder verändert es Einstellungen bzw. Überzeugungen, womöglich sogar das Verhalten? Es gibt eine Reihe von Theoriemodellen, die versuchen, Antworten auf diese Fragen zu geben. Nach Meinung der unten genannten Verfasser eignet sich zur Beantwortung dieser Frage das Health Belief Model. Die Möglichkeiten, durch das Fernsehen das Gesundheitsverhalten im Sinne einer gesunden Lebensführung direkt zu verändern, sind gering. Gründe, die zu einer Verhaltensänderung führen, sollten immer in einem Gesamtzusammenhang gesehen werden, wie sie das Health Belief Model darstellt. Jeder hat eine bestimmte Überzeugung bzw. Einstellung dazu, wie gefährlich eine Krankheit ist und ob er diese Krankheit bekommen kann. Der Entschluß, sich über diese Krankheit zu informieren, hängt davon ab, ob man sich bedroht fühlt. Ein Film über Herzkrankheiten z.B. hat natürlich bei den Menschen den größten Erfolg, die selbst herzkrank sind oder denken, herzkrank zu sein. Gesunde Menschen sehen meist nicht die Notwendigkeit, die Informationen des Films aufzunehmen. (vgl. Richman und Urban 1978, S.48).

„Die Überzeugung, von einer Krankheit bedroht zu sein, führt neben anderen Faktoren zu einer Steigerung der Motivation, präventives Verhalten

anzunehmen. Auslöser des präventiven Verhaltens sind Handlungsanreize (cues to action), die z.B. von Kampagnen der Massenmedien ausgehen“. (ebd., S.50).

Die Aufgabe der Gesundheitssendungen im Fernsehen ist, die Rezipienten zu präventivem Verhalten anzuregen. Die Sendungen vermitteln natürlich den Zuschauern auch Wissen, wie sie ihre Gesundheitsprobleme angehen können, und beeinflussen dadurch Bewußtsein und Meinungsbild.

Der deutsche Kommunikationswissenschaftler Bergler meint, daß Sendungen der Massenmedien nicht selbstverständlich im Sinne eines Reiz-Reaktions-Modells aufgenommen werden und somit gleich Verhaltensänderungen veranlassen. (vgl. Bergler 1979, S.64).

„Die Massenmedien haben seiner Meinung nach die Aufgabe, überhaupt einmal deutlich zu machen, daß es Gesundheitsprobleme gibt, und zwar Probleme, die nicht für die „anderen“ existieren, sondern von denen jeder einzelne persönlich betroffen sein kann“. (ebd., S.67).

Massenkommunikation, die nicht mit personaler Kommunikation verknüpft ist, ist nach der Meinung Berglers in ihrer Wirkung gering. Die Wirkungsmöglichkeit von Fernsehsendungen nimmt dann zu, wenn es einer Sendung gelingt, ihre Zuschauer miteinander in ein Gespräch über die Sendung hineinzuziehen. (vgl. Bergler, 1979, S.64ff).

Der Wirkungsgrad kann noch gesteigert werden, indem die Massenkommunikation durch die personale Kommunikation mit einem Fachmann ergänzt wird. Die Stanford-Universität in den USA hat eine Untersuchung über die Wirkung einer intensiven Medienkampagne zur Prävention von Herzkrankheiten durchgeführt. Die Risikofaktoren des Herzinfarktes konnten bei den Personen, die die ergänzenden Informationen durch die Medien von personalen Instruktionen bekamen, am deutlichsten verringert werden. (vgl. Alcalay 1983, S.91).

Nach Auffassung Hackforths (1979, S.17) ist ein weiterer bedeutender Wirkungsfaktor von Kommunikationsmitteln die Glaubwürdigkeit der Kommunikationsquelle. Kroeber-Riel äußert, daß die Glaubwürdigkeit auch ausdrücklich mit dem Medium verknüpft ist.

„Die mit einem positiven Image verknüpfte Glaubwürdigkeit des Mediums verstärkt, wie man annehmen darf, den Kommunikationserfolg in ähnlicher Weise wie die Glaubwürdigkeit des Kommunikators.“ (Kroeber-Riel 1980, S.552).

Das Fernsehen wird von der Öffentlichkeit im allgemeinen für eines der glaubwürdigsten Medien gehalten. (vgl. Richman, u. Urban 1978, S.46 sowie Price u. Allensworth 1979, S.17). Nach einer Umfrage des Emmid-Instituts ist das Fernsehen eine glaubwürdigere Informationsquelle als die Tageszeitung und der Rundfunk. (vgl. Hackforth 1976, S.83). Eine landesweite Untersuchung in den Vereinigten Staaten zeigt, daß nur das Gespräch mit dem medizinischen Personal in bezug auf die Gesundheitsfragen für glaubwürdiger als das Fernsehen gehalten wird. (vgl. Price u. Allensworth 1979, S.17). Eine Studie über das Kommunikations- und Gesundheitsverhalten von Herzneurotikern zeigt ein etwas anderes Ergebnis. Das Fernsehen wurde hier sogar dem Arztgespräch in der Glaubwürdigkeit gleichgesetzt und mit am höchsten bewertet. (vgl. Krause 1976, S.163).

Das Fernsehen ist mit optischen und akustischen Reizen verbunden und bietet somit wie kein anderes Massenmedium eine Vielzahl von Sinneseindrücken, so daß eine große Wirkung beim Rezipienten erreicht wird. Die Wirkung eines „Mehrkanal-Mediums“ wie das Fernsehen ist höher als beim „Einkanal-Medium“ wie der Tageszeitung oder dem Hörfunk. Das Ansprechen des Empfängers über zwei Sinnesorgane steigert die Chance, daß eine Information (richtig) aufgenommen und besser behalten wird. (vgl. Kunze u.a. 1978, S.187).

Johannsen schreibt, „diese Kombination multisensorischer Elemente führt zu einer Intensivierung der Ansprache. Außerdem potenziert die dynamische

Einbezogenheit des Zuschauers, 'des Augenzeugen', in das Geschehen die Wirkung des Mediums.“ (Johannsen 1970, S.143).

Das Fernsehen hat nach Maletzke gegenüber dem gedruckten Wort den Vorteil, durch akustische und optische Vermittlung von Situativität, Gestik, Mimik, Wortwahl und Authentizität beim Zuschauer den Eindruck eines größeren persönlichen Angesprochenenseins zu erreichen. Zwar werden Millionen von Zuschauern gleichzeitig angesprochen, trotzdem erhält der einzelne durch die vertraute, persönliche Ansprache den Eindruck, daß er gemeint ist. (vgl. Mohl 1970, S.133).

Die Lernpsychologie lehrt, daß Wiederholungen helfen, neue Inhalte zu speichern. Verschiedene Untersuchungen stellen fest, daß die Einwilligung (Überzeugung) mit der Wiederholung steigt. (vgl. Hackforth 1976, S.90).

Dies gilt selbstverständlich im gleichen Maße für die Botschaften der Gesundheitssendungen. Um die maximale Wirkung von Gesundheitssendungen zu erreichen, spielen Wiederholungen der Sendung eine nötige Rolle für ihren Erfolg. (vgl. Epstein u.a. 1975, S.396).

Flay u.a. faßten die aus der Sozialpsychologie und Kommunikationswissenschaft bekannten Bedingungen zusammen, die die größte Wirkung von Medienbotschaften verbürgen. Danach hat eine Botschaft die größte Wirkung, wenn sie:

1. durch verschiedene Quellen mit hoher Glaubwürdigkeit gezeigt wird,
2. oft und kontinuierlich wiederholt wird,
3. durch unterschiedliche Medien (Fernsehen, Radio, Zeitung, etc.) zu annehmbaren Zeiten (gute Sendezeiten) angeboten wird,
4. persönlich anspricht und mit den Überzeugungen des Rezipienten übereinstimmt,
5. ein hohes Maß an sozialer Unterstützung aus der Umgebung des Empfängers bekommt,

6. dem Empfänger die Gelegenheit bietet, die neuen Überzeugungen und Einstellungen auszudrücken (d.h. zu handeln) und dauernde Verstärkung für dieses Handeln gibt. (vgl. Flay u.a. 1980, S.133f).

Massenmedienkampagnen haben dann guten Erfolg, wenn sie neben diesen beschriebenen noch folgende gerade für den Bereich des Fernsehens wichtige Bedingungen erfüllen. Um die Aufmerksamkeit des Zuschauers zu wecken, muß die Sendung sich durch hohe Produktionsqualität herausheben und die gesendete Botschaft muß immer wieder neuartig, ungewöhnlich und unterhaltend wirken. (vgl. ebd., S.135).

Im allgemeinen haben Fernsehsendungen einen großen Einfluß auf die Zuschauer. Man denke nur an die Gewaltdarstellungen im Fernsehen. Sie werden von verschiedenen Autoren für eine der Ursachen von zunehmendem Gewaltverhalten in der Gesellschaft angesehen. (vgl. Miller 1976, S.35).

Bei Zuschauern, die regelmäßig Fernsehserien aus dem Ärzte- und Krankenhausbereich verfolgen, wurde festgestellt, daß sie der Ärzteschaft mehr vertrauen als Zuschauer, die diese Serien nur unregelmäßig sehen. Kinder, die Werbespots über Aspirin verfolgten, verknüpften mit diesem Medikament die Vorstellung,

„that Asperin ist something, they should take to have a good time“ (Marshall 1977, S.391).

Wenn der Fernsehjournalist Mohl eine bestimmte Krankheit in seinen Sendungen darstellt, drängen Patienten am folgenden Tag zum Sprechzimmer der Ärzte, weil sie glauben, diese Krankheit zu haben. Weil meistens diese Selbstinterpretation oder die eingebildeten Symptome der ärztlichen Diagnose nicht standhalten, nennen die Ärzte die Reaktion beim Zuschauer „Morbus Mohl“. (vgl. Thumshirn 1983, S.101f).

Wie Soziologen behaupten, kann das Medium Fernsehen das Verhalten der Menschen ändern, die Freizeit umstrukturieren, das Wissen vergrößern, Meinungen und Einstellungen verändern und verbessern, Einfluß auf den emotionalen Bereich und auf die psychische Tiefensphäre haben und in die Gesellschaft insgesamt hineinwirken. Das Hans-Bredow-Institut für Rundfunk und Fernsehen an der Universität Hamburg hat eine Untersuchung über Fernsehen im Leben der Erwachsenen durchgeführt und festgestellt, daß kein anderes Medium wie das Fernsehen von so vielen Hörern oder Lesern oder Zuschauern verfolgt wird. Tatsächlich erreichen bei uns die erfolgreichsten Sendungen über 20 Millionen Zuschauer. Millionen, die durch Nachrichten, Berichte, Kommentare, Reportagen, Filme, Dokumentationen und Diskussionen (auch gesundheitlich) aufgeklärt, beraten und beeinflusst werden können. (vgl. Mohl 1970, S.132).

Medizinische Informationen, Neuigkeiten und Errungenschaften können Menschen verunsichern, sie können Ängste und Hypochondrie vergrößern. Das bedeutet für die Gesundheitserziehung, daß es nicht reicht, einfach zu sagen, was man tun soll und was nicht, was gut ist und was schädlich, sondern warum das so ist. Ohne das ist, im wahrsten Sinne des Wortes, kein Verständnis der Bevölkerung zu erreichen. (vgl. Linke 1989, S.72).

Gesundheitserziehung kann nicht nur heißen, die Bevölkerung dazu zu erziehen, sich gesund zu ernähren, sich mehr zu bewegen, zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen, sondern sie sollte gleichzeitig auch die krankmachenden Faktoren nennen, die oft die Ursache für falsche Ernährung und anderes gesundheitsschädigendes Verhalten sind. (vgl. Linke 1989, S.75f).

Wenn eine ganzheitlich ausgerichtete Therapie auch noch schwer zu verwirklichen ist, so könnte sie etwa in Schulen, in den Medien und in den dafür gegründeten Institutionen Anwendung finden.

Eine Gesundheitserziehung also, die nicht nur körperlich Fitness anstrebt, sondern auch innere Harmonie, ist für mich der wichtigste Regulationsmechanismus unserer Vitalfunktionen.

3.7.3. Gesundheitserziehung im Internet

Mit Hilfe von verschiedenen Suchmaschinen können einerseits umfangreiche Angebote über Gesundheit in den Privatbereichen wie z.B. von Fitness bis zur exotischen Heilkunst im Internet herausgefunden werden. Andererseits gibt es auch andere öffentliche Einrichtungen wie Schulen, Universitäten oder Krankenkassen, deren Projekte über gesunde Ernährung, Prävention oder Vorbeugung dargestellt werden. Das heißt, die Gesundheitserziehung kann durch das Internet weltweit verbreitet werden.

So ein Forum zum Thema „Gesundheitserziehung“ wird im Internet angeboten, in denen verschiedene Wissenschaftler über Forschungsbericht und Forschungsprojekt vorgestellt werden, wie z.B. Krause von der Universität Göttingen (<http://nibis.ni.schule.de/haus/dez4/symposium>). Bei Interesse kann daher im Internet diskutiert werden.

Insbesondere fünf Qualitäten des Internet können didaktisch und pädagogisch gut genutzt werden: Der Zugriff auf ein breites und vielfältiges Informationsangebot, die Notwendigkeit zum kritischen Informationsmanagement, die Möglichkeit zu eigenen Publikationen sowie die Teilnahme an neuen sozialen Szenarien oder deren Initiierung und die Chance zum subjektiv bedeutungsvollen Handeln unter Realbedingungen. (vgl. Döring 1999, S.321).

„Chancen liegen in der sinnvollen Nutzung der Medien und Informationstechnologien für Information und Wissensaneignung, für Spiel und Unterhaltung, für die Weiterentwicklung von Wirtschaft und Kunst, Kultur und Kommunikation. Der erleichterte Zugriff auf weltweit verfügbare Informationen erlaubt das Kennenlernen unterschiedlicher und über den sozialen Nahraum hinausweisender Perspektiven.“ (Tulodziecki, Merz, 6/99, S.365).

3.7.3.1. Gründe für die Nutzung des Internet

Das Internet bietet Grundlagenwissen an, informiert über neue Trends und gibt Tips für die Anwendung. D.h., es enthält einen hohen Informationsanteil. Gleichzeitig fehlt aber auch nicht der Unterhaltungswert. Es läßt sich nicht eindimensional dem Informations- oder Unterhaltungssektor zuordnen, sondern erfüllt neben seinen Funktionen auch vielfältige Bedürfnisse ihrer Nutzer.

„Kaum ein Medium konnte in den letzten Jahren so viel Aufmerksamkeit auf sich ziehen wie die Onlinedienste und die als Daten-Highway apostrophierten Datennetze, allen voran das Internet. Diese Aufmerksamkeit erlangten die Onlineangebote nicht nur, weil sie ein zusätzliches, neues Medium neben den klassischen Medien Fernsehen, Hörfunk und Print darstellen, sondern weil mit der technischen Entwicklung der Onlineangebote gravierende gesellschaftliche Veränderungen verknüpft sind.“ (Van Eimeren, u.a. Media Perspektiven 10/97, S.548).

Vor allem vor dem Hintergrund des zunehmenden Bedarfs an orts- und zeitunabhängigen Lernmöglichkeiten bei vielen Erwachsenen, aber auch an offenen, flexiblen Lernzugängen bezüglich der Neuen Medien, sind neue Strategien bei der Gestaltung von Lernarrangements notwendig. Die Nutzung der spezifischen methodischen und didaktischen Potentiale der Neuen Medien spielt dabei eine entscheidende Rolle. (vgl. Stang, Medien Praktisch 4/99, S.23).

Bis jetzt zeigen vorliegende empirische Nutzenanalysen im Ergebnis eine Übertragung der drei bekannten massenmedialen Gratifikationsfaktoren auf den Kontext computervermittelter Kommunikation:

1. Information: Neuigkeiten, aktuelle Entwicklungen, Computerinformationen, besonders schneller und komfortabler Informationszugriff, neuester Stand der Technik, nützliche Informationen für Beruf und Ausbildung.

2. Unterhaltung: Netznutzung lenkt vom Stress ab, bietet Zeitvertreib und Abwechslung an, befriedigt Neugierde, entspannt und macht Spaß.
3. Soziale Interaktion/soziale Identität: Mitreden im Netz, „zuhören“ und argumentieren, persönliche Erfahrungen austauschen, soziale Kontakte anknüpfen und pflegen, mit Menschen aus aller Welt kommunizieren, sich Gruppen und Gemeinschaften anschließen. (vgl. Döring, 1999, 158).

3.7.3.2. Die Auswirkungen der Gesundheitsangebote

„In der spezifischen Angebotsstruktur passt sich das World Wide Web in nahezu idealer Weise der veränderten Mediennutzung der letzten Jahre an. Dabei schließt es sich an Entwicklungen an, die bereits die Fernsehentwicklung bestimmten. Mit thematisch spezialisierten Spartenprogrammen versuchte das Fernsehen, klar abgrenzbare Zielgruppen zu erreichen. Das WWW radikalisiert diese Entwicklung. Die zunehmende Zielgruppenorientierung der Fernsehprogrammplanung wird in der Fragmentarisierung der Angebotsstruktur in eine unübersehbare Anzahl thematisch spezialisierter Webseiten weiter fortgesetzt. An die Seite der Push-Struktur der klassischen Medienkommunikation, die ihre Angebote an anonyme Zuschauergruppen „absendet“, tritt die Pullkommunikation, mit der sich jeder Nutzer sein individuelles Netzmenue aus verschiedenen Webseiten zusammenstellt. Dabei kann jeder Nutzer auch zum Anbieter eigener Informationen werden. Das Lasswellsche Modell (Wer sagt was, warum, wie und mit welchem Effekt zu wem?) einer linearen Massenkommunikation weicht einer komplexen Struktur wechselseitiger Informationen“. (Bleicher, Merz 3/99, S.157).

Das Gesundheitsangebot wie z.B. Produktverkauf oder Kurse im Internet kann weltweit schnell propagiert werden. Für den Online-Kunden bedeutet die Internetpräsenz der Firma eine anonyme und einfache Kontakt- und Informationsaufnahme rund um Uhr. Die Kunden nutzen das Internet, um sich über Produkte und Einkaufsmöglichkeiten zu informieren und um die Produkte zu bestellen. Das Internet bietet zunehmend einen großen Wirtschaftsmarkt an und ist auch eine schnelle und vor allem preiswerte Alternative zur Plakat- oder Prospektwerbung, da mit weniger Aufwand mehr Menschen erreicht werden können. Sein Vorteil besteht darin,

„daß man durch das Internet die Möglichkeit (hat) ohne Nachteile zur finanzkräftigen Konkurrenz sich eine Position zu verschaffen“. (<http://www.uni-wuppertal.de/FB5-Hofa/Internetseminar/Werbung/vorteil.htm>).

Aber die Gefahr der massiven Angebote des Internet besteht darin, daß eine Kontrollmöglichkeit fehlt: Ohne Hinweise von Fachleuten kann durch die Einnahme von Gesundheitsprodukten die Gesundheit geschädigt werden.

„Viele kommerzielle Web-Anbieter, wie im Gesundheitsangebot, haben ihre Schlüsse aus dem Online-Verhalten der Nutzer gezogen und sind zu textorientierten Hyperlinks zurückgekehrt. Statt des Fragezeichens ist wieder das schöne Wort „Hilfe“ zu lesen, statt des konventionellen Briefumschlags steht dort wieder „Mail“ oder „Ihre Post an uns“. „Jemand, der nicht lesekundig ist, ist im World Wide Web verloren“, glaubt der Online-Journalist Martin Goldmann“. (Hooffacker, Merz 4/99, S.227).

Mehr als in anderen Medien kommt es hier darauf an, daß Texte rasch überflogen, Bilder und Symbole schnell erfasst und eingeordnet werden können.

„Im Online geht nichts ohne Sprachkompetenz und Abstraktionsfähigkeit. Internet-Einsteiger sind oftmals erschlagen von der Vielfalt der Angebote. Auswahl und Bewertung der Online-Angebote liegen beim Web-Surfer, der den klassischen Leser ablöst. Medienerfahrung aller Art ist dabei von Nutzen, Medienbildung dringend nötig“. (ebd.).

3.8. Zusammenfassung

„Gesundheit ist alles, ohne Gesundheit verliert man auch alles“. Das ist ein Sprichwort in Taiwan. Wer gesund ist, stahlt etwas Positives aus. Unterschiedliche Definitionen von Gesundheit werden von vielen bekannten Pädagogen, Soziologen, Psychologen, Philosophen und Politikern gegeben. Gesundheit gilt als Fähigkeit des Individuums, das eigene Potential zur Selbstverwirklichung sowie zur Bewältigung und Veränderung seiner Umwelt aktiv auszuleben. Sie ist eine Dimension des Alltagslebens und eines individuellen, sozialen und wirtschaftlich produktiven Lebens.

In den Industrieländern gibt es verschiedene Institutionen zur Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, gesundheitlichen Aufklärung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, mit deren Hilfe jeder Bürger vieles lernen und Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen austauschen kann. Die Gesundheitserziehung ist eine wichtige Aufgabe im Alltag. Die Lebensbedingungen der einzelnen zu verbessern und ihre Eigenverantwortlichkeit in bezug auf die Gesundheit zu wecken ist das generelle Ziel der Gesundheitserziehung. D.h. die Aufgabe der Gesundheitserziehung besteht darin, Menschen zu unterstützen, sich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bewusst zu werden und ihre Ursprünge und Grundlagen zu erkennen.

Durch die modernen Medien Fernsehen und Internet können vielseitige Informationen über Gesundheit schnell und direkt empfangen werden. Das Internet spielt besonders im Alltagsleben eine wesentliche Rolle. Es befasst sich auf verschiedenen Webseiten mit der Welt der Gesundheit in einer breit gefächerten Themenwelt. Wer Rat sucht bezüglich Gesundheit und Wohlbefinden - wie z.B. gesunde Ernährung, Fitnesstips und rezeptfreie Arzneimittel - wird sich aus dem reichhaltigen Angebot informieren lassen können.

Mit dem Chat kann man mit Menschen weltweit im Internet über gesundheitliche und persönliche Probleme kommunizieren, sogar mit dem Facharzt.

Die moderne Technik verändert unser tägliches Leben und erweitert unseren Weltblick. Nach dem Motto, jeder kann die Informationen bequem zu Hause empfangen.

4. Empirischer Teil

4.1. Forschungsstand zur Nutzung von Gesundheitserziehung im Internet

Eine Cybercitizen Health Studie aus Amerika zeigt: Mehr als 22 Millionen amerikanische Erwachsene nutzen das Internet für die Gesundheitsinformationen.

(<http://www.cyberdialogue.com/products/isg/cch/index.html>)

„There is rapidly growing demand for health and medical information in Europe, particularly within the medical profession itself and there has been a substantial increase in the number of consumers who perceive online health information as ‘useful’.“ (http://www.nua.ie/surveys/?f=VS&art_id=905354985&rel=true).

Eine HON-Studie (Health On the Net Foundation) hat eine Untersuchung von 3,276 Web-Nutzern im Jahr 1999 (Oktober-November) durchgeführt. 58% der befragten Personen sind Nordamerikaner, 28% davon kommen aus Europa, der Rest-14%-stammen aus Südamerika, Ozeanien, Asien, Afrika, Mittel-, Ost- und Zentral-Amerika. 46% der gesamten Beantworter sind berufstätig oder Studenten in der Gesundheitsfürsorge. Der Rest der befragten Nutzer ist nicht im medizinischen Bereich tätig. Das Ergebnis zeigt:

98% der beantwortenden Personen waren der Meinung, daß sie nützliche medizinische/gesundheitliche Informationen im Internet gefunden haben.

51% der antwortenden Personen sind Frauen. D.h., Frauen suchen gesundheitliche Informationen für ihre Kinder, Ehegatten und Freunde häufiger als Männer.

58% der gesamten Befragten meinen, daß sie mit den „care providers“ in Webseiten über die Arzneimittel diskutieren können. 75% der Nutzer aus Nordamerika stimmen zu und 44% der Europäer.

29% aller Patienten unter den Befragten meinen, daß sie das Internet nutzen, um Medikamente zu finden.

32% aller Befragten sind Patienten und geben an, daß sie eine Unterstützungsgruppe im Internet suchen.

32% aller Befragten erklären, daß sie schon den Online-Medizin-Beratungsdienst der angebotenen Webseiten benutzt haben.

21% sind Patienten, die mit „care Providers“ per eMail kommunizieren. Davon sind 26% Europäer und nur 19% Nordamerikaner.

In W3B (WWW-Benutzer-Analyse) wird behauptet:

„Die Gründe für die Nutzung des Internet sind so vielschichtig wie seine Nutzer. Es wird deutlich, daß sich beim Navigieren durch die Angebote des WWW berufliche und private Nutzungsziele nur schwer voneinander trennen lassen. Ein großer Teil der WWW-Benutzer setzt das neue Medium sowohl für private als auch für geschäftliche bzw. wissenschaftliche Zwecke ein“. (<http://w3b.de/ergebnisse/w3b5/nutzung.html>).

Es wurde eine Hitliste der Verwendungszwecke veröffentlicht, die zeigt, daß sich berufliche und private Nutzungsziele stark vermischen. Für die Nutzer ist das WWW Informationsquelle und Unterhaltungsmedium zugleich:

- 76,3% von ihnen wollen aktuelle Informationen/Nachrichten abrufen,
- 65,6% Software herunterladen,
- 65,5% sind neugierig oder wollen unterhalten werden,
- 62,8% suchen geschäftliche/berufliche/wissenschaftliche Recherchen,
- 60,4% wollen Produkt-Informationen abrufen,

- 56,1% möchten kommunizieren,
 - 47,4% suchen Informationen zur Aus- und Weiterbildung,
 - 10,4% möchten spielen,
 - 12,8% fallen unter Sonstiges“
- (<http://w3b.de/ergebnisse/w3b5/nutzung.html>).

Die Internetnutzer setzen das neue Medium in erster Linie zur Informationsbeschaffung ein (91,9% - Die Interessen der Internetanwender, Comcult Research 1998). Die Anwender erhalten ihre Informationen primär über das WWW des Internet, was auch dessen Boom in den letzten Jahren erklärt. Die Kommunikation im Internet, die in erster Linie mittels der e-Mail-Funktionalität, des elektronischen Austausches von Texten bzw. Daten, aber auch der Newsgroups, der IRC's im Internet und der Diskussionsforen auf WWW-Seiten realisiert wird, spielt ferner eine wesentliche Rolle für die Akzeptanz des neuen Mediums. (http://www.comcult.de/inforpool/in_nutz.htm).

Über die Hälfte der Anwender setzt das Internet aber auch zur Unterhaltung (59,1%) ein oder ruft es aus Neugier (53,3%) auf. Die Tendenz zur Unterhaltung im Internet nimmt weiterhin zu, wie ein Vergleich zur Internetstudie von ComCult Research im Jahr 1997 deutlich zeigt. Die Relevanz der Kommunikation im Internet hat dagegen im Vergleich zur Vorstudie unter den Anwendern abgenommen (Die Interessen der Internetanwender, ComCult Internetstudie 97, ComCult Research (1997-98). (ebd.).

Die private und berufliche Nutzung der Angebote im Netz lassen sich nur sehr schwer voneinander trennen. Das Internet ist zu einem relevanten Gebrauchsmedium im Berufsleben eines Drittels der Anwender geworden. Der gleiche Prozentsatz nutzt es dagegen fast ausschließlich zum privaten Gebrauch. Eine Überschneidung der beiden Einsatzmöglichkeiten des Internet ergeben sich für jeden vierten Anwender im Netz. (Internet User Survey 1997, Frauenhofer-Institut Karlsruhe - ISI, ARD/ZDF-Online-Studie 1998).

Während 50,2 Prozent der Anwender nahezu täglich aus privaten Interessen ins Internet gehen, nutzen 30,1 Prozent es nahezu täglich aus beruflichen Gründen sowie 9,7 Prozent für Schule oder Studium (Online-Panel von TNS Emnid und ComCult Research 1999).

	ARD/ZDF
Aus beruflichen Gründen, am Arbeitsplatz	36,0%
Zum privaten Gebrauch, zu Hause	41,0%
Beides gleich, sowohl als auch	23,0%

Quellen:ARD/ZDF-Oline-Studie 1998

In bezug auf Massenmedien (insbesondere das Internet) haben sich drei Nutzungskategorien herauskristallisiert:

1. Information: Man erfährt im Netz echte Neuigkeiten, aktuelle Entwicklungen, Computerinformationen; ein besonders schneller und komfortabler Informationszugriff ist möglich, man bleibt auf dem neuesten Stand der Technik, man findet nützliche Informationen für Beruf und Ausbildung.
2. Unterhaltung: Netznutzung lenkt vom Stress ab, bietet Zeitvertreib, Abwechslung, befriedigt Neugierde, entspannt, macht Spaß.
3. Soziale Interaktion/soziale Identität: Man kann im Netz mitreden, „zuhören“ und argumentieren lernen, persönliche Erfahrungen austauschen, soziale Kontakte anknüpfen und pflegen, mit Menschen aus aller Welt kommunizieren, sich Gruppen und Gemeinschaften anschließen. (Döring, 1999, S.157f).

Grüne & Urlings (1996, S.7ff) beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit den Motiven, die zur erstmaligen Kontaktaufnahme führten. Dabei identifizieren sie sechs Motive: Interesse an neuen Medienentwicklungen,

die freie und selbstbestimmte Navigation im Internet, die mediale Welteroberung per Internet, Werbung für und Hinweise auf das Internet in Print-, Hörfunk- und Bildschirmmedien, die Verbindung von persönlicher Unterhaltung mit beruflichem Nutzen (das Suchen nach verwertbaren Informationen, Homebanking usw.) und der Wunsch nach einer Alltags-Integration des Internet. (Bornmann, 1999, S.85).

„Das Geheimnis des Interneterfolges basiert auf der Dualität zwischen Kommunikation und Informationsrezeption, die eine mediale Besonderheit repräsentiert“. (<http://www.comcult.de/ccstudie/onvhalt.htm>).

4.2. Eigene empirische Untersuchungen

4.2.1. Ziel und Begründungen

In meiner Arbeit möchte ich den Prozess der Wissensvermittlung über Gesundheit in Fernsehen und Internet erforschen. Ich habe zwei Länder (Deutschland und Amerika) für meine Arbeit gewählt, da diese als fortschrittlich auf dem Sektor der Gesundheitsbildung gelten. Die amerikanischen Fernsehsendungen werden durch Satelliten und Kabel weltweit gesendet und für einheimische Bearbeitungen gut verkauft. Sie beherrschen den globalen Markt und beeinflussen das tägliche Leben von der Soapopera (z.B. Dallas), über das Kinderprogramm (Sesamstraße) bis hin zu Gesundheitsserien. Es spielt keine Rolle, ob man in Asien, in Afrika, in Europa, in Lateinamerika lebt, überall können die Sendungen jederzeit empfangen werden.

Seit 30 Jahren wird in Deutschland das „Gesundheitsmagazin“ im ZDF einmal im Monat ausgestrahlt. Das 45-minutige Programm beinhaltet vielseitige Themen: von den Ursachen der Krankheit bis hin zur Prävention. Es ist wichtig, daß die Sender den Zuschauern Gesundheitsprogramme anbieten und zeigen, wie sie mit der Krankheit umgehen sollen.

Das Fernsehen ist ein häufig benutztes Medium, umfangreiche und vielfältige Informationen werden täglich ausgestrahlt. Seit einigen Jahren ist auch das Internet auf dem Wege, ein Massenmedium zu werden. Informationen werden vom Fernsehen direkt ins Internet verlagert. Das sind nicht nur Informationen zu den Sendungen, sondern verschiedene andere Institutionen bieten unterschiedliche Wissensgebiete im Internet an.

Die Fernsehsender der beiden Länder (Deutschland und Amerika) ergänzen ihre Programme direkt im Internet .

„1998 waren 68% der 240 Radio- und Fernsehsender in Deutschland im Internet präsent. Für 1999 planen dies weitere 23%. Damit wären 91% aller Rundfunkanbieter im Internet. Für das Jahr 2000 ist davon auszugehen, daß vermutlich fast alle Rundfunk- und Fernsehsender in Deutschland auch im Internet vertreten sind. Ziel der Sender ist es, mit dem Internet einen zusätzlichen Verbreitungskanal für sich zu erschließen (74%) und bestehende (63%) sowie neue (50%) Publika darüber zu binden“. (www.rundfunkonline.de).

Die Informationen im Netz werden typischerweise in Form von Ergebnissen präsentiert, aber nicht als Anleitungen und mit der Geschichte ihrer Entstehung. Es ist oft für den Nutzer nicht nachvollziehbar, wie die Informationen zustande gekommen sind, und nur selten wird klar, wer der Autor ist, welche Interessen er hat und ob die Informationen konkret sind. D.h., auf die Informationen wird weltweit schnell reagiert, aber Authentizität und Integrität des Wissens können nicht über Jahrzehnte permanent gewährleistet werden wie z.T. bei Büchern. Die Informationen können auch nicht in einer einheitlichen Form gespeichert werden. Deshalb möchte ich mit meiner Untersuchung folgende Fragen beantworten

4.2.2. Forschungsfragen

1. Wie wird Gesundheitswissen im Fernsehen vermittelt und welche Themen werden in den Sendungen behandelt?
2. Wie übernimmt das Internet die Rolle des Fernsehens? Oder wie ergänzt es möglicherweise diese Rolle? Wie verlagert sich Wissen über Gesundheit von der „nonformellen Bildung“ zur „informellen Bildung“?
3. Wie wird die Qualität des Gesundheitswissens im Internet bewertet?
4. Mit welcher Zielsetzung kommunizieren die Internetnutzer in Newsgroups oder in Diskussionsforen?
5. Wie schnell wird Wissen im Internet anwachsen, welche Institutionen bieten Wissen an, und welche Vorteile und Nachteile hat die Wissensvermittlung im Internet?

4.2.3. Erwartungen/Hypothese

Es wurden vier Fernsehsendungen (TM3, ZDF, SCETV und Recovery Network) beobachtet und ihre Didaktik in bezug auf „gesundes Leben in Norm“ hinterfragt oder ob sie sich nur mit der Krankheit beschäftigen.

Am Beispiel der Gesundheitssendungen und -programme soll in der vorliegenden Untersuchung geklärt werden, inwieweit ein neues Bildungsverständnis angenommen werden kann. Wird durch mehr Medienintegration tatsächlich auch mehr Selbständigkeit auf dem Feld der Wissens- oder Bildungsaneignung erreicht (besser, schneller und leichter)?

Wie eingangs erwähnt, rückt die Beschäftigung mit Gesundheit ins kollektive Interesse. Gerade hier haben Produzenten von

Gesundheitssendungen und Websites eine große Anhängerschaft. Die Erwartungen der Verbraucher an diese Medien gehen von einfacher Aufklärung bis hin zu speziellen Hilfestellungen.

Der Ruf nach mehr Integration von Internetprogrammen und Fernsehsendungen in die Bildungseinrichtungen, die Frage nach der Mediendidaktik und die Sorge um die Kontrolle der Inhalte von Sendungen und Programmen führen nicht nur zu heftigen Diskussionen in Fachkreisen und der Bevölkerung (vgl. Stern, Nr.26), sondern werfen ganz allgemein auch die Frage nach unserer Bildungsqualität auf.

Gerade deshalb ist es wichtig, von pädagogischer Seite zu überprüfen, ob diese Medienintegration tatsächlich die erwartete Aufgabe erfüllt bzw. überhaupt erfüllen kann.

Das medienpädagogische Projekt am Ev. Stiftsgymnasium Gütersloh ist ein Beispiel.

„Die Bertelsmann Stiftung fördert Medien-Projekte im Bildungsbereich in Deutschland und in den Vereinigten Staaten, schafft internationale Diskussionsforen und ergreift und unterstützt bildungspolitische Initiativen. Alle Aktivitäten verfolgen das Ziel, eine alle Medien umfassende Erziehung zur Medienkompetenz zum festen Bestandteil von Unterricht zu machen.“
(<http://www.ev-stift-gymn.guetersloh.de/medienprojekt/medien.html>).

Bei aller Euphorie muß aber erst einmal geklärt werden, was diese Medien leisten können.

Mit der Frage, welche Art der Wissenbildung die jeweiligen Medienarten bieten, soll geklärt werden, was durch sie erreicht werden kann.

„Ein Ergebnis zeigt ein Kölner Forscher in der Studie „Szenario 2000“, daß schon in fünf Jahren mindestens die Hälfte aller Studenten an Online-

Hochschulen lernen wird. Und das Online-Studium wird immer durch Präsenz- und Praxisphasen ergänzt werden“. (Sellmair, Stern, 2000, Nr. 26, S.98).

„Die Online-Studiengänge sind die Basis für die Internationalisierung und Kommerzialisierung von Bildung“. (Sellmair zit. nach Leidhold, Stern, 2000, Nr. 26, S.98).

Regen Medien beispielsweise zu mehr Selbständigkeit an? Wichtig ist neben anderen Fragen vor allem die nach der Qualität des angebotenen Stoffes und der didaktischen Absicht, da ja Manipulationen nicht auszuschließen sind.

Die Fragen dieser Untersuchung richten sich daher (4.3, 4.4, 4.5.) sowohl

- an die Produzenten von Medienprogrammen in bezug auf deren Absichten und Ziele,
- an Fachleute, die ein Urteil über die Programme abgeben sollen, als auch
- an die User und deren Erwartungen,

um entscheiden zu können, ob sich Absichten und Erwartungen decken und ob der Qualitätsanspruch an die Sendungen/Websites gewährleistet werden kann.

Erst dann kann diskutiert werden, wie sich Bildungs-/Wissensaneignung durch Medienintegration verändert.

Die einzelnen Medienformen werden im folgenden erörtert, um dann einige typische Gesundheitsthemen auf den Prüfstand ihrer Medienkonfiguration zu stellen.

4.2.4. Methode der Datenerhebung

In der empirischen Untersuchung wurden vier unterschiedliche Methoden eingesetzt:

1. Befragung von Fernsehproduzenten mit dem Ziel, Produktionsbedingungen und Konzepte ihrer Gesundheitssendungen im Vergleich zwischen Deutschland und Amerika zu erfassen,
2. Einschätzung ausgewählter Websites durch Fachärzte,
3. Befragung von Internet-Nutzern zu Websites,
4. Beobachtung des Wissenszuwachses im Internet.

4.3. Darstellung der Produzentenbefragung - TV

Hier soll erforscht werden, ob und wie Fernsehsendungen neben Schule und Universität unterschiedliche Funktionen der Wissensvermittlung über Gesundheit und Krankheit haben.

Dazu wurde ein Fragebogen (F1:Produzentenbefragung) entwickelt - siehe Anhang -, der ermitteln soll:

- welche Zielgruppen angesprochen werden sollen (Sendezeiten),
- welche Zielsetzungen gegeben sind (Gattung),
- mit welchen Themen sie sich befassen;
- weiterhin wird nach der Gestaltung und der fachmännischen Beratung einer Sendung gefragt.

4.3.1. Befunde der Produzentenbefragung - TV

Von den 12 Produzentenbefragungen wurden 5 aus den USA beantwortet, wovon 2 für diese Untersuchung ausgewählt wurden. In

Deutschland wurden 7 Fernsehsendungen befragt, die von 3 beantwortet wurden, wieder wurden 2 für diese Untersuchung ausgewählt.

Es gibt kein Angebot an Gesundheitsprogrammen bei den deutschen Privatsendern außer bei TM3. Die staatlichen Sender ARD und ZDF beschäftigen sich schon seit langer Zeit mit Gesundheitsprogrammen. Deshalb wurden TM3 und ZDF als Untersuchungsfelder gewählt. Die Titel der Sendungen heißen: „Leben & Wohnen“; bzw. „Gesundheitsmagazin“; Die Inhalte beziehen sich hauptsächlich auf Zivilisationskrankheiten und Behandlungsvorschläge; dies zeigt die folgende Zusammenstellung von Themen aus dem Beobachtungszeitraum Oktober 1999 - Dezember 1999:

- Seelische Erkrankungen wie Depression, Panik, Streß
- Allergie, Asthma, Rheuma
- Magen-, Darmerkrankungen
- Schlechte Gewohnheiten wie Drogen, Alkohol, Rauchen
- Plastische Chirurgie
- Alternative Medizin
- Ernährung, Eßgewohnheiten
- Eßstörungen
- Fitness
- Bluthochdruck
- Herz-Krankheiten wie Herzinfarkt
- Ohrenkrankheiten
- Frauenkrankheiten
- Männerkrankheiten
- Gerontologie
- Kinderkrankheiten
- Krebs
- AIDS
- Chronische Krankheiten wie Diabetes, Schmerzen
- Orthopädische Erkrankungen
- Nieren- und Lebererkrankungen wie Hepatits A, B, C
- Lungenkrankheiten wie Lungenentzündung
- Blasenerkrankungen

Bei den amerikanischen Sendern -

- American's Health Network (AHN) & GEMS Television
- ABC News
- MDA TV
- Discovery Health Channel

- CNN
- Recovery Network
- ETV Satellit
- The Academic Health Center Television Network
- CCTV
- Knowlegde TV
- UT Television
- SCETV (South Carolina Educational TV) -

werden Gesundheitssendungen täglich oder mindestens einmal bis mehrmals pro Woche ausgestrahlt, die durch Kabel oder Satellit in Amerika und weltweit empfangen werden können. Am Ende wurden „Recovery Network“ und „South Carolina ETV“ mit den Sendungen „Full Circle“ und „Health Communications Network“ für die Untersuchung ausgewählt, da nur von diesen beiden Sendern der eingeschickte Fragebogen zurückgesandt wurde.

Die Themen beinhalteten (Beobachtungszeitraum Oktober - Dezember 1999):

- Men Health
- Women Health
- Seniors' Health
- Kids' Health
- Mental Health
- Alternative Medicine
- Nutrition Guide
- Fitness
- Weight
- Chronic Disease: Allergies & Asthma
- Arthritis
- Back Pain
- Blood
- Bone, Joint & Muscle
- Cancer
- Diabetes
- Eye
- Head and Brain: Epilepsy, Headache
- Heart
- HIV/AIDS
- Healthy Living
- Parenting
- Mental Health: Depression, Emotions, Autism, Stress
- Sex and Health

- Mind
- Spirit
- Environment
- Risks
- Alcohol
- Tobacco
- Drug of Abuse
- Behavioral Problem
- Eating Disorder

Insgesamt wurden den Sendern 21 Fragen gestellt. Diese sind bezogen auf die Grundfragen wie z.B.: Wann, wo und wie oft kann das Gesundheitsprogramm empfangen werden? Welches Konzept und welche Zielsetzung hat die Sendung?

1. Wo produzieren Sie Ihre Gesundheitssendung?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Inland	x	x	x	x	4
Ausland		x			1

Ergebnis 1: TM3, Recovery und SCETV produzieren ihre Gesundheitssendung nur im Inland. Beim ZDF wird - je nach Thema - teilweise auch im Ausland produziert.

2. Wann wird die Gesundheitssendung gesendet?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Mo.	x (Wdh)	x (1x im Monat; Wdh)	x	x	4
Di.	x „		x	x	3
Mi.	x „	x (1x im Monat)	x	x	4
Do.	x „		x	x	3
Fr.	x „	x (1x im Monat; Wdh)	x	x	4
Sa.	x		x	x	3
So.	x		x	x	3

Ergebnis 2: Die Gesundheitssendung bei TM3, Recovery und SECTV kann täglich empfangen werden. Sie wird von montags bis freitags bei TM3 nur wiederholt. Beim ZDF wird das Gesundheitsprogramm nur einmal im Monat mittwochs gesendet, montags und freitags ist Wiederholung.

3. Zu welcher Tageszeit wird das Programm empfangen?

	TM3	ZDF	Recovery	SECTV	Σ
Morgens	x		x	X	3
Mittags					0
Nachmittags	x				1
Abends		X	x		2

Ergebnis 3: Das Gesundheitsprogramm des ZDF kann nur abends empfangen werden, alle anderen Programme morgens, TM3 sendet auch nachmittags und Recovery auch abends.

4. Wie lange dauert Ihre Sendung?

	TM3	ZDF	Recovery	SECTV	Σ
1 /2 Stunde			x	x	2
3/4 Stunde		X	x		2
1 Stunde	x Werktags 2x				1
1 1/2 Stunden					0
2 Stunden	x Wochenende				1

Ergebnis 4: Die Gesundheitssendung dauert bei SECTV nur eine halbe Stunde, hingegen 45 Minuten im ZDF. Recovery sendet 30 oder 45 Min. lang. Die Sendung bei TM3 dauert zwei Stunden am Wochenende, die wiederholte Sendung ist nur eine Stunde werktags (zweimal) zu empfangen.

5. Wie oft wird Ihre Sendung ausgestrahlt?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Täglich	x		x	x	3
einmal i.d.Wo.					0
zweimal i.d.Wo.					0
mehr i.d.Wo.					0
Monatlich		x			1

Ergebnis 5: Die Gesundheitssendung wird täglich bei TM3, Recovery und SECTV ausgestrahlt, beim ZDF wird monatlich produziert.

6. Welche Zielgruppe möchten Sie ansprechen?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Kinder			x		1
Jugendliche		x	x		2
Erwachsene	x	x	x	x	4

Ergebnis 6: Als Zielgruppe werden bei allen Sendern Erwachsene angenommen, bei ZDF und Recovery werden auch Jugendliche angesprochen. Zusätzlich werden Kinder bei Recovery berücksichtigt.

7. Welche Zielsetzung liegt Ihrem Konzept zugrunde?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Informationen zu vermitteln	x	x	x	x	4
Förderung d. Gesundheits-Erziehung	x	x	x	x	4
Unterhaltung	x		x		2
Personen zu ermutigen	x	x	x		3
Prävention	x	x	x	x	4
Sucht vorzubeugen		x	x	x	3
Krankheit zu vermeiden	x	x	x		3
Körperliche Fitness	x	x	x		3
Physisches Wohlbefinden	x	x	x	x	4

Ergebnis 7: Das Konzept zielt bei TM3, ZDF und Recovery auf Informationsvermittlung bis zum physischen Wohlbefinden. „Unterhaltung“ wird bei ZDF und SCETV nicht angestrebt. „Ermutigung der Personen“, „Krankheitsvermeidung“ und „körperliche Fitness“ stehen nicht im Konzept von SECTV.

8. Mit welchen Themen befassen Sie sich Ihre Sendungen?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Allg.Information üb. Gesundheit	x	x	X	x	4
Behandlung	x	x	X	x	4
Alternative Medizin	x	x	X	x	4
Fitness	x	x	X		3
Ernährung	x	x	X		3
Chirurgie		x	X	x	3
spirituelle Heilung		x	X		2
Kräuter	x	x	X		3

Ergebnis 8: Mit Themen von „allgemeinen Gesundheitsinformationen“ bis zu „Kräutern“ befassen sich TM3, ZDF und Recovery. Themen über „spirituelle Heilung“ fehlen bei TM3 und SECTV, Themen wie „Fitness“, „Ernährung“ und „Kräuter“ bei SECTV.

9. Zur welcher Gattung gehört Ihre Sendung?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Talkshow			x		1
Serien				x	1
Magazine	x	x	x		3
Feature			x		1

Ergebnis 9: TM3 und ZDF produzieren ihre Gesundheitssendungen als „Magazinshow“. Die Gesundheitssendung bei SCETV gehört zur Kategorie „Serien“, die bei Recovery wird als „Talkshow“, „Magazinshow“ und „Feature“ angesehen.

10. Stützt sich die Vorbereitung für Ihre Sendung auf die Vorschläge von professionellen Beratern?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja	x	x	x	x	4
Nein					0

Ergebnis 10 ist bei allen Sendern gleich. Experten stellen gemeinsam mit den Moderatoren das jeweilige Thema vor und bereiten es mit vor.

11. Können die Zuschauer ihre Erfahrungen in die Sendung einbringen (z.B. von Erfahrungen berichten)?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja		X			1
Nein	x		x	x	3

Ergebnis 11: Die Zuschauer können ihre Erfahrungen nicht in die Sendungen einbringen, außer beim ZDF. Recovery bietet einen Zuschauer-Service im Internet an, in dem von Erfahrungen berichtet werden kann oder Fragen gestellt werden können.

12. Nehmen Sie Anregungen von Zuschauern zur Gestaltung Ihrer Sendung auf?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja	x	x	x		3
Nein				x	1

Ergebnis 12 ergibt, daß Wünsche und Anregungen von TM3, ZDF und Recovery bei der Themenwahl berücksichtigt werden. Im SECTV gibt es kein solches Angebot.

13. Kommen professionelle Personen wie Ärzte oder Professoren als Berater in Ihrer Sendung zu Wort?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja	x	x	x	x	4
Nein					0

Ergebnis 13: Experten können in allen Sendern gemeinsam mit den Moderatoren das Thema vorbereiten.

14. Bieten Sie Folgebetreuung für die Zuschauer an, die in einer unglücklichen Situation stehen (z.B. Spendenaktionen)?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja					0
Nein	x	x	X	x	4

Ergebnis 14: Kein Sender bietet einen Service mit Spendenaktionen für die Zuschauer an.

15. Bieten Sie Begleitmaterial für Ihre Sendungen an?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja	x	x	x	x	4
Nein					0

Ergebnis 15: Alle vier Sender haben einen Service für Informationsangebote in Form von Adressenlisten, Broschüren, Telefon-Hotlines oder Internet-Webseiten.

16. Liegen Ihnen Untersuchungen vor über die Wirkung Ihrer Sendung auf den Zuschauer?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja	x	x	x		3
Nein				x	1

Ergebnis 16: Die GfK (Gesellschaft für Konsumforschung) mißt Einschaltquoten für TM3. Das ZDF wird einerseits durch Einschaltquoten untersucht, andererseits werden vereinzelt Zuschaueranalysen durchgeführt. Recovery bekommt meistens das Feedback durch eMail. SECTV hat keine solche Untersuchung.

17. Bieten Sie begleitende Kampagnen, Aktionen an (Broschüren, Bücher gegen Rauchen, Drogen, Alkohol, AIDS...)?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja		x	X	x	3
Nein	x				1

Ergebnis 17: TM3 bietet keine begleitenden Kampagnen oder Aktionen an, es weist auf weiterführende Literatur hin. Die anderen drei Sender haben diesen Service.

18. Arbeiten Sie mit anderen örtlichen Institutionen zusammen?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja		x	X	x	3
Nein	x				1

Ergebnis 18: Außer TM3 arbeiten ZDF, Recovery und SCETV mit anderen örtlichen Institutionen wie z.B. Selbsthilfegruppen, Verbänden, Organisationen, Apotheken und der Bundesärztekammer zusammen.

19. Arbeiten Sie mit übergeordneten (internationalen) Organisationen zusammen?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja		x			1
Nein	x		x	x	3

Ergebnis 19: Außer ZDF arbeiten TM3, Recovery und SECTV nicht mit übergeordneten (internationalen) Organisationen zusammen.

20. Geben Sie dem Zuschauer Hinweise auf weiterführende Literatur?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Ja, Bücher	x	x			2
Ja, Magazine					0
Ja, beim Surfen im Internet			x	x	2
Nein, keine					0

Ergebnis 20: TM3 und ZDF bieten dem Zuschauer weiterführende Literatur nach der Sendung an. Recovery und SECTV haben einen Service „Surfen im Internet“ für die Zuschauer.

21. Welche Art von Literatur oder Informationsmaterial bevorzugen Sie zur Vorbereitung der Sendung?

	TM3	ZDF	Recovery	SCETV	Σ
Bücher	x	x	-		2
Magazine		x	-		1
Surfen im Internet		x	-	x	2

Ergebnis 21: TM3 benutzt Bücher als Ergänzungsmaterial für die Sendung; das ZDF verbessert die Inhalte der Sendung mit Büchern, Magazinen und dem Internet. Recovery macht keine Angaben, SCETV sucht Material im Internet.

4.3.2. Interpretation der Befunde

Es ist ein wesentlicher Unterschied zwischen amerikanischen und deutschen Sendungen festzustellen: Während amerikanische Sender über den ganzen Tag hinweg Gesundheitsprogramme anbieten, strahlen hingegen deutsche Sender ihre Programme entweder morgens oder abends aus.

Wie sich in der Untersuchung zu Gesundheitssendungen zeigt, verhalten sich deutsche und auch amerikanische Sender, was das Produktionsgebiet angeht, zentriert, d.h. sie beschränken sich auf ihr Land. Es ist davon auszugehen, daß das Themenangebot in Abhängigkeit vom Informationsstand eines bestimmten Publikums über einzelne Gesundheitsrisiken und Heilmethoden gestaltet wird und eine erhebliche Rolle spielt für die Überlegungen zur Herstellung einer Sendung

Auch der damit verbundene pädagogisch-didaktische Anspruch richtet sich daher zunächst an ein spezifisches Publikum, was sich z.B. nicht nur in den Sendezeiten ausdrückt.

Problematisch ist allerdings die Tatsache, daß amerikanische Gesundheitssendungen inzwischen via Satellit weltweit verkauft werden und von einem Publikum konsumiert werden, für das die Sendung ursprünglich nicht hergestellt wurde.

Daraus können sich, z.B. was das Ernährungsverhalten angeht, besondere Probleme ergeben. Ein taiwanesischer Zuschauer z.B. wird vermutlich ein anderes Ernährungsverhalten haben als ein US-Bürger und daher möglicherweise andere Konsequenzen aus den Gesundheitssendungen ziehen als jener. Ebenso unterscheiden sich in den verschiedenen Ländern der Informationsstand und die Möglichkeiten, sich angeratenen Behandlungen zu unterziehen. Ein Beispiel soll zeigen, wie sehr Gesundheitserziehung von der Lebens- und Weltanschauung abhängt. Im Gegensatz zur propagierten „westlichen“ Gerätemedizin versteht die asiatische Heilkunde den Geist nicht als ein vom Körper getrenntes

Phänomen, sondern als ein den Körper durchdringendes Prinzip mit der Fähigkeit, in einem gesunden Gleichgewicht mit der inneren und äußeren Natur zu agieren.

Wir leben in einer Welt, die durch ein universales Kommunikationssystem vernetzt ist und zum globalen Dorf schrumpft. Dadurch haben wir viele Möglichkeiten, neue Konzepte der Gesundheitserziehung in Erfahrung zu bringen, die einander ergänzen und unterstützen können, die wir aber auch kritisch hinterfragen müssen und gegebenenfalls der jeweiligen spezifischen Situation anpassen müssen.

Nach eigenen Einschätzungen betonen alle vier der befragten Sender die Bereiche „gezielte Prävention“ und „Kranksein“, wohingegen trotz der Selbstbezeichnung (Gesundheitssendung) kaum Wissen über „Gesundes Leben in Norm“ vermittelt wird.

Es gehört seit Beginn der Gesundheitsmagazine im Fernsehen zum Stil dieser Art von Sendungen, die auf eine wissensvermittelnde und ratgebende Funktion setzen, daß zum jeweiligen Schwerpunktthema ein Spezialist eingeladen wird. Darüberhinaus werden Betroffene gebeten, ihre Sichtweise und ihre Bewältigungsstrategien darzulegen. Durch die Sendung führt im allgemeinen ein Journalist, der am Ende der Sendung auf Adressen von Selbsthilfegruppen verweist. Alternativ dazu kennen wir Sendungen, in denen Erkenntnisse von einem Arzt als Moderator präsentiert werden. Nicht selten wird dem Zuschauer der „Blick hinter den medizinischen Vorhang“ gestattet, z.B. durch Übertragung von Operationen oder Einblick in Labors. Zu den verschiedenen Themen in jeweils einer Sendung werden dann zumeist namhafte Mediziner befragt.

In den meisten Fällen wird über medizinische Sachverhalte informiert, die sich zunächst am Kranksein orientieren und erst in zweiter Linie auf Maßnahmen zur Gesundwerdung und -erhaltung abzielen.

4.4. Darstellung der Facharzt-/Expertenbefragung - Internet

Es wurden 364 eMails an deutsche und 100 eMails an amerikanische Ärzte geschickt, wobei nur 8 eMails von deutschen Ärzten zurückkamen. Aus Amerika kam keine Antwort. Amerikanische Ärzte bieten ihre private eMail-Adresse überhaupt nicht im Internet an. Sie sind lediglich unter den eMail-Adressen von Krankenhäusern, Kliniken oder anderen Organisationen zu erreichen. (z.B. www.health.com, www.medhelp.org...).

Darunter befindet sich ein Service „Ask for experts“. Diesem Service wurde der Fragebogen übermittelt mit der Bitte um Beantwortung der Fragen durch Experten. Der Service wies darauf hin, daß wegen Überlastung der Experten eine vollständige Beantwortung der Fragen ausgeschlossen sei.

Darüberhinaus bieten einzelne amerikanische Ärzte Internet-Sprechstunden nur gegen Bezahlung an. Deshalb entschied ich mich, daß 7 Fachärzte in Göttingen den Fragebogen zusätzlich erhalten sollten, so daß ich insgesamt die Antworten von 15 Ärzten untersuchen konnte.

Der Fragebogen (F2: Fachärztebefragung) erhält 7 Fragen - siehe Anhang - und an Fachärzte versandt, die um eine Beurteilung ausgewählter Webseiten zu Gesundheitsfragen (Thema: Bluthochdruck) gebeten wurden. Die Begriffe „Orientierungswissen“, „Erklärungswissen“, „Handlungswissen“ und „Quellenwissen“ wurden in einer Fußnote im Anhang erklärt.

Die Webseiten beziehen sich auf Forschungsgebiete von Firmen, Massenmedien, Privatmenschen und öffentlichem Dienst. Die Informationen stammen nicht nur von einem bestimmten Anbieter.

Die Fragen und die möglichen Antworten lauteten:

Wie beurteilen Sie jeweils diese Webseite?

- a) Sie vermittelt medizinisches Orientierungswissen.
- b) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen.

- c) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen.
- d) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen.
- e) Sind die Informationen für Laien verständlich?
- f) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?
- g) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

Die Webseiten sind:

1. <http://www.med1.de/34180>
2. http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalte/000124_1.html
3. http://www.diabetiker-hannover.de/diab_hannover/blutdruck.htm
4. <http://www.medizin-netz.de/icenter/hyperton.htm>
5. <http://www.stada.de>

4.4.1. Schematische Darstellung der Befunde

Zum 1. Webportal

<http://www.med1.de/34180>

Dieses Portal stammt von der Pharmafirma Schwarz und stellt eigene und über Hyperlink erhaltene Informationen zu folgenden Webseiten dar:

7 Menüs für unterschiedliche Nutzergruppen

- a) Forschungsergebnisse
- b) Verweis auf Internet Service für Ärzte und Patienten
- c) Firmeninformationen
- d) Marketing Informationen zu innovativer Therapie
- e) Produktinformation
- f) Call-center
- g) Kongreßinformation

Dazu kommen Patienteninformationen zum Thema Bluthochdruck, ausführliche Beschreibung zum Blutdruck und Insuffizienz-Erscheinungen mit Hinweisen auf Forschungsergebnisse und Medikation.

Die folgenden Tabellen zeigen die Einschätzung der 15 Fachexperten.

a.) Die Webseite vermittelt medizinisches Orientierungswissen.

b:) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen.

c:) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen.

d:) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen.

e:) Sind die Informationen für Laien verständlich?

f:) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?

g:) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

Zum 2. Webportal

http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalte/000124_1.html

Dieses Portal stammt aus einer Fernsehsendung und zeigt eigene und über Hyperlink erhaltene Informationen zum Risiko Bluthochdruck.

Der WDR weist darauf hin, daß er nicht die Verantwortung für diese externe Webseite übernimmt. Weitere Inhalte sind:

- a) Autorennennung
- b) Behandlung des Themas in Frage und Antwort

Dazu kommen Hinweise auf

Ärzte, Institute, Kliniken und Interessengruppen mit Adressen, Telefonnummern, e-Mail-Adresse und Sprechzeitenverzeichnis, Literaturverzeichnis mit Preisangaben und Hinweise auf weiterführende Sendungen

Die folgenden Tabellen stellen die Einschätzung der 15 Fachärzte dar.

a:) Die Webseite vermittelt medizinisches Orientierungswissen.

b.) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen.

c.) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen.

d.) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen.

e:) Sind die Informationen für Laien verständlich?

f:) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?

g:) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

Zum 3. Webportal

http://www.diabetiker-hannover.de/diab_hannover/blutdruck.htm

Dieses Portal wird von einer Selbsthilfegruppe (Privatmenschen) angeboten. Es enthält übersichtliche Menüs zu Themen um den „Risikofaktor Bluthochdruck“ durch die Selbsthilfegruppe, richtet sich mit seinen ausführlichen Informationen an Laien, enthält Erklärungen zu den Themen:

- a) Blutdruck
- b) Bluthochdruck
- c) Behandlung des Blutdrucks
- d) Verringerung des Blutdrucks vermindert Folgeschädenrisiko
- e) Patienteninformationen Downloads.

Ferner geht es um grundsätzliche Fragestellungen, auf die eine Antwort gegeben wird, ergänzende Tabellen zu Blutdruck und Medikation und Autoren- und Copyrightnennungen.

Die folgenden Tabellen stellen die Einschätzung von 15 Fachexperten dar.

a.) Die Webseite vermittelt medizinisches Orientierungswissen.

b.) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen.

c.) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen.

d.) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen.

e.) Sind die Informationen für Laien verständlich?

f.) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?

g:) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

Zum 4. Webportal

<http://www.medizin-netz.de/icenter/hyperton.htm>

Dieses Portal stammt vom öffentlichen Dienst und bietet reichhaltige Informationen über Bluthochdruck an:

Artikel zu Bluthochdruck ohne Autorennennung,

lehrbuchartige Behandlung der Themen:

- Etymologische Ableitung
- Krankheitsbilddarstellung
- Diagnose und Verlauf der Krankheit, Therapie, Ätiologie und Prophylaxe
- Schematische Darstellung der Blutdruckmessung
- Karge Information zu eigener Institution

Die folgenden Tabellen zeigen die Einschätzung von 15 Fachexperten.

a.) Die Webseite vermittelt medizinisches Orientierungswissen.

b.) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen.

c.) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen.

d:) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen.

e:) Sind die Informationen für Laien verständlich?

f:) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?

g:) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

Zum 5. Webportal

<http://www.stada.de>

Dieses Portal wird von der Arzneimittel AG angeboten und stellt eigene und über Hyperlink erhaltene Informationen zu folgenden Webseiten dar:

(es spricht unterschiedliche Nutzergruppen an, für die jeweils ein Menue zur Verfügung steht.)

- a) Firmeninformation und Stellenangebote
- b) Service für Investoren
- c) Pressemeldungen

- d) Informationen zu monatlich wechselnden Themen für Allgemeinverbraucher mit Hinweisen auf Trainingslager und Patienten Service
- e) Informationen für Ärzte und Apotheker mit Hinweisen auf Präparate und Kongreßtermine
- f) Produktwerbung

Dazu kommen Patienteninformation zum Bluthochdruck mit direkter Anrede: Liebe Patienten; Photos, Zeichnungen, Maßnahmen- und Prophylaxehinweise.

Die folgenden Tabellen stellen die Einschätzung der 15 Fachexperten dar.

a:) Die Webseite vermittelt medizinisches Orientierungswissen.

b:) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen.

c:) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen.

d:) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen.

e:) Sind die Informationen für Laien verständlich?

f:) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?

g:) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

Ergebnisse:

Die Vermittlung von Orientierungswissen wird nach der Beurteilung der Mehrzahl der Ärzte als 'sehr gut' oder „einigermaßen gut“ angesehen, die von Erklärungswissen und Handlungswissen ebenso für 'sehr gut' oder 'einigermaßen gut'. Im Gegensatz zu o.g. Ergebnissen wird die Vermittlung von Quellenwissen als 'einigermaßen gut' oder 'weniger gut' eingeschätzt. Man kann also davon ausgehen, daß die Wissensvermittlung im Internet als eine gute Unterstützung für Lehr-und Lernstoff in der Bildung benutzt werden kann.

Wie die Facharztbefragung zeigt, werden die Informationen im Internet als „sehr“ oder „einigermaßen“ verständlich für Laien beurteilt. Das heißt, die Informationen im Internet werden in verständlicher Sprache oder Beschreibung dargestellt, so daß sie für den Laien akzeptabel sind. Das Ziel der Wissensvermittlung kann recht sicher erreicht werden.

Noch wichtiger scheint das Ergebnis zu sein, daß die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus als „sehr“ oder „einigermaßen“ richtig eingestuft werden. Die Informationen im Internet haben also hohe Glaubwürdigkeit. Sie bieten dem Empfänger die Gelegenheit, neue Überzeugungen und Einstellungen zu gewinnen. Sie sind für den Empfänger also eine recht sichere Quelle für Gesundheitswissen.

Ein weiterer wichtiger Befund ist, daß die Informationen für Laien als „sehr gut“ oder „einigermaßen gut“ umsetzbar angesehen werden. Nach vorsichtiger Einschätzung können die Informationen im Internet eine gute Wirkung auf die Rezipienten haben, da sie solides Wissen vermitteln und bei einem Großteil der Rezipienten Problembewußtsein und persönliche Betroffenheit bewirken können.

4.4.2. Interpretation der Befunde

Nach der Einschätzung von Fachärzten zeigt sich, daß über Gesundheit prinzipiell gut informiert wird. Die Inhalte gelten als verfügbar.

Es reicht nicht mehr aus, über bestimmte Sachverhalte Bescheid zu wissen. Die „Wissensförmigkeit der Praxis“ nimmt ab, die „Wissensförmigkeit des Meta-Wissens“ nimmt zu. Inzwischen ändern sich die Sachverhalte so schnell, daß das Wissen darüber, woher man das neueste Wissen bekommt, die wichtigere, die eigentliche Berufsqualifikation ausmacht. Künftig wird es entscheidend sein, Schülern, Studenten, sich weiterbildenden Personen das Wissen und die Fertigkeiten zu vermitteln, wo und wie sie an das für sie jeweils wichtige Wissen herankommen können.

Das Verhältnis von Wissen und Bildung hat sich nicht nur unter dem Einfluß der Neuen Technologien verändert. Veränderungen in den sozialen Beziehungen der Menschen zueinander, Umstrukturierungen der Arbeitsverläufe, Verlagerungen der Verfügbarkeit von Arbeit haben dazu geführt, daß sich auch die Lernaufgaben verändert haben.

Der Zugang zu Informationen für alle wird durch das Internet schnell erweitert und erleichtert. Das ist sehr wichtig, da gesellschaftliche Wertschöpfung und Reichtum zunehmend auf dem Produktionsfaktor Information beruhen.

4.5. Darstellung der Nutzerbefragung - Internet

Ein weiterer Fragebogen (F3: Nutzerbefragung) wurde an Nutzer und Nutzerinnen versandt - siehe Anhang -, die ihre Zufriedenheit mit der Kommunikation im Internet, wenn sie sich an jemanden um Hilfe wenden, ausdrücken sollten. Ihnen wurden folgende Fragen gestellt:

- Wieviele Antworten haben Sie bekommen?
- Haben Ihnen die Antworten geholfen?
- Welche Erwartung haben Sie an die Antworten?
- Haben Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe?
- Wie oft konsumieren Sie die Gesundheitsprogramme im Fernsehen?
- Haben Sie Kontakt mit irgendeinem Sender?
- Wie schätzen Sie ihre Zufriedenheit mit den Gesundheitssendungen ein?

Für die Nutzerbefragung wurden insgesamt 461 Mails nach Amerika und 322 Mails nach Deutschland geschickt, und je 50 Mails wurden beantwortet.

4.5.1. Befunde

Im folgenden zähle ich die 13 Fragen an die Internet-Nutzer auf und zeige in den Tabellen, wieviele von ihnen - aufgeteilt in Deutsche und Amerikaner - die jeweiligen Antworten als zutreffend bezeichneten.

1. Haben Sie auf Ihre Anfrage Antworten bekommen?

a: überhaupt keine

b: wenige (1 bis 4)

c: einige (5 bis 8)

d: viele (mehr als 8)

¹	Deutschland	USA
a	7	7
b	39	11
c	1	10
d	2	22
Σ	49	50

(Deutschland)

(Amerika)

¹ oA bedeutet Ohne Angabe

Das Ergebnis der ersten Fragestellung erwies sich als ziemlich unterschiedlich. Die meisten befragten amerikanischen Nutzer haben zahlreiche Antworten (mehr als 8) auf ihre Anfrage im Internet bekommen. Dahingegen erhielten deutsche Nutzer vorwiegend wenige (1 bis 4). Das zeigt deutlich, daß die Amerikaner offener mit dem Internet umgehen als die Deutschen. (In einzelnen Fällen boten mir die Amerikaner jederzeitige Hilfe an. Die Erfahrungen mit deutschen Nutzern waren zum Teil deprimierend, da sie erst Auskünfte über persönliche „Daten“ (Adresse, Telefonnummer, Fakultät und Namen der betreuenden Professoren) haben wollten, ehe sie bereit waren, meinen Fragebogen auszufüllen).

2. Haben Ihnen die Antworten geholfen?

a: sehr

b: ja, einigermaßen

c: kaum

d: überhaupt nicht

	Deutschland	USA
a	3	23
b	17	21
c	18	1
d	8	5
Σ	46	50

181

Das erste Ergebnis beeinflusst gleichzeitig die zweite Fragestellung. Die Amerikaner finden die Antworten entweder sehr oder einigermaßen hilfreich, währenddessen die Deutschen im Vergleich nicht ganz zufrieden sind mit den Antworten, die sie erhalten haben. Das heißt, die Antworten haben ihnen kaum geholfen, weil ihre Ansprüche höher sind.

3. Wenn Sie „2“ mit „ja“ beantwortet haben, was hat Ihnen am meisten geholfen?

- a: zu wissen, daß andere in einer ähnlichen Lage sind wie Sie
- b: etwas über neue Arzneimittel zu erfahren
- c: Kontakt zu anderen zu haben, nicht mehr allein zu sein
- d: Erfahrungen austauschen zu können
- e: Symptome besser einordnen zu können
- f: mündiger Patient zu werden
- g: ermutigt worden zu sein, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen

	Deutschland	USA
a	15	24
b	6	19
c	7	21
d	17	18
e	6	10
f	4	11
g	6	11
Σ	61	114

Die meisten Amerikaner suchen Lösungen im Internet wegen der Kontaktaufnahme, der Unterstützung, dem Austausch von Erfahrungen über neue Medikamente und über generelle Erfahrungen und wegen der besseren Einordnungsmöglichkeit der Symptome. Dies geschieht in weitaus höherem Maße als bei den Deutschen. Da diese weniger Antworten bekommen haben, können sie auch weniger Konkretes berichten.

4. Haben Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe?

a: ja

b: nein

	Deutschland	USA
a	8	26
b	41	22
Σ	49	48

(Deutschland)

(Amerika)

Gemäß den Antworten auf die vierte Fragestellung haben mehr als die Hälfte der befragten Amerikaner Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe.

Deutsche haben meistens keine entsprechende Verbindung. Es ist deutlich erkennbar, daß Amerikaner andere Hilfsmittel wie Beratung und Unterstützung außer ihrer ärztlichen Behandlung suchen.

5. Wenn Sie keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe haben: Planen Sie, einen solchen Kontakt herzustellen?

a: ja

b: nein

	Deutschland	USA
a	14	9
b	29	18
Σ	43	27

(Deutschland)

(Amerika)

Die vierte Fragestellung ist im Zusammenhang mit Frage 5 zu sehen. Wer nicht in einer Selbsthilfegruppe ist, hat auch wenig Interesse, sich einer solchen anzuschließen.

6. Falls nein, möchten Sie eine Selbsthilfegruppe gründen?

a: ja

b: nein

	Deutschland	USA
a	1	4
b	34	28
Σ	35	32

(Deutschland)

(Amerika)

Amerikaner und Deutsche, die keiner Selbsthilfegruppe angehören, möchten auch keine gründen. (Drei Bedingungen wie Raum, Zeit und Finanzierung müssen notwendigerweise bedacht werden).

7. Waren oder sind Sie in fachärztlicher Behandlung?

a: ja, ich war es, bin es jetzt aber nicht mehr

b: ja, ich bin auch jetzt in fachärztlicher Behandlung

c: nein

	Deutschland	USA
a	14	5
b	28	40
c	6	4
Σ	48	49

(Deutschland)

(Amerika)

Die meisten der befragten Internetnutzer in beiden Ländern sind in fachärztlicher Behandlung. Ärztliche Hilfe ist unverzichtbar für die kranken Menschen, und sie suchen nach weiterer Hilfe im Internet.

8. Wie haben Sie von dem Internetforum erfahren?

- a: durch Zufall (z.B. beim Surfen)
- b: durch Hinweise von Bekannten
- c: durch Hinweise in Zeitschriften o.ä.
- d: durch Radio oder Fernsehen
- e: durch andere Quellen

	Deutschland	USA
a	39	35
b	3	5
c	2	3
d	1	0
e	8	8
Σ	53	51

(Deutschland)

(Amerika)

Die Befragten beider Länder erfuhren durch Zufall (z.B. beim Surfen) von dem Internetforum, wollen aber in Zukunft dieses Medium häufiger nutzen.

9. Wie oft sehen Sie Gesundheitssendungen im Fernsehen?

a: sehr oft

b: manchmal

c: kaum

d: ganz selten

	Deutschland	USA
a	11	4
b	20	17
c	11	6
d	8	23
Σ	50	50

(Deutschland)

(Amerika)

Die Mehrzahl der Amerikaner hat wenig Interesse an Gesundheitssendungen im Fernsehen, da sie ganz selten oder nur manchmal solche Sendungen sehen. Deutsche interessieren sich mehr dafür.

10. Haben Sie schon einmal bei einem Sender angerufen?

a: noch nicht

b: einmal

c: mehrmals

	Deutschland	USA
a	43	47
b	4	2
c	3	1
Σ	50	50

(Deutschland)

(Amerika)

Für beide Länder gilt, daß die Zuschauer keinen direkten Kontakt zu irgendeinem Sender haben. Die Distanz zwischen Produzenten und Zuschauern spielt eine große Rolle.

11. Sind Sie zufrieden mit den Informationen, die Sie durch die Sendung erhalten haben?

a: ja, sehr

b: ja, ziemlich

c: kaum

d: überhaupt nicht

	Deutschland	USA
a	1	1
b	25	9
c	20	12
d	1	26
Σ	47	48

(Deutschland)

(Amerika)

Die Amerikaner sind mit Informationen durch die Sendungen weniger zufrieden, wie aus den Antworten der Befragten hervorgeht. Es zeigt sich, daß sie Gesundheitssendungen ganz selten sehen, daher können sie auch nicht gut beurteilen, ob ihnen die Sendung gefällt oder nicht. Deutsche sind ungleich zufriedener als Amerikaner mit den Sendungen. Dies liegt wohl an der Qualität, den Inhalten und dem Stil der Sendungen.

12. Wie alt sind Sie?

a: 15- 20 Jahre
b: 20 -30 „
c: 30-40 „
d: 40-50 „
e: 50-60 „
f: älter als 60 Jahre

	Deutschland	USA
a	3	0
b	17	5
c	17	10
d	8	20
e	2	9
f	3	6
Σ	50	50

(Deutschland)

(Amerika)

Amerikaner zwischen 40 und 50 Jahren beschäftigen sich häufiger mit den Gesundheitsforen als andere Altersgruppen. Bei den Deutschen liegt die Alterstufe, die großes Interesse an Gesundheitssendungen zeigt, in der

Altersgruppe der 20- bis 40-jährigen. Im Vergleich zu anderen Gruppen interessiert sich die Gruppe der 40- bis 50-jährigen hier weniger für Gesundheitsforen.

13. Sind Sie

a: weiblich

b: männlich

	Deutschland	USA
a	31	31
b	18	19
Σ	49	50

(Deutschland)

(Amerika)

Die meisten Antworten aus Amerika kamen von Frauen. Amerikanische Männer haben wahrscheinlich wenig Interesse an diesem Gebiet. Auch deutsche Frauen beantworteten meinen Fragebogen häufiger als Männer. Aber deutsche Männer beschäftigen sich öfter mit den Foren als männliche

Amerikaner. Frauen haben insgesamt mehr Interesse an den Gesundheitsbereichen Vorsorge und Prävention als Männer.

4.5.2. Interpretation der Befunde

Das Ergebnis der Nutzerbefragung zeigt deutlich, daß deutsche Nutzer, die vom Internet Hilfe erwarten, mit dem Ergebnis unzufriedener sind als amerikanische.

Die Erwartungen der Nutzer sind zu hoch. Sie hoffen darauf, daß ihr Gesundheitsproblem durch Ratgeber im Internet gelöst werden kann, was aber nicht geschieht, da nur wenige bereit sind, Unbekannten Ratschläge zu geben. Deshalb sind Hilfsangebote rar.

Im Gegensatz zu Deutschen gehen Amerikaner offener mit dem Internet um. Sie sind bereiter, über ihre eigenen Erfahrungen mit der Krankheit, über Arzneimittel oder Heilmöglichkeiten zu sprechen. Aber problematisch ist, daß sich - viel unkontrollierbarer als in realen Gesprächsgruppen - Scharlatane, Voyeure und Trittbrettfahrer an der Kommunikation beteiligen können. Online können sie sich leicht als ExpertInnen, AktivistInnen oder Betroffene ausgeben.

Zur Online-Kommunikation gehören auch Erfahrungen von Gutgläubigkeit und Täuschung. Die verschriftlichte Interaktion fordert einerseits von den KommunikationspartnerInnen die Bereitschaft, Gefühle und Bewertungen bewusst zu vermitteln und solche Mitteilungen von anderen zu akzeptieren und zu verarbeiten. Andererseits müssen sie Skepsis und Vorsicht walten lassen.

Wenige Deutsche haben sich im Unterschied zu Amerikanern irgendeiner Selbsthilfegruppe angeschlossen. Stellen sich die Selbsthilfegruppen in der Öffentlichkeit nicht genügend attraktiv dar? Oder gibt es keine guten Organisationen? Es kann auch davon ausgegangen werden, daß viele nicht bereit sind, sich einer Gruppe anzuschließen.

Mit dem elektronischen Netzmedium haben sich unsere Kommunikationsmöglichkeiten noch einmal vervielfacht. Das Internet erweitert nicht nur unsere Rezeptionschancen, sondern auch unsere Interaktionschancen. Menschen erfahren vom Internetforum beim Surfen. So wird sich das bisherige Privileg der Wissensvermittlung durch Personen der näheren Umgebung öffnen und sich den Lernenden die Chance bieten, ihren Horizont auf das auszuweiten, was in der Welt alles an Wissen zur Verfügung steht.

Wider Erwarten zeigt sich, daß Amerikaner die Gesundheitssendungen im Fernsehen weniger konsumieren als Deutsche. Man kann wohl annehmen, daß sich Internetnutzer in den USA mehr für das neue Medium interessieren als für das Fernsehen, da die Informationsübertragung im Internet schneller und umfangreicher ist als im Fernsehen. Möglicherweise sind auch die Inhalte der Sendungen wegen ihres Sendestils weniger attraktiv.

4.6. Dokumentenrecherche

Es sollte festgestellt werden, wie schnell das Wissen im Internet anwächst. Der Beobachtungszeitraum umfasste acht Wochen, wobei jede Woche Recherchen mit der Suchmaschine 'altavista' in bezug auf bestimmte Themen sowohl in deutscher (altavista.de) als auch in englischer Sprache (altavista.com) durchgeführt wurden. Die folgenden Themen wurden beobachtet:

- Bluthochdruck
- Heuschnupfen
- Rückenschmerzen
- Schlaganfall
- Rauchen
- Alkohol
- Streß

- Medikamentenmißbrauch

Die Quantität des Wissens im Internet ist ständig angewachsen. Von Juli 2000 bis August 2000 wurde wöchentlich der Zuwachs des Wissens für alle genannten Themen überprüft. Ferner wurde untersucht, welche Institutionen, Firmen (z.B. Apotheken), Privatmenschen, Massenmedien, Kliniken (Ärzte) oder öffentliche Einrichtungen (z.B. Universität) ihr Wissen im Internet anbieten. Die Ergebnisse wurden in Tabellen zusammengefasst.

Es gibt umfangreiche Informationen auf verschiedenen Webseiten. Deswegen konnten nur je 10 Webseiten für die Untersuchung ausgewählt werden. Ziel der Beobachtung war herauszufinden, welche Anbieter von Webseiten welches Anliegen verfolgen und welche Art von Wissen transportiert werden soll.

4.6.1. Befunde

Die folgenden Tabellen zeigen, wieviele Fundstellen (Links) zu den jeweiligen Themen sich bei den verschiedenen Anbietern fanden.

4.6.1.1. Bluthochdruck (Hinweis auf Webseiten im Anhang S. 263)

Alle folgenden Webseiten wurden in ständigem Wechsel aus 10 Webseiten ausgewählt. D=Deutschland, A=Amerikanische Webseiten.

Sieben deutsche Webseiten dieser Tabelle kommen aus der Pharmaindustrie. Eine Seite wurde privat angeboten, eine kam aus den Massenmedien, die andere stammt aus einer Klinik.

„Interne“ bedeutet, daß das Wissen von einem bestimmten Anbieter stammt. Es kann sich um eigene Werbung für Produkte, eigene Erfahrungen, eigene Ideen oder eigene Selbstdarstellungen handeln.

„Externe“ bedeutet, daß das Wissen von irgendeinem anderen Anbieter übernommen und danach in den eigenen Webseiten dargestellt wurde. Die Funktion kann Unterstützung, Werbung oder Ergänzung sein.

A1:Bluthochdruck

A1:Bluthochdruck

Fünf dieser amerikanischen Webseiten wurden von der Pharmaindustrie und drei von öffentlich-rechtlichen Einrichtungen angeboten.

Eine kam aus Kliniken, und eine andere stammt aus Massenmedien.

4.6.1.2. Heuschnupfen

Insgesamt stammen sieben Webseiten aus der Pharmaindustrie, die anderen drei Webseiten wurden von Kliniken angeboten.

A2:Heuschnupfen

A2:Heuschnupfen

Fünf Webseiten wurden von der Pharmaindustrie angeboten, zwei von Massenmedien und drei von öffentlichen Einrichtungen.

4.6.1.3. Rückenschmerzen

Diese Webseiten wurden entweder von der Pharmaindustrie (vier Webseiten) oder von Kliniken (sechs Webseiten) angeboten.

A3:Rückenschmerzen

A3:Rückenschmerzen

Sieben Webseiten stammen aus der Pharmaindustrie, eine von Kliniken und zwei von öffentlichen Einrichtungen.

4.6.1.4. Schlaganfall

D4:Schlaganfall

D4:Schlaganfall

Fünf Webseiten wurden von Kliniken (ärztlichen Fachleuten) angeboten. zwei von der Pharmaindustrie, eine von öffentlichen Einrichtungen und eine von Massenmedien.

A4:Schlaganfall

A4:Schlaganfall

Von den 10 englischsprachigen Webseiten wurden sechs von öffentlichen Einrichtungen angeboten, eine von privater Seite, eine andere stammt aus Kliniken, zwei kamen aus Massenmedien.

4.6.1.5. Rauchen

Sieben Webseiten wurden privat angeboten, zwei von der Pharmaindustrie und zwei von öffentlichen Einrichtungen.

Sechs Webseiten wurden von der Pharmaindustrie angeboten, eine von privater Seite und drei von öffentlichen Einrichtungen.

4.6.1.6. Alkohol

Sechs Webseiten wurden von privat angeboten, zwei von der Pharmaindustrie und zwei von öffentlichen Einrichtungen.

A6:Alkohol

A6:Alkohol

Acht Webseiten wurden von öffentlichen Einrichtungen angeboten, eine von privater Seite und eine von Kliniken.

4.6.1.7. Stress

Sieben Webseiten wurden von der Pharmaindustrie angeboten, eine von Massenmedien und zwei von öffentlichen Einrichtungen.

Zwei Webseiten wurden von der Pharmaindustrie, vier von Massenmedien und vier von öffentlichen Einrichtungen angeboten.

4.6.1.8. Medikamentenmissbrauch

Fünf Webseiten stammen von der Pharmaindustrie, zwei von Massenmedien und drei von öffentlichen Einrichtungen.

Zwei Webseiten wurden von der Pharmaindustrie, fünf von Massenmedien und drei von öffentlichen Einrichtungen angeboten.

4.6.2. Interpretation der Befunde

Bei der Interpretation der Ergebnisse deutscher Anbieter zeigt sich deutlich, daß die deutschen Webseiten meistens von der Pharmaindustrie angeboten werden. Das heißt, die pharmazeutischen Betriebe, wie Apotheken oder Firmen, stellen ihre Produkte direkt im Internet vor. Dazu bieten sie als Service Erklärungen zu verschiedenen Krankheiten oder zur Prävention von Krankheiten. So können die Produkte den Kunden angeboten werden.

Zu den Hauptanbietern gehören auch Kliniken oder Fachärzte. Es handelt sich dabei um Selbstdarstellungen ihrer speziellen Gebiete, ihrer Behandlungsmöglichkeiten und ihres Services. Darunter befinden sich Informationen über Krankheiten oder deren Vorbeugung. So erhält man einen deutlichen Überblick über die Kliniken.

Themen wie „Rauchen“ und „Alkohol“ werden meistens von privater Seite im Internet angeboten. Die Menschen stellen z.B. ihre eigenen Erfahrungen mit der Entwöhnung von Suchtmitteln dar und unterstützen so den Aussteiger.

Die Massenmedien wie Sender oder Presse bieten auch Webseiten mit Informationen über Gesundheit oder Krankheit direkt im Internet an. Das Wissensangebot ist vielseitig und umfassend.

Im Gegensatz zu Deutschland wird das Wissensangebot in Amerika meistens von öffentlichen Einrichtungen wie z.B. Universitäten unterstützt. Diese betreiben oft Werbung für ihre eigene Universität, da die meisten Universitäten in Amerika privat verwaltet werden. So bieten sie den Interessenten (Studienanfängern) verschiedene Informationen über Fachrichtungen, Studiengebühren, moderne Ausrüstungen wie Labors im Forschungsbereich oder im Sprachbereich an. Gleichzeitig bereichern sie auch das Wissen über Medizin, Literatur oder Technik. Dieser Service soll auch das Image der Universität stärken.

Eine andere wichtige Wissensquelle ist auch in Amerika die Pharmaindustrie. Die Werbung für ihre eigenen Produkte geschieht massiv im Internet. Es gibt immer mehr Konsumenten, die solche Produkte direkt im Internet bestellen, da es einen einfachen und bequemen Service bietet.

Kliniken und Privatmenschen bieten eher selten diesen Service an. Privatmenschen stellen ihre eigenen Erfahrungen in Verbindung mit den Webseiten der Fachärzte dar. Kliniken verbinden sich oft mit den Universitäten.

Es muß betont werden, daß die Pharmaindustrie eine wichtige Rolle bei der Kopplung von Gesundheit und Krankheit spielt. Das heißt, sie verkauft einerseits die Produkte durch das Internet, andererseits vermittelt sie Wissen über Gesundheit und Krankheit im Internet. Die Konsumenten kaufen die Waren und erhalten als „Geschenk“ „das Wissen“ zusammen mit den Produkten.

4.7. Tabellen über das Wissenswachstum

Zu den Informationen im Internet werden immer neue dazukommen, deswegen müssen die veralteten Quellendateien ständig bearbeitet oder gelöscht werden. Die folgenden Tabellen über das Wissenswachstum zeigen sehr deutlich, daß die Zahl der Informationen manchmal ansteigt oder ab und zu absinkt.

D1:Bluthochdruck

(Fundstellen = Anzahl der gefundenen Webseiten)

A1:Bluthochdruck

D2:Heuschnupfen

A2:Heuschnupfen

D3: Rückenschmerzen

A3: Rückenschmerzen

D4: Schlaganfall

A4: Schlaganfall

D5:Rauchen

A5:Rauchen

D6:Alkohol

A6:Alkohol

D7:Stress

A7:Stress

A8:Medikamentenmissbrauch

D8:Medikamentenmissbrauch

Der Umfang des Zuwachses an Informationen im Internet zeigt deutliche Unterschiede zwischen Deutschland und dem englischen Sprachraum. Das Wissen in den deutschen Webseiten wuchs im Laufe der achtwöchigen Beobachtung nicht ständig, es gab auch Stillstand. Im Unterschied dazu veränderte sich der Wissensumfang im englischen Sprachraum häufig. Das bedeutet, die Wissensrate vermehrte sich ab und zu, blieb manchmal gleich oder sank. Das bedeutet, daß der Umfang an Informationen ständig variiert, in den USA intensiver ergänzt wird.

Englisch ist weltweit verbreiteter als das Deutsche, und dementsprechend wird häufiger auf englischsprachige Webseiten zurückgegriffen. Selbst deutsche Anbieter stellen eine englische Version ins Internet, um international zugänglich zu sein. Deswegen können Anbieter aus verschiedenen Ländern die englischen Informationen häufiger unterstützen. Im Vergleich zu Englisch ist Deutsch begrenzt brauchbar. Zweifellos kann das ein Hindernis für Wachstum sein.

4.8. Zusammenfassung

Der vieldiskutierte Einfluß des Fernsehens und des Internet wird in der vorliegenden Studie an der Gesundheitserziehung untersucht.

Die ständig diskutierten Themen in den Gesundheitssendungen der beiden Länder Deutschland und Amerika befassen sich mit den sogenannten Zivilkrankheiten. Es zeigt deutlich, daß moderne Menschen einerseits nach einem hochtechnisierten Leben streben, andererseits sehen sie sich mit verschiedenen Krankheiten konfrontiert. Der Vermittler „Fernsehen“ bietet die Gelegenheit, Lebenseinstellungen neu zu erkennen und zu bewerten.

Durch die Verkopplung mit dem Internet werden die Informationen vom Fernsehen weltweit verbreitet. Gesundheitssendungen im Fernsehen und Webseiten im Internet erheben neben der Übermittlung von umfangreichen

Informationen nicht nur einen erzieherischen Anspruch, sondern lassen sich auch nach Art ihrer Übermittlung von Wissensinhalten klassifizieren.

Um die Absicht, die Qualität und die Frequenz der Nutzung von Gesundheitssendungen bzw. Webseiten zu überprüfen, wurden drei Untersuchungsschwerpunkte ausgewählt, die zur Beantwortung dieser Fragen von Bedeutung sind. So galt die erste Befragung den Produzenten von Gesundheitssendungen und den Anbietern von Webseiten.

Hierbei sollte ermittelt werden, welche Faktoren beim Zustandekommen des Angebots eine Rolle spielen. Bereits an der Planung und den Produktionsvoraussetzungen zu einer Sendung lassen sich Zielgruppenprojektionen und die Art der Wissensvermittlung ablesen. Auch Sendezeiten und -orte geben Auskunft über diese Intentionen. Ein Vergleich mit entsprechenden Sendungen in den USA zeigte nicht nur das umfassendere Angebot der USA, sondern auch den weiteren Sende- und Einflußbereich.

Für das Internet galt herauszufinden, wer sich hinter den Anbietern verbirgt und was ihre Absichten sind. Auf der anderen Seite standen die Untersuchungen zum Nutzerverhalten. Sie wurden auf ihre Motive hin befragt. Dabei war zu ermitteln, ob sich die Nutzer der Vielzahl der Angebote stellen können, wie sie auswählen und mit dem Wissensangebot umgehen. Es stand die Frage im Raum, ob Zuschauer von Gesundheitssendungen und Internetnutzer das Angebot im Sinne der Produzentenabsicht zu nutzen wissen.

Dazu war es nötig, Experten nach der fachlichen und inhaltlichen Qualität der Gesundheitswebseiten zu befragen. Dabei schnitten die Angebote durchaus gut bis befriedigend ab. Dennoch läßt sich zusammenfassend sagen, daß eine grundsätzliche Problematik auch bei einer qualitativ guten Sendung oder Webseite weiterhin bestehen bleibt.

Im Unterschied zu den USA werden z.B. in Deutschland Fernsehsendungen meistens im Inland produziert und wenden sich an ein deutsches Publikum, bei dem ein bestimmter Standard an Vorwissen, Art des Lernens und der Einstellung angenommen werden. Amerikanische Sendungen und Webseiten hingegen erreichen allein schon wegen der Verbreitung der englischen Sprache einen wesentlich größeren Zuschauer- bzw. Nutzerkreis, können aber nicht mit nur annähernd ähnlichen Voraussetzungen für das Verständnis der Inhalte ihrer Angebote rechnen.

Dieses Problem, daß das Anliegen des Produzenten bzw. Anbieters nicht mit dem Zielpublikum übereinstimmen muß, gilt auch, in verstärktem Maße durch die Popularisierung des Internet, für die verschiedenen Bereiche, in denen Wissensvermittlung eine Rolle spielt.

Der Ruf nach Vernetzung der Schulen und uneingeschränktem Zugang zum Internet für Kinder ändert aber nichts an dem grundsätzlichen Lernkonzept. Die Medien stellen als Lehrprogramme für Schüler erst dann ein wertvolles Werkzeug und Hilfsmittel dar, wenn Unterscheidungskriterien und Transparenz über Absicht und Verlässlichkeit der Anbieter durch einen Experten (Arzt/Lehrer etc.) vor beurteilt wurden. Auch für den erwachsenen Nutzer gilt, daß er sich durch Vorauswahl und Beratung vor der Menge an Information schützen muß.

Die Medien dienen also als Hilfsmittel (wie zuvor Lehrbuch oder Tafel). Sie können eine Ergänzung oder Unterstützung für den Schulunterricht sein.

5. Schlußfolgerung

Bei der Bearbeitung des Themas kristallisierten sich drei wesentliche Problemkreise heraus:

- Eine grundsätzliche Unsicherheit im Umgang mit Gesundheitssendungen in Fernsehen und Internet,
- die Umgestaltung von Lern- und Lehrprogrammen durch die Medien,
- zunehmender Einfluss der Industrieländer auf Drittweltländer.

Gesundheitssendungen im Fernsehen haben den Anspruch, Informationen und Botschaften zu vermitteln, pädagogische Wirkungen zu erzielen und Rollen zu erfüllen. Dabei werden die Inhalte der Sendungen auf ein Zielpublikum zugeschnitten.

Quantität und Qualität der Informationen sollen nach Meinung der Produzenten, ein Thema anschaulich behandeln, so daß sich der Zuschauer angesprochen fühlt und bereit ist, das Wissens- und Lernangebot aufzunehmen.

Es muß betont werden, daß eine gute Gesundheitssendung nicht nur die Informationen positiv verstärkend vermittelt oder abschreckenden Gehalt hat, sondern den Zuschauern auch hilft, Einstellungen zur Gesundheit zu überdenken oder zu entwickeln und Orientierung für lebenspraktische Handlungskompetenz zu bekommen.

Die Aufgabe der Gesundheitssendungen besteht darin, Informationen und Botschaften über Gesundheit in positiver Darstellung zu übermitteln und beim Zuschauer eine Übernahme der Verantwortung über die eigene Gesundheit zu erreichen. Es ist nicht immer leicht zu unterscheiden, wo die reine Information endet und die Lenkung und Einflussnahme beginnt.

Die vielseitigen Verwendungsmöglichkeiten des Internet und seine Vielfalt lassen die Frage nach einer sinnvollen Auswahl laut werden. Da das Internet im Gesundheitswesen vieler Länder zunehmend an Bedeutung gewinnt, müssen diese Fragen beantwortet werden. Die Übertragung der Gesundheitssendungen ins Internet ermöglicht dem Zuschauer, sich ohne Zeit- und Ortsbegrenzung anregen zu lassen. Da die Adressaten mit den Experten der Sendungen direkt im Internet kommunizieren können, besteht die Möglichkeit einer Unterstützung ihres Gesundheitsbewußtseins und ihrer persönlichen Betroffenheit.

In erhöhtem Maße gilt für das Internet, das noch unkontrollierter konsumierbar ist als das Fernsehen. Es läßt sich schwer feststellen, ob der Anbieter über fachliche Kompetenzen verfügt.

Nachprüfbarkeit und Glaubwürdigkeit des Wissens- und Informationsaustausches sind als zentrale Normen ebenso nötig wie Angabe und Achtung der Autorenschaft. Es ist nicht überprüfbar, woher das Wissen stammt und wer schreibt. Für Laien kann dies zu einer Orientierungslosigkeit führen. Darüberhinaus wechselt das Wissensangebot im Internet ständig, 'alte' Informationen können nach einer bestimmten Zeit nicht mehr nachgeschlagen werden. Das bedeutet, daß es schwierig ist, das Wissen nachzuprüfen, da man die Spur leicht verliert. Auch die Tendenz zu verfälschten wissenschaftlichen Forschungen und Plagiaten ist eine durch das Internet entstandene Problematik. Jedem ist dieses Problem bekannt.

Die vorliegende Studie befasst sich mit einer Begutachtung der Qualität der Medienangebote durch Fachärzte. Es zeigt sich deutlich, daß die Qualität der Gesundheitsinformationen im Internet als 'gut' oder 'einigermaßen gut' angesehen werden kann. Man kann davon ausgehen, daß die Informationen im Internet als Ergänzung zum lehrergeleiteten Unterricht in der Schule, für Zwecke der Nachhilfe, der Spezialisierung und für den Bereich der Erwachsenenbildung empfohlen werden können. Das Internet kann zu einer Veränderung der Lernangebote des Schulsystems führen. Der vernünftige Umgang mit diesen Medien setzt aber in jedem Fall

eine verantwortungsbewußte und kritische Auswahl voraus, wobei diese Auswahl wiederum der Experten bedarf.

Es ist ratsam, dem Fachwissen von Experten im Internet auch eine tutorielle Rolle zukommen zu lassen. Die Funktion des Internet besteht u.a. darin, bei Schwierigkeiten, Lernenden Hinweise, unterstützende Ratschläge und Hilfestellungen anzubieten. Auch die Darbietung weiteren Lehrstoffs und der Übergang zu neuen Themenbereichen kann hilfreich sein.

Die Möglichkeiten des Internet liegen in der Eröffnung neuer Lernmöglichkeiten, z.B. durch Bilder, Videosequenzen, animierte Grafiken und Veranschaulichung der gesprochenen Passagen. Auch die vielseitigen Angebote der Kommunikation über Emails, Newsgroups oder Online-Chats helfen, die Unterrichtsbeiträge miteinander austauschen und diskutieren zu können oder sich zur Teamarbeit zu verabreden und den Tele-Tutor um Rat zu bitten.

Online-Kommunikation hat eine 'Hilfsfunktion' in Verbindung mit Ratschlägen, Meinungsaustausch und Diskussion. Hinter den Regulativen gleicher Kommunikationschancen und gegenseitiger Anerkennung steht eine gesellschaftliche Gefahr, daß nämlich Menschen ihre eigene Verantwortung immer weniger übernehmen, da sie die Lösung ihrer Probleme von irgendeinem Unbekannten direkt im Internet zu erhalten wünschen. Manche fliehen auch in ihrem Alltagsleben ins Internet und bauen zwischmenschliche Kontakte ab, statt das Internet als ergänzendes Medium zu begreifen.

Zum dritten Problemfeld stellte sich die Frage, ob Wissenswachstum im englischen Sprachraum zu einer Globalisierung der englischen Sprache und der westlichen/US-amerikanischen Kultur zu gleichzeitigem Bedeutungsverlust anderer Sprachen und Kulturen führt. Das Internet wird von Ländern der Ersten Welt dominiert und dabei über die USA und Europa weltweit verbreitet. Dadurch werden die anderen Länder beeinflusst. Dieser Einfluß räumt den besonderen Bedingungen anderer Völker - sowohl ihren Gesundheitsproblemen als auch der Art der Wissensvermittlung - wenig

Platz ein. Dadurch können Sendungen oder Webseiten, die zwar qualitativ gut gestaltet sind, ohne jegliche Bedeutung für einen Zuschauerkreis sein, der zwar Zugang hat, aber durch den Inhalt nicht angesprochen werden kann. Bislang hat eine Differenzierung noch nicht stattgefunden, und ihre Notwendigkeit scheint auch gar nicht ins Bewußtsein der Produzenten gedrungen zu sein, die meinen, ein globales Medium erzeuge auch globale Probleme.

6. Literatur

- Alcalay, R. (1983). *The Impact of Mass Communication - Campaigns in the Health Field, Social Science and Medicine*, 17/2, S. 87-94
- Albrecht, H., Dworschak, M., u.a. (1999). „Kevin ist total bekloppt“, *Der Spiegel*, 42/1999, S.290-301
- Allport, G.W., Cantril, H. (1935). *The psychology of radio*. New York: Harper.
- Anfang, G., Bloech, M., Hültner, R. (1994). *Vom Plot zur Premiere – Gestaltung und Technik für Videogruppen*. München:Kopäd, 1994.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen:dgvt.
- Antonovsky, A. (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In: Franke, A., Broda, M.(Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit – Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept*, S.3-15, Tübingen: dgvt
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco:Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco:Jossey-Bass
- Arndt-Page, B., Geiger, E., u.a. (1983). *Klassifizierung von Copingverhalten*, *Diagnostica*, 29, S.183-189.
- Arndt, U. (1996). *Herausforderung an die Schule von heute: Welche Bildungs-Potentiale hat die Schule?* In:Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): *Die Informationsgesellschaft von morgen - Herausforderung an die Schule von heute*, Gütersloh:Bertelsmann Stiftung, S.85-100.
- Aufenanger, S. (1996). RTL Television (Hrsg.): *Gutes Fernsehen – Schlechtes Fernsehen: Denkanstoesse, Fakten und Tips für Eltern und ErzieherInnen*. München:KoPäd.
- Badry, E., Knapp, R. (1989). *Gesundheitserziehung und Suchtvorbeugung als Teilaufgabe von Erziehung*. In: Knapp, R. (Hrsg.): *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Aufgabe einer Gesundheitserziehung im Kindes- und Jugendalter*, S.3-40, Heidelberg: Decker & Müller.

- Badura, B. (1990). *Sozialepidemiologie: Fragestellungen, Methoden und Ergebnisse*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. S.63-69, Göttingen:Hogrefe.
- Badura, B. (1993). *Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften*. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. S.63-87. Weinheim u.a.: Beltz.
- Baric, L. (1979). *Gesundheitsverhalten und Kommunikationsprozeß: Die Folgerung für die Professionalisierung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung*. S.157-173. Köln.
- Battegay, R.(1993). *Vom Hintergrund der Süchte. Zum Problem der Drogen-, Medikamenten-, Nikotin-, Alkohol- und Triebbefriedigungsabhängigkeiten*. Bern: Blaukreuz.
- Barth, W., Piekara, R., u.a. (1991). *Berichte zur Suchtkrankenhilfe. Konsum von Tabakwaren, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten*. Jugendstudie 1990/91, Niedersächsisches Sozialministerium.
- Baumann, U. (1982). *Übergewichtige Kinder und Jugendliche und deren soziales Umfeld*. In:Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg): *Gesundheitserziehung als Auftrag sozialer Arbeit-Möglichkeiten und Grenzen*. S.20-22, Bonn.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit, Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1992). *Diagnostik und Bedingungsanalyse des Gesundheitsverhaltens*. In: Schröder, H., Reschke, H. (Hrsg.): *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung*. S.105-124, Regensburg:Roderer.
- Bergler, R. (1979). *Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung durch Massenkommunikation*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung*. S.55-77, Köln.
- Berndt, J. (1981). *Thesen zur Gesundheitsforschung*: In: Zimmer, G. (Hrsg.): *Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter*. S.33-41. Frankfurt:Campus.

- Birkner, B. (1986). *Privathaushalt und Gesundheitserklärungsansätze für das präventive Gesundheitsverhalten von Privathaushalten und der Versuch der empirischen Überprüfung anhand ausgewählter Beispiele*. München.
- Bleicher J.K. (1959). *Der Kampf der Mogule - Fernsehen und Internet konkurrieren um Aufmerksamkeit*. Merz 3/99, S.154-157.
- Bloch, E. (1959). *Das Prinzip Hoffnung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatry research*. Springfield:Thomas.
- Böhme-Dürr,K/Emig, J./Seel, N.M. (Hrsg.) (1990): *Wissensänderung durch Medien Theoretische Grundlagen und empirische Analysen*. München.
- Bornmann, L. (1999). *Internetnutzer - Eine Literaturanalyse empirischer Untersuchungen zum Netznutzungsverhalten*. Spektrum Freizeit 21/99, S.77- 94.
- Bos, W., Tarnai, C. (1989). *Entwicklung und Verfahren der Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung*. In: Tarnai, C. (Hrsg.): *Angewandte Inhaltsanalyse in empirischer Pädagogik und Psychologie*, S.1-13, Münster: Waxman.
- Bosshart, L., Hoffmann-Riem, W. (Hrsg.) (1994): *Medienlust und Mediennutz – Unterhaltung als öffentliche Kommunikation*. München:Ölschläger.
- Brandtstädter, J. (1982). *Prävention als psychologische Aufgabe*. In: Brandtstädter, J., Eye, A.V. (Hrsg.): *Psychologische Prävention*, S.15-36. Bern: Huber.
- Braukmann, W., Filipp, S.H. (1984). *Strategien und Techniken der Lebensbewältigung*. In: Baumann, U., Berbalk, H., u.a. (Hrsg.): *Klinische Psychologie, Trends in Forschung und Praxis*, Bd. 6, Bern: Huber.
- Bray, G. (1978). *Definition, measurement, and classification of the syndromes of obesity*, International Journal of Obesity, 2, S.99-112.
- Bremm, M. H. (1990). *Coping von Alltagsproblemen. Eine Pilotstudie über den Zusammenhang zwischen Bewältigungsverhalten und Persönlichkeitseigenschaften*. Koblenz: Edorgen.
- Bretscher, G. (1978). *Gesundheitserziehung als Kommunikationsproblem*. Schweizerische Ärztezeitung 14, S.623-626.

- Buchter, A. (1981). *Spezielle Epidemiologie wichtiger Krankheiten*. In: Viefhues, H. (Hrsg.): *Lehrbuch - Sozialmedizin*, Stuttgart u.a., S.42-54.
- Bulmahn, E. (1999). *Bildung für die Zukunft - Die Aufgabe der neuen Medien, Grußwort zum JFF-Jubiläum*, Merz 6/99, S.341- 343.
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1983). *Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen*. Bonn.
- Bundeszentrale für gesundheitsliche Aufklärung (BzgA) (1971). *Einstellungen und Verhaltensweisen zum Thema „Gesundheit“*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1979). *Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher unter Berücksichtigung des Alkohol-, Medikamenten- und Tabakkonsums. Ergebnisse einer Trendanalyse 1973/1976/1979*. Hektograph Broschüre. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1991): *Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Wissen, Einstellungen und Verhalten zu AIDS in den neuen Bundesländern*. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in den neuen Bundesländern.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1992): *Aktionsgrundlage 1990 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln.
- Carlhoff, H.W. (1982). *Rauchgewohnheiten bei Schülern des 4. Schuljahres*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Rauchen oder Gesundheit*, S.88-95, Hamburg:Neuland.
- CEWID: *Computerergänzte Wissensorganisation* entwickelt von Flechsig, K.-H., Haller, H.-D., Symbol für CEWID ist der Wissensbaum von Comenios, Copyright:Zentrum für Didaktische Studien e.V., 1998.
- Charlton, A. (1983). *Cessation programmes for school children*. Paper presented at the UICC-Workshop on smoking cessation, Belfast.
- Charlton, M. u. Neumann, K. (1986). *Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie - Methode und Ergebnisse der Strukturanalytischen Rezeptionsforschung*. München:Psychologie Verlags-Union.

- Chassin, L., Presson, C.C., u.a. (1984). *Changes in peer and parent influence during adolescence, Longitudinal versus cross-sectional perspectives on smoking initiation*, *Developmental Psychology*, 22, S.327-334.
- ComCult reasch. *Infopool*. http://www.comcult.de/infopool/in_ecom.htm
- ComCult reasch. *Online-Verhalten der Anwender*.
<http://www.comcult.de/ccstudie/onvhalt.htm>
- Conrad, G., Schmidt, W. (1990). *Glossar. Gesundheitsförderung*. Eine Investition in die Zukunft. Internationale Konferenz 17.-19. Dez. Bonn.
- Coyne, J.C., Aldwin, C., Lazarus, R.S. (1979). *Depression and coping in stressful episodes*, *Journal of Abnormal Psychology*, 46, S.792-805.
- Coyne, J.C., Holroyd, K. (1982). *Stress, coping and illness*. In: Millon, T., Green, C., Meagher, R. (eds): *Handbook of clinical health psychology*. New York.
- Cyberdialogue (2000). *Cybercitizen Health*. <http://www.cyberdialogue.com/products/isg/cch/index.html>
- Das medienpädagogische Projekt am Ev. Stift. Gymnasium* - <http://www.ev-stift-gymn.guetersloh.de/medienprojekt/medien.html>.
- DeLongis, A., Coyne, J.C., et al. (1982). *Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status*. *Health Psychology*, 1, S.119-136.
- Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.): *Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter*. Ausgewählte Ergebnisse der Berlin-Bremen-Studien, Band 5, Baden-Baden:Nomo.
- Dezember, J. (1994). *Information Sources: The Internet and Computer – Mediated Communication* (Release S.35).
<http://www.cs.concordia.ca/old/internet-cmc.html>
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg) (1989): *Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren*. Hamburg:Neuland.
- Döbert, R. (1978). *Sinnstiftung ohne Sinnsystem?* In: Fischer, L. & Marhold, D.W. (Hrsg.): *Religionssoziologie als Wissenssoziologie*, S.52-78, Stuttgart: Kohlhammer.
- Doll, R. (1988). *Möglichkeiten der Prävention*, *Argument AS 178*, S.6-13.

- Döring, N. (1997). *Lernen mit dem Internet*. In: Issing, L.J. & Klimsa, P. (Hrsg.): *Information und Lernen mit Multimedia*. S. 305-337. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim:Psychologie Verlags Union.
- Döring, N. (1999). *Sozialpsychologie des Internet - Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*, Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Dohle, H. M. (1991). *Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen von Kindern und Jugendlichen in Hinsicht auf Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankheiten*. Köln.
- Donovan, J. E., Jessor, R. (1978). *Adolescent problem drinking. Psychosocial correlates in a national sample study*. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, S.1506-1524.
- Doubrawa, R. (1978). *Gesundheitsverhalten und Einstellung zur Gesundheitsvorsorge bei jungen Menschen*, *Öff. Gesundheitswesen* 40, S.84-93.
- Eberle, G. (1990). *Leitfaden Prävention*. Sankt Augustin:Asgard-Verlag.
- Epstein, J., Magrowski, B., u.a. (1975). *The role of radio and TV spot announcements in public health education*. In: *Canadian journal of public health*, 66/1975, S.396-398.
- Ernährungsbericht (1984). *Dtsch. Gesellschaft für Ernährung*.
- Ernst, A., Füller, I. (1988). *Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können*. Köln.
- Ernst, A. (1995). *Was Frauen krank macht - Zur Medikalisierung des Alltags*, in: Sußmann, C. (Hrsg.): *Schlucken und Schweigen? Frauen und Medikamente*, Dokumentation der Tagung vom 18./19. Oktober 1994 in München, veranstaltet vom Arbeitskreis „Frauen und Sucht“ des Gesundheitsreferats und vom Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München, S.7-34, München: PS-Druck.
- Evans, D.R. (1981). *The Planning of Nonformal Education*. Paris.
- Fahrenkrug, H. (1980). *Soziologische Aspekte sozial integrierter Alkoholkonsums im Jugendalter*. In: Berger, H., Legnaro, A. & Reuband, K.H. (Hrsg.): *Jugend und Alkohol*, S. 11-21. Stuttgart: Kohlhammer.

- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein u. Gesundheitshandeln - Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Feldmann-Vogel, R. (1995). *Ich nehme Tabletten, weil ich eine Frau bin. Die Sucht auf Krankenschein*. In: Sußmann, C. (Hrsg.): *Schlucken und Schweigen? Frauen und Medikamente.*, Dokumentation der Tagung vom 18./19. Oktober 1994 in München veranstaltet vom Arbeitskreis „Frauen und Sucht“ des Gesundheitsreferats und vom Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München, S.46-62. München: PS-Druck.
- Feuerlein, W. (1979). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit*, 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thiem.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1981): *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fischer, S. (1997). *Multimedia Teleschool: Fernlernen mit neuen Technologien in der Praxis*. In: Issing L.J. & Klimsa P. (Hrsg.): *Information und Lernen mit Multimedia*, S. 353-364, 2. überarbeitete Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flay, B.R., Tecco, D., Schlegel, R.P. (1980). *Mass Media in Health Promotion: An Analysis Using an Extended Information – Processing Model* Health Education on Quaterly 7/2, S.127-147.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). *An analysis of coping in a middle-aged community sample*, Journal of Health and Social Behavior, 21, S.219-239.
- Franke, A. (1993). *Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen*. In: Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit - Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept*, S.15-35, Tübingen: dgvt-Verlag.
- Franzkowiak, P. (1986). *Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen*. Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20jährigen. Berlin: Springer.
- Franzkowiak, P. (1987). *Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. Zur „subjektiven Vernunft“ von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz*. In: Laaser, U., & Sassen, G. u.a. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitserziehung*, S.63-85. Berlin: Springer.

- Freytag-Loringhoven, W. D. (1973). *Gesundheitserziehung als lebenslanger Prozeß. Sonderdruck der Hess. Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE)*. In: Physikalische Medizin und Rehabilitation, 12, S.357-360.
- Freytag-Loringhoven, W.D. (1987). *Massenkommunikation per TV - Wirkung und Wertung der Gesundheitsspots „Bleib gesund“ der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung*. In: Laaser, U. u.a. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitserziehung*, S.308-312. Berlin: Springer.
- Fuchs, R., Schwarzer, R. (1994). *Gesundheitserziehung und -förderung*. In: Klaus, A., Schneewind, M.C. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie*. S. 403-431, Band 1, Göttingen:Hogrefe.
- Fuhr, R. (1986). *Didaktisches Handeln in außerschulischen Feldern*. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Bd.3, Stuttgart ,S.148ff.
- Fürst, G. (1994). *Familiäre Lebensbedingungen und die subjektive Bedeutsamkeit der Medien Fernsehen und Videospiel für 12- bis 14jährige Kinder*. Fankfurt a.M.: Peter Lang.
- Gates, B. (1995). *Der Weg nach vorn*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Geiger, G. (1985). *Medikamenten-Mißbrauch und Abhängigkeit bei stationären psychiatrischen Patienten*, München.
- Gesundheitserziehung in der Schule (1966). *Inhaltsanalyse der Lehr- und Bildungspläne für die allgemeinbildenden Schulen in der Bundesrepublik Deutschland einschl. West-Berlins*. Köln.
- Glaeske, G. (1987). *Zur Epidemiologie und zum Abhängigkeitspotential von Tranquilizern und anderen Psychopharmaka*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch 1987 zur Frage der Suchtgefahren*, S.107-136, Hamburg: Neuland.
- Gleich, U. (1997). *ARD-Forschungsdienst:Unterhaltungsangebote im Fernsehen und ihre Rezeption durch die Zuschauer*, Ergebnisse qualitativ empirischer Studien, Media Perspektiven 2/97, S.103-122.
- Goldhammer, K., Zerdick, A. (1999). *Rundfunk Online - Entwicklung u. Perspektiven des Internets für Hörfunk- und Fernsehenanbieter*. Berlin: Vistas. (www.rundfunkonline.de)

- Goldmann, M., Herwig, C., Hoffacker, G. (1995). *Internet - per Anhalter durch das globale Datennetz*. Hamburg: Rowohlt.
- Goldschmidt, D., Melber, H. (Hrsg.) (1981): *Die Dritte Welt als Gegenstand erziehungswissenschaftlicher Forschung*, Z.f.P., 16, Beiheft, Weinheim.
- Göckenjan, G. (1991). *Stichwort: Gesundheit*. In: Deppe, H-U. u.a. (Hrsg.): *Öffentliche Gesundheit – Public Health*. S.15-24.
- Göpfert, W. (1979). *Möglichkeiten der Gesundheitserziehung im Fernsehen am Beispiel des ARD - Ratgebers Gesundheit*. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V: *Methoden zur Gesundheitserziehung*, S.55-77, Bonn.
- Görisch, A. *Rahmenpläne für die besonderen Bildungs- und Erziehungsaufgaben*. <http://www.bildung.hessen.de/abereich/rplan/index>
- Graf, D (1995). *Gesundheitserziehung im Kindesalter*, Hamburg.
- Greitmeyer, M. (1981). *Riskantes Gesundheitsverhalten. Eine empirische Untersuchung zum Rauchen*, Tübingen.
- Gross, I. (1989). *Disparitäten der Lebensbedingungen von Frauen und Männern in Österreich*. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Wien.
- Grüne, H. & Urlings, S. (1996). „Die Seele im Netz“ - Was ist dran am Online-Run? *Psychologische Bestandsaufnahme eines neuen Mediums*. Köln: IFM.
- Gsell, O. (1977). *Tabak:Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung des Rauchens*. In: Blohmke, C., u.a.(Hrsg.): *Handbuch der Sozialmedizin. Band II, Epidemiologie und präventive Medizin*, Stuttgart.
- Gutscher, H., Hornung, R. (1986). *Spezifische Probleme und Risiken des Medikationsverhaltens*. In: Gutscher, H. u.a. (Hrsg.): *Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken*, S.92-134, Bern.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending. Processes of selfenvironment organisation*. N.Y.
- Hackforth, J. (1976). *Massenmedien und ihre Wirkung*, Göttingen.
- Haefner, K. (1989). *Der Mensch in seiner zunehmend technisch geprägten informationellen Umwelt*. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): *Wissensvermittlung, Medien und Gesellschaft*, S.14-34. Gütersloh.

- Handke, T. (1985). *Gesundheitserziehung durch Kurzfilme im Fernsehen. Eine empirische Untersuchung des Gesundheitstips „Bleib gesund“*, Marburg.
- Harreis, G., Schultze, C., Schmidt, F. (1982). *Das Rauchen der Schüler verlagert sich auf immer jüngere Jahrgänge*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Rauchen oder Gesundheit*, S.82-87. Hamburg: Neu land.,
- Hartmann, F. (1988). *Gesundheitserziehung. Eine neue Dimension der Medizin?* Deutsches Ärzteblatt 2, S.81-89.
- Hartmann, H. (1988). *Zur Prävention des Mißbrauchs von Medikamenten. Eine Untersuchung an Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen mit der Randomized Response Technique*, Tübingen.
- Health on the Net Foundation (HON). *HON's Fourth Survey on the Use of the Internet for Medical & Health Purposes – Summary*. <http://www.Hon.ch/survey/ResumeApr99.html>
- Health on the Net Foundation (HON). *5th HON Survey on the Evolution of Internet Use for Health Purpose Oktober-November, selected results 1999*.
- Hedewig, R. (1992). *Die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln im Gesundheitsverhalten. Ursachen und Möglichkeiten ihrer Überwindung*. In: Günter, H. (Hrsg.): *Gesundheit und Verantwortung*. S.148-157, Halle: Saale.
- Heichel, G. (1992). *Das Verhältnis der Jugend zum Alkohol in der DDR*. In: Günter, M. (Hrsg.): *Gesundheit und Verantwortung*, S.42-50, Halle: Saale.
- Hengstermann, D. (1984). *Akzeptanz und Effektivität von Fernsehserien zur Gesundheitsbildung. Ergebnisse einer Erhebung in Hamburg*, Hamburg.
- Henkel, D., Kleiber, D., Roer, D. (1983). *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus aus epidemiologischer, äthiologischer und rehabilitativer Sicht, Suchtgefahren* 29, S.233-245.
- Henkelmann, Th., Karpf, D. (1982). *Gesundheitserziehung gestern und heute - Ergebnisse einer Umfrage*. Schriftenreihe des Instituts für Gesundheitsbildung, Band II, Stuttgart: Gentner.

- Henkelmann, Th., Karpf, D. (1987). *Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert - Ergebnisse einer Umfrage, Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. In: Venth, A. (Hrsg.): *Gesundheit u. Krankheit als Bildungsproblem*, S.107-118, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Hennicke, K. (1985). *Kinderpsychiatrische Klientel und die Behandlung mit Psychopharmaka bei niedergelassenen Ärzten einer ländlichen, kleinstädtischen Region*. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie, 13, S.342-353.
- Heuser, H. (1982). *Medizin und Massenmedien*. In: Meyer, M. (Hrsg.): *Gesundheitserziehung in Fernsehen und Hörfunk*, S.20-25, München: Saur.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness. A social psychological analysis*. Academic Press, London.
- Hildebrand von, N., Troschke, J. (1981). *Was kann der praktische Arzt zum Gesundheitsverhalten seiner Patienten beitragen?* In: Fassbender, C.F. (Hrsg.): *Arzt, Patient - Zusammenarbeit*, S.46-61, Mannheim.
- Hill, J.P., Holmbeck, G.N. (1984). *Attachment and autonomy. Annals of child development*, S.145-189.
- Holland, A. (1997/98). *Werbung im Internet*. <http://www.uni-wuppertal.de/FB5-Hofa.../Internetseminar/Werbung/welcome.htm>
- Holmes, T.H., Masuda, M. (1984). *Life change and illness susceptibility*. In: Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P. (Eds.): *Stressful life events – Their nature and effects*, S.45-72, New York.
- Holtmeier, H.J. (1988). *Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Thieme.
- Hooffacker G. (1999). *Visualisierung ist nicht alles - Bausteine für eine teamorientierte Online-Didaktik*, Merz 4/99, S.226-229.
- Hornung, R. (1978). *Kommunikationstheorie und Gesundheitserziehung*, Sozial- und Präventivmedizin, 23, S.355-356.
- Horowitz, M.J. , Wilner, N. (1980). *Life events, stress and coping*. In: Poon, L.W. (Hrsg.): *Aging in the 1980s Psychological Issues*. Washington, D.C.

- Huba, G.J., Bentler, P.M. (1984). *Causal models of personality, peer culture characteristics, drug use, and criminal behaviors over a five-year span*. In: Goodwin, D.W. u.a. (Hrsg.): *Longitudinal research in alcoholism*, S.73-94, Dodrecht:Nijhoff.
- Hugo, F., Ratshko, K.W. (1979). *Hygiene und Gesundheitserziehung*, Kiel: Schmidt u. Klaunig.
- Hüllemann, K.-D. (1977). *Frühmobilisation und Rehabilitation nach Herzinfarkt*. In: *Der Internist*, 6, Berlin u.a. S.335-341.
- Hurrelmann, K. (1990). *Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß, Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*, Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*, Weinheim:Juventa.
- Hurrelmann, K (1990). *Sozialisation und Gesundheit*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie, Ein Lehrbuch*, Göttingen:Hogrefe.
- Ilfeld, F.W. (1977). *Current social stressors and symptoms of depression*, *American Journal of Psychiatry*, 134, S.161-166.
- Infratest (1982). *Gesundheitsforschung, Repräsentativerhebung zum Mißbrauchverhalten bei Jugendlichen im Alter von 12-24 Jahren in Nordrhein Westfalen*, Berichtsband. München.
- Internet User Survey. *Frauenhofer – Institut Karlsruhe-ISI, ARD/ZDF-Online-Studie 1998*. http://www.comcult.de/infopool/in_nutz.htm
- Jäger, R.S. (1985). *Coping von life events. Darstellung eines umfassenden Forschungszugangs*. Unveröff. Manuskript, Frankfurt a.M.: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (Hrsg.) (1985): *Streßverarbeitungsbogen (SVF), Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Jessor, R., Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. N.Y.:Academic Press.
- Jessor R., Jessor, S.L. (1978). *Die Entwicklung Jugendlicher und der Beginn des Alkoholkonsums. Eine Längsschnittuntersuchung*. In: Vogler, R.E., Revenstorf, D. (Hrsg.): *Alkoholmißbrauch*. S.21-44. München: Urban & Schwarzenberg.

- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. In: Matarazzo, J.D., Weiss, S.u.a. (Hrsg.): *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention*, S. 69-90, New York: Wiley.
- Jessor, R. (1986). *Adolescent problem drinking. Psychosocial aspects and developmental outcomes*. In: Silbereisen, R.K. u.a. (Hrsg.): *Development as action in context. Integrative perspectives on youth development*, S.241-264, Berlin: Springer.
- Jessor, R. (1987). *Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking*. British Journal of Addiction, 82, S.331-342, Literarische Verlagsgesellschaft.
- Johannsen, U. (1970). *Ansätze zu einem Intermediavergleich*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Verhaltensbeeinflussung durch die Gesundheitserziehung*, S.139-156. Köln.
- Juli, D., Engelbrecht-Greve, M. (1989). *Streßverhalten ändern lernen – Programm zum Abbau psychosomatischer Krankheitsrisiken*. Hamburg: Rowohlt.
- Kanner, A.D., Coyne J.C. u.a. (1981). *Comparison of two modes of stress measurement*. Daily hassles and uplifts versus major life events, Journal of Behavioral Medicine, 4, S.1-39.
- Kandel, D.B., Logan, J.A. (1984). *Patterns of drug use from adolescence to early adulthood*. I. Periods of risk for initiation, stabilization and decline in drug use from adolescence to early adulthood. American Journal of Public Health, 74, S.660-666. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Kasper, H. (1985). *Gesundheitserziehung in der Grundschule - Begründungen und Zielvorstellung*. In: Horn, H.(Hrsg.): *Gesundheitserziehung im Grundschulalter*. Frankfurt a. M.
- Kastner, M. (1994). *Streßbewältigung. Leistung und Beanspruchung optimieren*. Wiesbaden: Gabler.
- Kästner, A. (1993). *Analysen zum Gesundheitsverhalten jugendlicher Schüler unter Berücksichtigung von Aspekten der Leistungsangst und Gesundheitsüberzeugungen*. Halle.

- Katz, E. (1978). *Konzepte der Medienwirkungsforschung*. Vortrag gehalten auf der 8. flämischen Konferenz über Kommunikationswissenschaften, Brüssel, Oktober.
- Katz, P. (1995). *Der ganz alltägliche Ärger. Vom Umgang mit Alltagsproblemen*. Münster: Waxman.
- Katz, P., Schmidt, A.R. (1991). *Wenn der Alltag zum Problem wird. Belastende Alltagsprobleme und Bewältigungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Angewandte Psychologie.
- Kepplinger, H. M., Tullius, C. (1995). *Fernsehunterhaltung als Brücke zur Realität. Wie die Zuschauer mit der Lindenstraße und dem Alten umgehen*. In: Rundfunk und Fernsehen 43, 2/1995, S.139-157.
- Kickbusch, I., Wenzel, E. (1981). *Risikoverhalten. Die alltägliche Gesundheitsbewegung*. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik 17, S.31-39.
- Klaus, E. (1996). *Der Gegensatz von Information ist Desinformation, der Gegensatz von Unterhaltung ist Langeweile*. In: Rundfunk und Fernsehen 44, 3/1996, S.402-417.
- Krause, C., Hannich, H.-J., Stücker, C., u.a. (2000). *Selbstwert stärken – Gesundheit fördern*. Unterrichtsvorschläge für das 1. Und 2. Schuljahr. Donauwörth: Auer.
- Krause, R. (1976). *Gesundheitsverhalten und Kommunikation*. Münster.
- Krei, T. (1995). *Gesundheit und Hygiene in der Lehrerbildung. Strukturen und Prozesse im Rheinland seit 1870*. Köln: Böhlau.
- Kroeber-Kiel, W. (1980). *Konsumentenverhalten*, 2. Auflage, München.
- Kübler, H.D. (1999). *Wie zerklüftet ist Wissen? Aporien und Desiderate der Wissens(kluft)debatte*, Medien praktisch 3/1999, S.10-16.
- Kunczik, M. (1979). *Massenkommunikation*. Köln: Böhlau.
- Kunczik, M. (1984). *Kommunikation und Gesellschaft - Theorien zur Massenkommunikation*. Köln: Böhlau.
- Kunkel, A. (1998). *Fernsehen-, Mediennutzung als Sozialisationsfaktor: Auswirkungen des Fernsehens auf Gesellschaft u. Individuum*. München: Fischer.

- Kunze, M., Herberg, D., Junze, M.J. (1978). *Werbewissenschaftliche Grundlage der gesundheitlichen Aufklärung*, Österreichische Ärztezeitung, Jg., 33/4, S.186-190.
- Laaser, U., u.a.(Hrsg.) (1987). *Prävention und Gesundheitserziehung*. Berlin: Springer.
- Laaser, U., Lemke-Goliasch, P. u.a. (1993). *Behandlung und Kontrolle primärer kardiovaskulärer Risikofaktoren in den alten Bundesländern*. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1, S.35-46.
- Laaswell, H. (1927). *Propaganda technique in the world war*. New York.
- Labouvie, E.W. (1987). *Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress*, *International Journal of the Addictions*, 21, S.333-345.
- Labouvie, E.W. (1986). *The coping function of adolescent alcohol and drug use*. In: Silbereisen, R.K. u.a. (Hrsg.): *Development as action in context. Integrative perspectives on youth development*, S.229-240, Berlin: Springer.
- Läpplem, F. (1975). *Profit durch Krankheit? Das Gesundheitswesen aus Arbeitnehmersicht*. Bonn:Neue Gesellschaft.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1981). *Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt*. In: Nitsch, J.(Hrsg.): *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern.
- Lazarus, R.S. (1981). *Streß und Streßbewältigung. Ein Paradigma*. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*, S.198-232. München.
- Lazarus, R.S. (1982). *Der kleine tägliche Ärger der krank macht*. *Psychologie Heute*, 3, S.46-49.
- Lazarus, R.S. (1984). *Fuzzles in the study of daily hassles*. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, S.375-389.
- Leitzmann, C. (1981). *Zur Welternährungslage - Übergewicht und Hunger*. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): *Gesundheit für alles bis zum Jahr 2000*, S.235-239. Bonn,
- Lernhart, V. (1993). *Bildung für alle*. Darmstadt.

- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Lewerenz, J. (1991). *Gesundheitserziehung durch soziales Lernen. Die Beschreibung eines Modellvorhabens unter besonderer Berücksichtigung der Lehrerarbeit*. Hamburg.
- Linke, M. (1989). *Weniger Schlagzeilen, mehr Zusammenhänge. Medien in der Gesundheitserziehung*. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): *40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland - Überblick - Ausblick – Perspektiven*, S.55-65. Bonn.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung u. Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lohmann, H. (1978). *Krankheit oder Entfremdung?* Stuttgart: Thieme/dtv.
- Lohse, M.J., Müller-Oerlinghausen, B. (1989). *Psychopharmaka*. In: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungsreport '89*, S.352-367. Stuttgart: Fischer.
- Lopez, H., Fuchs, R. (1990). *Rauchen*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Lotz, G. (1984). *Streß, Bewältigung und soziale Kompetenz bei Schülern*, Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Lowack, A. (1986). *Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lowenthal, F.M., Thurner, M., Chiribaga, D. (1975). *Four stages of life – A comparative study of men and women facing transitions*. San Francisco.
- Lutz, R., Norbert, M. (Hrsg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: Hogrefe.
- Mandel, H. (1989). *Interaktives Lernen mit dem Computer*. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): *Wissensvermittlung, Medien und Gesellschaft*, S.100-115. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Mandel, H., Gruber, H. & Renk, A. (1994). *Community of practice towards expertise: The role of social role interaction in learning*. Research report No. 28., München: Ludwig-Maximilians-Universität, Lehrstuhl für empirische Pädagogik und pädagogische Psychologie.

- Marshall, C.L. (1977). *Consumer Health Education and the Problem of Television Medical Care*, 15/5, S.390-395.
- Martinius, J. (1984). *Indikationen für eine psychopharmakologische Behandlung von Kindern*. Sozialpädiatrie, 6, S.136-139.
- McLean, P. (1976). *Depression as a specific response to stress*. In: Sarason, I.C., Spielberger, C.D. (Hrsg.): *Stress and anxiety*. Washington.
- McLuhan, M. (1962). *The Gutenberg-Galaxy: The making of topographic man*. Toronto:University of Toronto Press. (deutsch: Die Gutenberg-Galaxis, 1968. Düsseldorf:Econ.).
- McLuhan, M. (1968). *Understanding media: the extensions of man*. New York: McGraw-Hill. (deutsch: Die magischen Kanäle. 1968. Düsseldorf: Econ).
- Mechanic, I. (1984). *Der erfahrbare Atem. Eine Atemlehre. Lehrbuch und Kassetten*. Paderborn: Junfermann.
- Merscheid, H. (1984). *Medizin im Fernsehen. Probleme massenmedial vermittelter Gesundheitsberichterstattung - eine empirisch-analytische Studie*. Bochum: Studienverlag.
- Miller, C.A. (1976). *Television and Health Education (Letter)*. Journal of Biocommunication 1/2, 35/1976.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.) (1989): *Kinder und Medikamente*. Dortmund.
- Mittag, O. (1996). *Mach ich mich krank? Lebensstil und Gesundheit*. Bern.
- Mohl, H. (1970). *Einsatz des Fernsehens in der Gesundheitserziehung – Tatsachen und Chancen*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg): *Verhaltensbeeinflussung durch die Gesundheitserziehung*, S.132-138. Köln.
- Müller-Limmroth, W. (1988). *Arbeit und Stress in Maß und Zahl. Erkennen, Vorbeugen, Bewältigen*. Stuttgart: Gentner.
- Nefiodow, L.A. (1997). *Der sechste Kondratieff - Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*. Sankt Augustin: Rhein-Sieg.

- Newcomb, M.D., Bentler, P.M. (1986). *Drug use, educational aspirations and workforce involvement. The transition from adolescence to young adulthood*. American Journal of Public Health, 76, S.525-531.
- Noack, H. (1990). *Jugendentwicklung im Kontext. Zum aktiven Umgang mit sozialen Entwicklungsaufgaben in der Freizeit*. München: PVU.
- Nordlohne, E.(1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Novak, P. (1998). *Salutogenese und Pathogenese : Komplementarität und Abgrenzung*. In: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto– versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*, S.27-39. Berlin: Springer.
- NRW Landesregierung (1982). *Die Landesregierung informiert: Infratest – Studie über Alkohol- und Drogenmißbrauch*, Pressemitteilung des Presse- und Informationsamtes der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Nua Internet Surveys (2000). *Health on the Net Foundation – Report IDS. Trends in Online Health Sector*.
http://www.nua.ie/surveys/?f=VS&art_id=905354985&rel=true
- Olbrich, E. (1984). *Jugendalter. Zeit der Krise oder produktiven Anpassung?* In: Olbrich, E., Tadt, E. (Hrsg.): *Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen*, S.1-47. Berlin: Springer.
- Parahoo, A.K. (1984). *Child nutrition - or adult indifference. Health Education*, 43, S.93-96.
- Parson, T. (1967). *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. In: Mitscherlich, A., Brocher, T.; Mering, O., u.a. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, S.57-87. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Pearlin, L.I., Schooler, C. (1978). *The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior*, 19, S.2-21.
- Pitschel-Walz, G. (1985). *Ratgeber für Raucher, die sich entschlossen haben, endgültig das Rauchen aufzugeben*, Freiburg: Lambertus.
- Pötte, E. (1981). *Ernährungsberatung und Gesundheitserziehung im Krankenhaus. Ein Schulungsmodell für Diabetiker*. Gießen.

- Prather, J. (1985). *The feminization of tranquilizers. Vortrag anlässlich der Tagung „Chemie für die Seele - Medikamente für Frauen“*. Bremen: Manuskript.
- Price, J.H., Allensworth, D.D. (1979). *Utilizing Mass Media for Health Messages*. Health Education 10/4, S.17-19.
- Projekt Gruppe Jugendbüro u. Hauptschülerarbeit (1977). *Die Lebenswelt von Hauptschülern*, 2.Aufl, München: Juventa.
- Prystar, G. (1981). *Psychologische Copingforschung. Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Meßinstrumente*, Diagnostica, 27, S.189-214.
- Pulkinen, L. (1983). *Youthfull smoking and drinking in a longitudinal perspective*, Journal of Youth and Adolescence, 12, S.253-283.
- Rath, F.W (1992). *Die Zigarette. Ursache folgeschwerer Erkrankungen*. In: Günter, M. (Hrsg.): *Gesundheit und Verantwortung*, S. 75-77. Halle: Saale.
- Ratschko, K.W. (1979). *Ziele der Gesundheitserziehung*. In: Frenzel, H. (Hrsg.): *Hygiene und Gesundheitserziehung*, S.7-11. Kiel: Schmidt u. Klaunig.
- Remien, J. (1994). *Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel*. Bergisch-Gladbach.
- Renckstorf, K. (1987). *Alternative Ansätze der Massenkommunikationsforschung: Wirkungs v.s. Nutzenansatz*. In: Gottschlich, M.(Hrsg.): *Massenkommunikationsforschung. Theorienentwicklung Problemperspektiven*. Wien: Braumüller.
- Revenson, T.A. (1981). *Coping with lonelines: The impact of causal attributions*. Personality and social Psychology, Bulletin, 7, S.565-571.
- Reuter, U. (1980). *Tabak- und Alkoholmißbrauch - Ursachen und Konsequenzen*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Europäische Monographien zur Forschung in der Gesundheitserziehung* 2. BZGA, S.101-179, Köln.
- Richmann, L.A., Urban, D. (1978). *Health Education through Television:Some Theoretical Applications*, Internationals Journal für Gesundheitserziehung, 41/1, S. 46-52.

- Roberts, D.F., Bachen, C.M. (1981). *Mass communication effects*. Annual Review of Psychology, 32, 307-356.
- Roe, K., Messing, V., u.a. (1996). *Television game show viewers: A cultivated audience?* In: Communications, 21, 1/1996, S.49-64.
- Sander, U. u. Vollprecht, R. (1989). *Mediennutzung und Lebensgeschichte. Die biographische Methode in der Medienforschung*. In: Baacke, D. u.a. (Hrsg.): *Familien im Mediennetz? Schriftenreihe der Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur in der BRD e.V.*, Bd.2. Opladen: Leske u. Budrich.
- Sandhaas, B. (1995). *Bildungsformen*. In: Haller, H.-D., Meyer, H. (Hrsg.): *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft: Handbuch und Lexikon der Erziehung* in 11 Bänden und einem Registerband. Stuttgart: Klett Cotta, S. 399- 406.
- Sassen, G. (1987). *Der Gesundheitsbegriff in der Gesundheitserziehung*. In: Laaser, U. u.a. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitserziehung*, S.3-8. Berlin: Springer.
- Schade, O. (1997). *Dienste im Internet*. In: Batinic (Hrsg.): *Internet für Psychologen*. S. 49-88. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, G. (1996). *Bildung am Bildschirm - Möglichkeiten und Perspektiven vernetzten Lernens*. In: Schaefer, G., Stengel, M.(Hrsg.): *Vollgas auf der Datenautobahn?* S.84-105, München: Günter Olzog.
- Schaefer, H. (1976). *Der Krankheitsbegriff*. In: Blohmke, M. et al. (Hrsg.): *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd.III, S.13-31. Stuttgart.
- Schäfer, V. (1984). *Alkoholmißbrauch im Betrieb*. Berlin: Springer.
- Schicke, R.K. (1976). *Sozialpharmakologie. Eine Einführung*. Stuttgart.
- Schmidt, J. (1995). *So bleibt man gesund! Gesundheitserziehung in visuellen Medien von 1900 bis 1950*. Essen.
- Schmidt, S.J. (1994). *Die Wirklichkeit des Beobachters*. In: Merten, K., Schmidt, J. u.a. (Hrsg): *Die Wirklichkeit der Medien - Eine Einführung in die Kommunikationswissenschaft*, S. 3-19. Bonn.
- Schramm, A. G. (1993). *Streß und Depression*. Aachen:Grenzland Akademie.

- Schulte-Sasse, H. (1994). *Vorwort*. In: Sußmann, C. (Hrsg.): *Schlucken und schweigen? Frauen und Medikamente*. Dokumentation der Tagung von 18./19. Oktober 1994 in München, veranstaltet vom Arbeitskreis „Frauen und Sucht“ des Gesundheitsreferats und vom Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt, S.3-6. München.
- Schwarzer, R. (1990). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Streß, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). *Gesundheitspsychologie des Jugendalters, Gesundheitspsychologie Band 6*, Göttingen: Hogrefe.
- Sellmair, N. (2000). *Mein Campus: Die Welt*. Stern, Nr. 26, S.96-98.
- Selye, H. (1946). *The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation*, Journal of Clinical Endocrinology, S.6, 46, 117.
- Selye, H. (1958). *Streß beherrscht unser Leben*. Düsseldorf: Econ.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Shelp, T., Maluck, D. (1990). *Rational-emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß. Seminarkonzepte und Materialien*. Bern: Huber.
- Sichrovsky, P. (1984). *Krankheit auf Rezept*. Köln: Kiepenheuer u. Witsch.
- Silbereisen, R.K., Kastner, P. (1985a). *Jugend und Drogen: Entwicklung von Drogengebrauch – Drogengebrauch als Entwicklung*. In: Oeter, R. (Hrsg.): *Lebensbewältigung im Jugendalter*. Weinheim: Edition Psychologie, VCH, 192-219.
- Silbereisen, R.K., Noack, P. (1988). *On the constructive role of problem behavior in adolescence*. In: Bolger, N. u.a.(Hrsg.): *Persons in context*. S.152-180. Cambridge:University Press.
- Silbereisen, R.K. (1990). *Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne*. In: Schwarzer, R.(Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.

- Silver, R.L., Worthman, C.B. (1980). *Coping with undesirable life events*. In: Garber, J.& Seligman, S.E.P.(Eds.): *Human helplessness: Theory and applications*, S.279-340. N.Y.: Academic Press.
- Solms, H., Steinbrecher, W. (1975). *Allgemeine Probleme um Mißbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten, Drogen und Genußmittel*. In: Steinbrecher, W., Solms, H., (Hrsg.): *Sucht und Mißbrauch, Teil I*, S.3-25. Stuttgart: Thieme.
- Sommer, G., Ernst, H. (Hrsg.) (1977): *Gemeindepsychologie*, München:Urban & Schwarzenberg.
- Spät, H.F. (1992). *Ist Rauchen eine Sucht?* In:Günter, H. (Hrsg.): *Gesundheit und Verantwortung*, S.68-74. Halle: Saale.
- Stang R. (1999). *Neue Medien als Herausforderung - veränderte Perspektiven in der Erwachsenenbildung*, Media Praktisch 4/99, S.23-25.
- Statistische Nachrichten*, Heft 12; Wien, 1985
- Statistische Nachrichten*, Heft 2; Wien, 1986
- Steuart, G.W. (1970). *Planung und Evaluation in der Gesundheitserziehung*. In: Internationales Seminar für Gesundheitserziehung (Hrsg.): *Verhaltenserziehung. Methodologische Probleme*, S.191-207, Hamburg.
- Stollberg, G. (1994). *Aspekte einer Geschichte von Public-Health-Konzeptionen in Deutschland*. In: Schaeffer, D. u.a. (Hrsg.): *Public Health und Pflege*, S. 29-42.
- Stone, A.A., Neale, J.M. (1984). *New measure of daily coping*. Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, S.892-906.
- Story, M., Resnik, M.D. (1986). *Adolescents' views on food and nutrition*. *Journal of Nutrition Education*, 18, S.188-192.
- Stumpfe, K.D. (1988). *Die Verbreitung des Rauchens in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, S.131-137. Hamburg: Neuland.
- Stunkard, A.J. (1984). *The current status of treatment for obesity in adults*. In: Stunkard, A.J., Stellar, E. (Hrsg.): *Eating and its disorders*, S.185-192. New York: Raven Press.

- Sturm, H. (1984). *Wahrnehmung und Fernsehen. Die fehlende Halbsekunde.* Media Perspektiven, 1/84, S. 58-65
- Tasche, K.G. (1996). *Die selektive Zuwendung zu Fernsehprogrammen, Entwicklung und Erprobung von Indikatoren der selektiven Nutzung von politischen Informationssendungen des Fernsehens.* München: Fischer.
- Tausch, R. (1994). *Hilfen bei Streß und Belastung.* Hamburg: Rowohlt.
- Temple, M.T. (1988). *Long-term outcomes of drinking.* A 20-year longitudinal study of men. Paper presented at the Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Brunn Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Berkeley, CA.
- Thumshirn, W. (1983). *Massenmedien und Gesundheitsverhalten.* In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): *Gesundheit für alle – Aufgabe für jeden*, S.101-104. Bonn.
- Toepler, E.M. (1999). *Qualität durch Vernetzung – regionale Netzwerke für Gesundheit.* Düsseldorf.
- Töle, R., Buchkremer, G. (1989). *Zigarettenrauchen. Epidemiologie, Psychologie, Pharmakologie und Therapie.* Berlin: Springer.
- Troschke Von, J. (1978). *Übersicht über die Gesundheitserzieherischen.* In: Gesundheitserziehung eV. (Hrsg.): *Methoden zur Gesundheitserziehung.* S. 7-18. Bonn.
- Tully, C. J. (1994). *Lernen in der Informationsgesellschaft - Informelle Bildung durch Computer und Medien.* Opladen: Westdeutscher.
- Tulodziecki G. (1999). *Aufwachsen in Medienwelten - Konsequenzen für Lernen und Erziehung,* Merz 6/1999, S.365-368.
- Udris, I., Kraft, U., Muheim, M. u.a. (1992). *Ressourcen der Salutogenese.* In: Schröder, H. & Reschke, K. (Hrsg.): *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung, Theorie und Forschung,* Bd. 196, Psychologie Bd. 70, S.85-103. Regensburg: Roderer.
- Van Eineren B., Oehmichen E., & Schröter, C. (1997). *ARD-Online-Studie 1997: Onlinenutzung in Deutschland.* Media Perspektiven 10/97, S.548-557.

- Verres, R. (1987). *Psychologische Voraussetzungen präventiven Verhaltens*. In: Schaefer, H. u.a. (Hrsg.): *Präventive Medizin*, S.65-74. Berlin: Springer.
- Vogt, I. (1985). *Für jedes Leiden gibt es eine Pille*. Opladen: Westdeutscher.
- Vogt, I. (1989). *Probleme der Klassifizierung von Psychopharmaka*. In: Scheerer, S. & Vogt, I.(Hrsg.): *Drogen und Drogenpolitik*. S.193-195. Frankfurt: Campus.
- Voigt, D. (1978). *Gesundheitsverhalten. Zur Soziologie gesundheitsbezogenen Verhaltens. Hypothesen-Theorie. Empirische Untersuchungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Volker, I (1989). *Bildungswerbung im Fernsehen. Qualitative Kriterien für eine Inhaltsanalyse von Sendung des Bildungskanals Dortmund*. In: Bos, W., Tarnai, C.(Hrsg.): *Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik*, S.129-136. Münster: Waxman.
- Von Bredow, R. (1999). *Gefangen im Netz*, Der Spiegel, S.293-300, 42/99.
- Waller, H. (1995). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Webb, L.J. Snodgrass, D., Thagard, J. (1978). *Sex-differences and life-event experiences*. Psychological Reports, 43, S.47-53.
- WHO (1946). *Constitution*. Genf.
- WHO (1954). *First report. Expert comitee on the health education of the public Tech*, Rep.Ser.Nr.89. Genf.
- WHO (1969). *Technical Report Series*, Nr. 407.
- WHO (1985). *Einzelziele für „Gesundheit 2000“*. Kopenhagen.
- Winterhoff-Spurk, P. (1986). *Fernsehen:Psychologische Befunde zur Medienwirkung*. Bern: Huber.
- Wünschmann, B. (1989). *Alkohol*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren*, S.67-97. Hamburg: Neuland.

- Zimdars, P. (1995). *Stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung für Medikamenten- und Alkoholabhängige - im Wandel*. in: Sußmann, C. (Hrsg.): *Schlucken und Schweigen? Frauen und Medikamente*. Dokumentation der Tagung vom 18./19. Oktober 1994 in München, veranstaltet vom Arbeitskreis „Frauen und Sucht“ des Gesundheitsreferats und vom Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt, S.62-79, München: PS-Druck.
- Zimmer, G. (1981). *Das Problem „psychische Gesundheit“*. In: Zimmer, G. (Hrsg.): *Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter*, S.11-23. Frankfurt: Campus.
- Zinnecker, J. (1982). *Jugend heute*. Lebensentwürfe, Alltagskulturen, Zukunftsbilder, Dtsch. Jugend 1/20, S.17-26.
- Zöllner, N. (1982). *Fettsucht und Magersucht*. In: Gross, R., Schölmerich, P. (Hrsg.): *Lehrbuch der Inneren Medizin*. Stuttgart.
- Yamaguchi, K., Kandel, D.B. (1985). *On the resolution of role incompatibility. A life event history analysis of family roles and marijuana use*. American Journal of Sociology, 90, S.1284-1325.

7. Anhang

Fragen zur Produzentenbefragung (F1)

1. Wo produzieren Sie Ihre Gesundheitssendung?
2. Wann wird die Gesundheitssendung gesendet?
 - ° montags
 - ° dienstags
 - ° mittwochs
 - ° donnerstags
 - ° freitags
 - ° samstags
 - ° sonntags
3. Zu welcher Tageszeit wird das Programm empfangen?
 - ° morgens
 - ° mittags
 - ° nachmittags
 - ° abendsKönnen Sie bitte die konkrete Zeit aufschreiben? Danke!
4. Wie lange dauert Ihre Sendung?
 - ° eine halbe Stunde
 - ° eine Stunde
 - ° eineinhalb Stunden
 - ° zwei Stunden
5. Wie oft wird Ihre Sendung ausgestrahlt?
 - ° täglich
 - ° einmal in der Woche
 - ° zweimal in der Woche
 - ° mehrmals in der Woche
6. Welche Zielgruppe möchten Sie ansprechen?
 - ° Kinder
 - ° Jugendliche
 - ° Erwachsene
7. Welche Zielsetzung liegt Ihrem Konzept zugrunde?
 - ° Informationen zu vermitteln.
 - ° Förderung der Gesundheitserziehung
 - ° Unterhaltung
 - ° betroffene Personen zu ermutigen
 - ° Prävention
 - ° der Sucht vorzubeugen
 - ° Krankheit zu vermeiden
 - ° körperliche Fitness
 - ° physisches Wohlbefinden

8. Mit welchen Themen befassen sich Ihre Sendungen?

- Allgemeine Informationen über Gesundheit
- Behandlung von Krankheiten
- alternative Medizin
- Fitness
- Ernährung
- Chirurgie
- spirituelle Heilung
- Kräuter

9. Zu welcher Gattung gehört Ihre Sendung?

- Talkshow
- Magazineshow
- Serien
- Feature

10. Stützt sich die Vorbereitung für Ihre Sendung auf die Vorschläge von professionellen Beratern?

- Ja
- Nein

11. Können die Zuschauer ihre Erfahrungen in die Sendung einbringen (z.B. von Erfahrungen berichten)?

- Ja
- Nein

12. Nehmen Sie Anregungen von Zuschauern auf zur Gestaltung Ihrer Sendung?

- Ja
- Nein

13. Kommen professionelle Personen wie Ärzte oder Professoren als Berater in Ihrer Sendung zu Wort?

- Ja
- Nein

14. Bieten Sie Folgebetreuung für die Zuschauer an, die in einer unglücklichen Situation stehen (z.B. Spendenaktionen)?

- Ja
- Nein

15. Bieten Sie Begleitmaterial für Ihre Sendung an?

- Ja, (z.B. Informationen auf Computer-Website)
- Nein

16. Liegen Ihnen Untersuchungen vor über die Wirkung Ihrer Sendung auf den Zuschauer?

- Ja
- Nein

17. Bieten Sie die begleitende Kampagnen, Aktionen an (Broschüren, Bücher gegen Rauchen, Drogen, Alkohol, AIDS...)?

- Ja
- Nein

18. Arbeiten Sie mit anderen örtlichen Institutionen zusammen?

- Ja
- Nein

19. Arbeiten Sie mit übergeordneten (internationalen) Organisationen zusammen?

- Ja
- Nein

20. Geben Sie dem Zuschauer Hinweise auf weiterführende Literatur?

- Ja, Bücher
- Ja, Magazine
- Ja, beim Surfen im Internet
- Nein, keine Literatur

21. Welche Art von Literatur oder Informationsmaterial bevorzugen Sie zur Vorbereitung der Sendung?

- Bücher
- Magazine
- Surfen im Internet

Fragen an amerikanische Sender

1. Where do you produce the health program?

2. What time gets the health-program broadcasted?

- Monday
- Tuesday
- Wednesday
- Thursday
- Friday
- Saturday

3. When gets the health-program broadcasted?

- in the morning
- at noon
- in the afternoon
- in the night

Please write down the exact time! Thanks!

4. How long is one health-show?
 - half an hour
 - one hour
 - one hour and a half
 - two hours
5. How often will the health-program be broadcasted?
 - daily
 - once a week
 - twice a week
6. What is the target group of your health-show?
 - children
 - teeanger
 - adults
7. What kind of topics will be dealt with in your health-program?
 - general information on health
 - treatments
 - alternative medicine
 - fitness
 - nutrition
 - surgeries
 - spiritual healing
 - herbs
8. What kind of conceptions will be considered in your health-program?
 - to impart information
 - to educate health
 - entertainment
 - encouragement
 - to prevent addiction
 - to promote health-education
 - to advoid sickness
 - to support physical fitness
 - to support physical well-being
9. What ist your dramaturge in the health-program?
 - talkshow
 - magazine show
 - series
 - feature
 - opera
10. Do the scholars offer some advice or discussion with the producer before the health-program will be transmitted?
 - yes, stores were researched with organizations, doctors and scholars
 - no

11. Can viewers present their experiences during your health-program?
(for example experiencexchange)
 - yes
 - no
12. Can viewers give their opinion?
 - yes
 - no
13. Do professional persons like doctors or professors from the hospital offer some advice in your health-program?
 - yes
 - no
14. Do you support some service for viewers in an unfortunate situation (give donations, raise funds etc.)?
 - yes
 - no
15. Do you give a brief of your health-program?
 - yes, information on the website
 - no
16. Do you offer some projects to investigate the effect (Do you try to find out how far viewers get influenced by your health-program)?
 - yes
 - no
17. Do you lead some campaigns (distribute leaflets, books against smoking, drugs, alcohol, AIDS...)?
 - yes
 - no
18. Do you work with other local institutions together?
 - yes
 - no
19. Do you work with other International Organisations to support projects?
 - yes
 - no
20. Do you offer the viewers some of materials?
 - yes, books
 - yes, magazines
 - yes, computer searches in the internet
 - no

21. Do you use literature to supply the contents in your health-program? If so, which?
- ° books
 - ° magazines
 - ° computer searches in the internet

Fragebogen zur Facharztbefragung (F2)

Wie beurteilen Sie jeweils diese Webseiten?

- a) Sie vermittelt medizinisches Orientierungswissen. ²
- ° ja, sehr
 - ° einiges
 - ° wenig
 - ° nein, überhaupt nicht
- b) Sie vermittelt medizinisches Erklärungswissen (Theorie). ³
- ° ja, sehr
 - ° einiges
 - ° wenig
 - ° nein, überhaupt nicht
- c) Sie vermittelt medizinisches Handlungswissen. ⁴
- ° ja, sehr
 - ° einiges
 - ° wenig
 - ° nein, überhaupt nicht
- d) Sie vermittelt medizinisches Quellenwissen. ⁵
- ° ja, sehr
 - ° einiges
 - ° wenig
 - ° nein, überhaupt nicht

² Orientierungswissen ist Wissen, auf das jemand zurückgreifen kann, um Sachverhalte festzustellen um den Bezugsrahmen zu klären, innerhalb dessen er handelt oder handeln möchte.

³ Erklärungs- oder Deutungswissen ist Wissen darüber, wie man sich selbst oder anderen eigene oder fremde Erfahrung deutet oder erklärt.

⁴ Handlungswissen ist solches Wissen, das sich auf reales Handeln von Menschen (Praktiken, Techniken, Methoden und Strategien) bezieht. Dafür werden gelegentlich auch die Begriffe „Können“ oder „Fertigkeiten“ (im Englischen „skills“) verwendet.

⁵ Quellenwissen ist Wissen über Informationsquellen.

e) Sind die Informationen für Laien verständlich?

- ° ja, sehr
- ° einiges
- ° wenig
- ° nein, überhaupt nicht

f) Sind die Informationen vom medizinischen Standpunkt aus richtig?

- ° ja, sehr
- ° einiges
- ° wenig
- ° nein, überhaupt nicht

g) Sind die Informationen für Laien umsetzbar?

- ° ja, sehr
- ° einiges
- ° wenig
- ° nein, überhaupt nicht

Fragbogen zur Internetnutzerbefragung (F3)

Bitte kreuzen Sie die jeweils am besten zutreffende Antwort an!
(Mehrere Antworten sind möglich)

1. Haben Sie auf Ihre Anfrage Antworten bekommen?

- ° überhaupt keine
- ° wenige (1 bis 4)
- ° einige (5 bis 8)
- ° viele (mehr als 8)

2. Haben Ihnen die Antworten geholfen?

- ° ja, sehr
- ° ja, einigermaßen
- ° kaum
- ° überhaupt nicht

3. Wenn Sie „2 “ mit „ja“ beantwortet haben, was hat Ihnen am meisten geholfen?

- ° zu wissen, daß andere in einer ähnlicher Lage sind wie Sie
- ° etwas über neue Arzneimittel zu erfahren
- ° Kontakt zu anderen zu haben, nicht mehr allein zu sein
- ° Erfahrungen austauschen zu können
- ° Symptome besser einordnen zu können
- ° mündiger Patient zu werden
- ° ermutigt worden zu sein, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen

4. Haben Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe?
- ° ja
 - ° nein
5. Wenn Sie keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe haben: Planen Sie einen solchen Kontakt herzustellen?
- ° ja
 - ° nein
6. Falls nein, möchten Sie eine Selbsthilfegruppe gründen?
- ° ja
 - ° nein
7. Waren oder sind Sie in fachärztlicher Behandlung?
- ° ja, ich war es, bin es jetzt aber nicht mehr
 - ° ja, ich bin auch jetzt in fachärztlicher Behandlung
 - ° nein
8. Wie haben Sie von dem Internetforum erfahren?
- ° durch Zufall (z.B. beim Surfen)
 - ° durch Hinweise von Bekannten
 - ° durch Hinweise in Zeitschriften o.ä.
 - ° durch Radio oder Fernsehen
 - ° durch ...
9. Wie oft sehen Sie Gesundheitssendungen im Fernsehen?
- ° sehr oft
 - ° manchmal
 - ° kaum
 - ° ganz selten
10. Haben Sie schon einmal bei einem Sender angerufen?
- ° noch nicht
 - ° einmal
 - ° mehrmals
11. Sind Sie zufrieden mit den Informationen, die Sie von der Sendung erhalten haben?
- ° ja, sehr
 - ° ja, ziemlich
 - ° kaum
 - ° überhaupt nicht
12. Wie alt sind Sie?
- ° 15- 20 Jahre
 - ° 20 -30
 - ° 30-40
 - ° 40-50
 - ° 50-60
 - ° älter als 60

13. Sind Sie

- ° weiblich
- ° männlich

Fragen an die amerikanischen Internetnutzer

You have written in Internet to get some advices.
I want to know:

1. Have you got an answer to your questiones in Internet?

- ° not at all
- ° a few (1 to 4 answers)
- ° some (5 to 8 „ ”)
- ° many (more than 8 answers)

2. Have you got help from these answers?

- ° yes, a lot
- ° yes, somewhat
- ° seldom
- ° not at all

3. If you answer „ yes“ to the second question, what kind of help is of curricial importance to you?

- ° to know that somebody is in a similar situation like you
- ° to find out new medicine
- ° to communicate with people, not to be alone with this problem any more
- ° to exchange experiences
- ° to try to classify the symptom
- ° to be a responsible patient
- ° to be encouraged, try to examine the sickness

4. Do you contact with a self-help-group?

- ° yes
- ° no

5. If you don´t contact with a self-help-group, do you want to establish one?

- ° yes
- ° no

6. If you answer „no“ to the fifth question, does that mean, you want to set up a self-help-group yourself?

- ° yes
- ° no

7. Have you been or are you under medical treatment?

- ° yes, I was, but now I am not under medical treatment
- ° yes, I am still under medical treatment
- ° no

8. How did you get to know the internet-forum?

- ° by chance (surfing in internet)
- ° a hint from acquainted persons
- ° a hint from a magazine, a newspaper
- ° via television or radio
- ° or something else...please write down

9. Do you watch the healthprogram on the TV?

- ° very often
- ° sometimes
- ° seldom
- ° rare

10. Have you called the broadcasting station before?

- ° not yet
- ° once
- ° several times

11. Are you satisfied with the information which you got from the broadcasting station?

- ° yes, very
- ° yes, quite
- ° seldom
- ° not at all

12. How old are you?

- ° 15-20 years old
- ° 20-30
- ° 30-40
- ° 40-50
- ° 50-60
- ° older than 60

13. Are you

- ° female
- ° male

1. <http://www.med1.de/34180>

	ja, sehr							einiges							weniges							nein, überhaupt nicht						
1. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x				x				x				x				x	x									
2. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x		x			x	x			x											x			
3. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x	x	x		x	x	x				x									
4. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x	x				x			x	x	x		x							
5. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x			x	x								x	x		x				x			
6. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x			x	x		x	x	x			x											
7. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x			x		x			x		x		x	x									
8. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x			x		x			x		x		x										
9. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x				x					x						x		x		x							
10. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x			x	x			x	x	x			x							
11. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x		x	x	x	x				x				x										
12. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x								x	x	x	x	x	x														
13. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x			x	x	x				x						x											
14. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x	x	x				x																	
15. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x	x	x									x	x	x										
Summe	7	4	1	0	5	9	5	8	7	7	5	5	6	6	0	4	6	9	5	0	4	0	0	1	1	0	0	0

2. http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalte/000124_1.html

	ja, sehr						einiges						weniges						nein, überhaupt nicht									
1. Arzt	a x	b x	c x	d x	e x	f x	g x	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
2. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g x	a	b	c	d	e	f x	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d x	e	f	g
3. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
								x	x	x	x	x	x	x														
4. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g x	a	b	c	d	e	f x	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c x	d	e	f	g
5. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g x	a	b	c	d	e	f x	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c x	d	e	f	g
6. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g x	a	b	c	d	e	f x	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
7. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g	a	b	c	d	e	f x	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
8. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
		x				x	x	x	x	x	x	x	x	x														
9. Arzt	a x	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
		x							x	x	x	x	x															
10. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g x	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
11. Arzt	a	b	c	d	e x	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x	x	x	x			x					x											
12. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
				x				x	x	x		x	x	x														
13. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
																						x	x	x	x	x	x	
14. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
		x		x	x	x				x				x														
15. Arzt	a x	b	c	d	e x	f	g x	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x	x		x	x								x										
Summe	10	6	3	4	10	8	8	4	8	9	7	4	6	6	0	0	0	2	0	0	0	1	1	3	2	1	1	1

3. http://www.diabetiker-hannover.de/diab_hannover/blutdruck.htm

	ja, sehr						einiges						weniges						nein, überhaupt nicht									
1. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x	x	x				x																	
2. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x			x	x				x	x			x								x			
3. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x			x	x	x	x		x	x														
4. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x			x			x	x		x	x		x	x									
5. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x			x	x	x	x			x						x				
6. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x			x	x				x	x		x															
7. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x		x		x				x		x									x							
8. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
				x	x	x	x	x	x	x	x																	
9. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x	x	x	x	x																					
10. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x	x	x	x	x																					
11. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x			x	x	x	x		x					x										
12. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
								x	x	x		x	x	x				x										
13. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x	x	x	x	x																					
14. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
		x	x		x	x		x	x		x																	
15. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x	x	x		x	x								x										
Summe	7	7	5	5	11	10	8	6	8	7	4	4	5	6	2	0	2	5	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0

4. <http://www.medizin-netz.de/icenter/hyperton.htm>

	ja, sehr							einiges							weniges							nein, überhaupt nicht						
1. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x	x	x																					
2. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x		x						x													x		
3. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x			x	x	x		x									x							
4. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x	x	x		x															x	x			
5. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x	x	x		x															x	x			
6. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x			x	x	x		x	x											
7. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x							x			x	x	x			x					x							
8. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
						x		x	x		x			x						x								
9. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x	x		x	x					x			x							
10. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x	x		x		x		x		x		x								
11. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x		x	x	x		x		x					x										
12. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
				x				x	x		x	x	x	x														
13. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
																						x	x	x	x	x	x	x
14. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x	x	x				x																	
15. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x	x	x	x									x	x	x									
Summe	7	3	3	1	8	6	7	6	10	5	5	4	8	3	1	1	4	5	3	0	4	1	1	3	4	1	1	1

5. <http://www.stada.de>

	ja, sehr						einiges						weniges						nein, überhaupt nicht									
1. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x			x		x	x			x							x										
2. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x				x		x		x	x			x												x			
3. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
									x	x	x	x	x	x							x							
4. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x								x	x		x						x			x	x		
5. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x								x	x		x						x			x	x		
6. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x			x		x	x			x	x																
7. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
										x		x			x	x				x	x				x			
8. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x	x	x		x	x																				
9. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x		x					x		x														
10. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x		x		x	x				x																
11. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x		x	x	x	x			x				x											
12. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
										x	x		x	x	x	x		x										
13. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
					x		x						x		x	x	x				x							
14. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x	x	x		x	x																				
15. Arzt	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g
	x	x	x	x	x		x	x																				
Summe	8	7	5	3	12	7	9	2	4	7	4	3	7	4	2	4	1	4	0	1	2	3	0	2	4	0	0	0

Tabelle D. 1: Bluthochdruck (D:Deutschland)

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentl
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.gesundheits-web.de			9 Links	1 Link					
www.megavitalshop.de	21 Links	3 Links							
www2.aventis.com	21 Links								
www.flabelle-cosmetics.de	6 Links								
www.presseerklarungen.de					9 Links				
www.rehaklinik-glottterbad.De							8 Links		
www.knoll-deutschland.de	79 Links								
www.msd.de	8 Links								
www.schwarzpharma.de	10 Links	1 Link							
www.dr-schnitzer.de	13 Links	1 Link							

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 1: high blood pressure (A:Amerika)

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentl
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.virtualdrugstore.com	11 Links	1 Link							
Http://slnfi.edu									22 Lin
www.kumc.edu							24 Links		
www.ama-assn.org									31 Lin
www.allhealth.com	43 Links	2 Links							
www.healthdepot.com	14 Links								
www.nhlbi.nih.gov									18 Lin
www.pbs.org					29 Links				
www.mothenature.com	24 Links								
www.healthyheartmarket.com	6 Links								

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)

Tabelle D. 2 : Heuschnupfen

Websites	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentl
	Interne	Externe	Interne	Externe	Internet	Externe	Interne	Externe	Intern
www.siegenia.de	16 Links								
www.alfda.de	7 Links								
www.allegamed.de	2 Links	1 Link							
www.allgemeinpraxis.ch							13 Links	1Link	
www.vitalshopping.de	29 Links								
www.pflanzendoktor.at	32 Links	6 Links							
www.martens.de	8 Links	2 Links							
www.dr.walser.ch							6 Links		
www.gesundheits-arena.ch							14 Links	2 Links	
www.apotheke-hirsch.purespace.de	29 Links								

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabellel A. 2: hay fever

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtu
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.allergyhomecare.com	52 Links	2 Links							
www.science.uts.edu.au									12 Link
www.breatheright.com	14 Links								
www.aarrc.com									15 Link
www.cnn.com					54 Links	2 Links			
www.amazon.com	33 Links	6 Links							
www.allergies.about.com	60 Links	15 Links							
http://allergy.mcg.edu									15 Link
www.users.globalnet.co.uk	1 Link								
www.allergyandasthma.com			5 Links						

(Stand:Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)

Tabelle D. 3: Rückenschmerzen

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.diamona.de	7 Links								
www.dr-backhaus.de							7 Links		
www.ruecken.com							4 Links		
www.tigges-bandagen.de	5 Links								
www.dorntherapie.de							3 Links		
www.chiropraxis.de					5 Links				
www.med-x.de							3 Links		
www.danspeier.de							4 Links	1 Link	
www.schlafgesund.de	16 Links								
www.amts-apotheke.de	9 Links	2 Links							

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 3: Backache

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.sportabac.co.uk	6 Links	2 Links							
www.rainmoon.com	3 Links								
www.backeizer.com	4 Links								
www.alexandertechnique.com	23 Links	3 Links							
www.eohio.net	9 Links	5 Links							
www.nuengr.uni.edu									15 Links
www.zenlight.com									17 Links
www.waterbedsely.uksw.com	1 Link	1 Link							
www.mayohealth.org							32 Links		
www.addonheadrest.com	12 Links	17 Links							

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)

Tabelle D. 4 : Schlaganfall

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentli
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Intern
www.infogen.de									9 Lin
www.schlaganfall.org							5 Links	2 Links	
www.schlaganfallnetz.de					5 Links				
http://schlaganfall.wicker-kliniken.de							21 Links		
www.dsk.de			45 Links						
www.mohren-apothe.sued.de	12 Links								
www.webmed.ch	2 Links								
www.aatalklinik.de							4 Links		
www.hasler.net							19 Links		
www.bobathpflege.de							24 Links		

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 4: stroke

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentli
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Intern
www.ninds.nih.gov									34 Link
www.stroke.org.uk									9 Link
www.americanheart.org									34 Lin
www.hst.ca									2 Lin
www.strokeassociation.org									8 Lin
http://stroke.ahajournals.org					21 Links	2 Links			
www.strokesurvivor.org			6 Links						
www.strokejournal.org					15 Links				
www.smartino.ge.it									8 Link
www.vh.org							30Links	1 Links	

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)

Tabelle D. 5: Rauchen

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.qualm-nix.de									6 Links
http://3963.siteboard.de			10 Links	1 Link					
www.tabak-online.de			1 Link	1 Link					
www.rauchen-info.de			2 Links						
www.rauchen-online.de			4 Links						
www.nie-wieder-rauchen.de			5 Links						
www.djdj.de			6 Links						
www.vom-rauchen-befreit.de					1 Link				
www.bachegger.de			83 Links						
www.zq-aekn.de					10 Links				

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 5: smoking

Websites	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.i-quit-smoking.com	8 Links	2 Links							
www.quitsmoking7days.com	12 Links	1 Link							
http://dfwtxra.gte.net	13 Links								
http://ash.org									14 Links
www.resort.com	10 Links								
www.no-smoking-day.org.uk									1 Link
www.rdouble.com			8 Links	3 Links					
www.ahcpr.gov									59 Links
www.ansmoke.com	19 Links	1 Link							
www.tslim2000.com	12 Links	1 Link							

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)

Tabelle D. 6: Alkohol

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		ö
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	
www.fachstell.asn.ch			11 Links						
www.antialkohol.de			2 Links						
www.alihol-info.ch									
www.alkohol-offiziell.de									
www.steffen-sauter.de			7 Links						
www.wein-fox4u.de	4 Links								
http://selbsthilfe.solution.de			13 Links	1 Link					
www.alitec.de	7 Links								
www.bas.at			7 Links						
www.alkohol-hilfe.de			14 Links						

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 6:alcohol

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentli
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	
www.niaaa.nih.gov									8 Lin
www.health. org									27 Lin
www.sada.org									16 Lin
www.ias.org.uk									16 Lin
www.adp.cahwnet.gov									15 Lin
www.med.unc.edu							14Links		
http://center.butler.brown.edu									8 Lin
www.mentalhealth.com			15 Links	4 Links					
www.potsdam.edu									19 Lin
www.unl.edu									16 Lin

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altvista.com)

Tabelle D. 7: Stress

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.stresspress.de					18 Links				
www.apotheken-inventur.de	7 Links	1 Link							
www.gfi.net	5 Links								
www.weg-vom-stress.de	13 Links	4 Links							
www.wedeweiss.at									2 Links
www.creavista.de	2 Links								
www.lbc.netniederrhein.de									6 Links
www.join-us.de	8 Links								
www.web-bauconsult.de	1 Link								
www.antistress-unkel.de	5 Links								

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 7: stress

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.stress.org									9 Links
www.long-beach.va.gov									6 Links
www.stress.org.uk									11 Links
www.imt.net	32 Links	1 Link							
www.somatic.com									19 Links
www.gbhap-us.com					13 Links				
www.suite101.com					50 Links				
www.ivf.com					16 Links	8 Links			
www.mindtools.com					22 Links	2 Links			
www.inter.nl.net	14 Links	1 Link							

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)

Tabelle D. 8: Medikamentenmissbrauch

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.bg-dvr.de	9 Links	1 Link							
www.infomatik.fh-luebeck.de									23 Links
www.stadtweb.de									15 Links
www.novitas-bkk.de	8 Links								
www.lifeline.de	33 Links	3 Links							
www.brdbuch.de					12 Links	1 Link			
www.sf-ispa.ch									2 Links
www.mpu-test.de					17 Links				
www.heartandsole.de	5 Links								
www.technowa.de	20 Links								

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.de)

Tabelle A. 8: medicine misusing

Webseiten	Firmen(Apotheken)		Privat		Massenmedien		Kliniken		öffentliche Einrichtungen
	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne	Externe	Interne
www.azleg.state.az.us					28 Links				
http://openseason.com	19 Links	1 Link							
www.druglibrary.org									18 Links
http://drcnet.org					29 Links	3 Links			
www.applicom.com	12 Links	1 Link							
www.chiropage.com					6 Links				
www.medinfosource.com					9 Links	6 Links			
www.healingpeople.com					29 Links				
www.nlm.nih.gov									13 Links
www.fda.gov									25 Links

(Stand: Juli 2000, Suchmaschine: altavista.com)